

Documento de Salud Pública nº D-109

Evaluación Participativa de una experiencia de Educación para la Salud con grupos de mujeres de Moratalaz

Informe de resultados
Madrid, 18 de diciembre de 2006



**Biblioteca
virtual**

Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

Diseño y supervisión de la Investigación

Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

*Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales Asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud. **Luis Seoane Pascual, Clara Repeto Zilbermann y Laura Moratilla Monzó.***

Dirección y realización

- Olga Martínez González, Enfermera del Equipo de Atención Primaria Moratalaz
- M^a Jesús Riera, Enfermera del EAP Moratalaz
- Enrique Lucini García, Enfermero del EAP Moratalaz
- Laura Moratilla Monzó, Médico Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital La Princesa
- Clara Repeto Zilbermann, Médico Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario La Paz.
- Luis Seoane Pascual. Sociólogo. Responsable del Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la CM.

Edita

Dirección General de Salud Pública y Alimentación

Consejería de Sanidad, Alimentación y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Fecha del Informe Final

Julio de 2006

PRESENTACIÓN

La Educación para la Salud es uno de los pilares básicos de la intervención en Salud Pública. La Organización Mundial de la Salud la define como *"una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud"*. Como se sabe, es una herramienta privilegiada para prevenir la morbimortalidad asociada a los comportamientos y estilos de vida de las personas.

Aunque el espectro de ámbitos de actuación de la Educación para la Salud es muy amplio, su inclusión en la Atención Primaria de Salud, que dentro de los servicios de salud es quien ocupa el lugar más cercano a la ciudadanía, adquiere una especial relevancia.

Su presencia en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid se ha ido incrementando y fortaleciendo considerablemente en los últimos tiempos, muchas veces, es justo decirlo, gracias al tesón y la constancia unilaterales de muchos profesionales sanitarios, convencidos de su utilidad como complemento y profundización de su labor asistencial. En cualquier caso, desde las propias gerencias de Atención Primaria es evidente que también se ha avanzado sensiblemente en su consideración como parte indispensable del servicio que se debe prestar hoy en día a la población madrileña.

La presente publicación expone los resultados de una evaluación participativa de una experiencia de EpS con grupos de mujeres en Moratalaz, realizada en 2005 conjuntamente entre técnicos del Instituto de Salud Pública y los profesionales sanitarios de A.P. que la protagonizaron. Tanto los resultados como la propia metodología implementada creemos que justifican la difusión de este estudio, que puede servir para enriquecer la discusión y la práctica de aquellos profesionales interesados y/o implicados en intervenciones de Educación para la Salud.

Agustín Rivero Cuadrado
Director General de Salud Pública y Alimentación

ÍNDICE

9	1. Introducción general
13	2. Documento del proyecto inicial
14	2.1. Antecedentes
16	2.2. Objetivos
17	2.2.1. Objetivos de la fase de investigación
19	2.2.2. Objetivos de la fase de intervención
20	2.3. Diseño de la investigación
21	2.4. Técnicas finalmente implementadas
23	3. Documento base de la evaluación
24	3.1. Introducción
25	3.2. Motivaciones de acceso de las mujeres a las aulas
26	3.3. La situación vital de las mujeres
28	3.4. Lo que hay que hacer para salir de la depresión
33	3.5. La función del aula
37	3.5.1. Los hombres
41	3.6. El vínculo con la salud
46	3.6.1. La conformación de la oferta
52	3.6.2. La utilidad de los cursos
71	4. Discusión del equipo investigador
72	4.1. Las contradicciones del texto
72	4.2. Una tercera vía para el cuidado
74	4.3. Acerca de los conceptos de "rehabilitación" y "prevención"
77	5. Discusión con el equipo docente
78	5.1. Introducción
78	5.2. Documento interno de discusión
78	5.2.1. Propuestas del equipo docente
85	5.2.2. Propuestas del equipo investigador
86	5.3. Discusión final: decisiones operativas

88	5.4. Valoración subjetiva final del proceso por parte del equipo docente
93	5.5. Valoración subjetiva final del proceso por parte del equipo investigador
95	6. Documento resumen
96	6.1. Situación de partida de las mujeres
96	6.2. Efectos de las aulas
98	6.3. Efectos de los talleres de salud
98	6.4. Por dónde podemos seguir

I. INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente documento tiene como objeto la difusión de resultados de una Evaluación Participativa de una experiencia de Educación para la Salud (EpS) Comunitaria con grupos de mujeres realizada durante tres años por profesionales de un Centro de Salud de Moratalaz (Madrid).

La decisión de publicar y difundir los resultados de esta evaluación se justifica por dos razones fundamentales:

- a) La escasez, al menos en España, de experiencias de evaluación de este enfoque importante de la actuación en salud que constituye la Educación para la Salud Comunitaria.
- b) La todavía mayor escasez de experiencias en ese ámbito de Evaluación Participativa.

Nuestro interés al respecto no se centra, en cualquier caso, tanto en ofrecer **un modelo a seguir** para la realización de semejante tipo de evaluaciones, cuanto en transmitir, fundamentalmente a los técnicos implicados en intervenciones de EpS semejantes, determinadas **alternativas metodológicas** parciales para la evaluación y **resultados concretos** asociados a la puesta en práctica de tales alternativas.

La presente experiencia de evaluación tiene, al menos, dos peculiaridades frente a las evaluaciones al uso, que la conferirían cierta originalidad.

- a) El recurso exclusivo a la **metodología cualitativa** para la obtención de datos.
- b) El planteamiento de una **evaluación abierta**, en la cual el juicio final unilateral del experto sobre la experiencia fuese sustituido por la discusión conjunta provisional, asociada a la toma de decisiones resultante.

En esta introducción es obligado poner de manifiesto por qué se escogieron tales alternativas y qué trascendencia cabe asociar a semejante elección.

Que las técnicas cualitativas hayan sido escogidas como mecanismo exclusivo de obtención de datos puede resultar chocante, considerando nuestra propensión inmediata a asociar evaluación con cuantificación. El concepto de "indicador" parece esencial a la evaluación misma, y es muy difícil, efectivamente, pensar en qué pueda ser eso de un indicador "cualitativo".

La utilización de indicadores cuantitativos precisa, en cualquier caso, de la formulación previa de unos objetivos claramente definidos. La experiencia que se presentó para la evaluación, sin embargo, carecía –como suele ser, por otra parte, usual en este tipo de intervenciones– de una planificación excesivamente meticulosa al respecto. La experiencia de EpS comunitaria objeto de evaluación podría decirse que surgió y se desarrolló con una cierta improvisación, a remolque de la demanda de las propias mujeres. Poco a poco, una intervención limitada y localizada fue adquiriendo mayor entidad y extensión, y la propia demanda de evaluación que nos propusieron en su momento los técnicos sanitarios responsables traducía, creemos, la desorientación típica de quienes se ven si no desbordados, sí abrumados por el desarrollo de una experiencia que, cabría decir, cobraba vida propia a pesar de ellos.

El propio grupo de técnicos se planteó el proceso de evaluación como un paréntesis en su actividad, paréntesis que les sirviera para reflexionar sobre su tarea –cabría decir, sobre su "valor"; de ahí la necesidad de evaluación–, reflexión que a la postre les sirviera para tomar las riendas, o para apropiarse de su actividad.

En este contexto, resultaba a todas luces absurdo el plantearse una evaluación típica en base a indicadores que ofrecieran una medida cuantitativa del cumplimiento de los objetivos. La pregunta de evaluación era previa; aludía más a los objetivos mismos (incluyendo dentro de ellos, las intenciones, las metas, los fines y las estrategias) que a su cumplimiento. Una pregunta, por tanto, típicamente cualitativa, que aludiría a la identificación de los móviles o las razones de los distintos agentes implicados en la experiencia; los de las mujeres (por qué y para qué demandaban y acudían a los cursos) y los de los propios técnicos (por qué y para qué se plantean y configuran los cursos). Parece claro que semejante conocimiento "cualitativo" de la oferta y de la demanda de los cursos era el tipo de información que se precisaba para evaluar la acción de EpS que se presentaba, en la situación en que se presentaba de relativo desconcierto en relación al valor de los cursos.

Con independencia de la situación particular de la experiencia concreta, nos gustaría transmitir la idea de que el recurso a las técnicas cualitativas es obligado en cualquier evaluación de experiencias de EpS participativas. La palabra "participación" introduce un contexto especial a las acciones de EpS que muchas veces pasa inadvertido. Al entrar en lo participativo, la intervención en salud pierde el carácter unidireccional de acción orientada a modificar determinados comportamientos no saludables (sea por la vía de la prescripción, sea por la vía de la información, sea por la vía de la sensibilización), para adquirir un carácter bidireccional, puesto que las necesidades y demandas del objeto de intervención (que pasa a convertirse en sujeto) deben cobrar un lugar fundamental de cara a la configuración de las acciones. La EpS no puede ser ciega a las motivaciones de sus usuarios; y hacerse cargo de esas motivaciones implica en primer lugar el conocerlas fundamentalmente en su dimensión cualitativa.

Lo dicho viene al caso para criticar la tendencia acusada a evaluar los efectos de la EpS comunitaria en términos exclusivos de impacto en salud. Ese el camino más fácil¹ para evaluar (quizá a alguno le parezca el más "científico", porque, entre otras cosas, facilita su traducción en medidas), pero está claro que, por sí mismo, subvierte la naturaleza misma de la intervención participativa como proceso necesariamente bidireccional y negociado.

Pero esta peculiaridad de la intervención como proceso bidireccional y negociado problematiza también el lugar y el status del evaluador. En un proceso semejante, ¿tiene sentido que el evaluador, desde un lugar ajeno a proceso, establezca un diagnóstico inapelable, colocándose, de esta forma, por encima de los agentes que negocian su actividad? La función de juez, que espontáneamente se le asigna al evaluador en contextos institucionales jerárquicos², carece de sentido en un tipo de relación como la que presenta la intervención participativa, a menos que convirtamos a los sujetos que interactúan en ella en objetos de un sujeto superior (¿la Institución Sanitaria?) a cuyos intereses deberían servir, tanto las mujeres como los propios profesionales sanitarios.

La propuesta de una evaluación participativa surge ante la necesidad de evitar la impostura del diagnóstico externo. Ello implicaba recolocar el papel del evaluador, que de juez debería pasar a operar como un agente facilitador y catalizador de un proceso de evaluación realizado por los propios agentes implicados, por los sujetos de la intervención comunitaria. Esto es lo que se entiende en este caso por evaluación participativa, la puesta a disposición de los sujetos implicados en una experiencia de EpS comunitaria de técnicas de análisis e intervención que permitan favorecer un proceso colectivo de reflexión y de traducción de esa reflexión en acción.

La estructura del presente texto refleja la peculiaridad de un proceso de evaluación semejante. Se ha evitado la estructura tradicional supuesta a un texto de evaluación, que implicaría una parte de planteamiento, una parte de análisis y una parte final de diagnóstico. Se ha preferido una estructura más abierta que refleje directamente la dinámica de discusión generada. Así, lo que se presentan son una serie de **documentos** que fueron la base real del proceso de evaluación participativa llevado a cabo.

Tales documentos giran en torno a uno central, que se ha denominado "Documento Base de la Evaluación". Se trata de un documento abierto, planteado como resultado del estudio cualitativo realizado, que fue el que efectivamente sirvió de partida para la auto-evaluación del grupo de EpS comunitaria. Al decir "abierto" queremos decir que no fue un texto concluyente, sino un texto provisional enfocado a identificar problemas, contradicciones, dilemas, entredichos, etc.; es decir, un texto pensado para la polémica y, si se quiere, también para la provocación. Es importante que se lea en esa clave, no en clave de diagnóstico cerrado y, por tanto, de conclusión. Fuera de ese contexto posiblemente muchas de las afirmaciones presentes en ese texto no serían del todo suscritas hasta sus últimas consecuencias por sus mismos autores.

1 Sólo aparentemente más fácil; la complejidad técnica asociada a un estudio necesariamente longitudinal, en el cual, por lo demás, sería prácticamente imposible aislar el efecto del contexto, convertiría en inviable o, incluso abusiva, una evaluación de esta naturaleza.

2 Porque en la mayoría de los casos la evaluación es una forma de supervisión del jefe a sus subordinados: identificar si realmente cumplieron o no con lo que se les mandó.

De la lectura de ese texto se inició un proceso de discusión, primero en el interior del equipo de investigación, después con los representantes del equipo de EpS, y en un tercer momento (que no refleja el presente texto) con las propias mujeres que asistieron a los cursos.

Las conclusiones, o, si se quiere, el diagnóstico, está en esa parte del texto, en los documentos posteriores que pretenden reflejar las discusiones realizadas y las acciones diseñadas a partir de ellas. Al respecto, en cualquier caso, habría que decir que en ello también hay un componente de provisionalidad, porque los resultados de una evaluación participativa, por definición, implican un proceso dilatado en el tiempo. El presente texto, por tanto, refleja sólo una parte de un proceso de evaluación todavía inconcluso.

El último documento, titulado "Documento resumen", no pretende ser, por tanto, en sentido estricto un documento de conclusiones. Se elaboró para hacer posible una aproximación más liviana a la experiencia a un eventual lector atareado.

II. DOCUMENTO DEL PROYECTO INICIAL

2.1. Antecedentes

El Equipo de Atención Primaria (E.A.P) de Moratalaz, demandante de la evaluación, atiende a una población de 25.000 habitantes, con las siguientes características:

- Población envejecida
- Nivel socioeconómico bajo
- Pluripatología
- Índice de frecuentación elevado al centro

La atención que se presta a esta población es asistencial, de prevención y promoción de la salud. Las actividades de Educación para la Salud (EpS) se realizan de forma **individual**, en consulta o en el domicilio a través de diversos programas (Atención a problemas crónicos, Atención en etapas vulnerables -Mujer, Niño, Anciano, Joven- Estilos de vida y Actividades Preventivas), o bien de forma **grupal**, ya sea en el CS o en la comunidad.

Algunos profesionales de enfermería del EAP han llevado a cabo una experiencia de EpS comunitaria con grupos de mujeres durante un periodo de 3 años, que actualmente sigue en marcha. Inicialmente se contaba con 2 Enfermera/os del equipo, incorporándose a lo largo del proyecto otros profesionales (otros profesionales de Enfermería, Trabajadora Social, Fisioterapeuta y Agente de igualdad de la Junta Municipal).

Las sesiones tienen lugar aproximadamente una vez al mes durante el curso escolar, con una duración media de 90 minutos. La metodología utilizada en los talleres es la del aprendizaje significativo, mediante técnicas participativas. La evaluación ha sido continua durante el proceso y al final, mediante la observación, cuestionario y análisis conjunto. Los diferentes grupos que han participado y su evolución se describen brevemente a continuación:

14

Aula A

En octubre de 2000, un grupo de 25 mujeres con edades entre 55 y 70 años, pertenecientes a un centro de animación sociocultural de la zona, que realiza actividades de alfabetización y de desarrollo de habilidades sociales y culturales, y que se reúnen semanalmente en un local de la Junta Municipal, solicita al EAP realizar actividades relacionadas con la salud. Se realiza una primera sesión con el grupo para analizar la demanda conjuntamente y posteriormente planificar el proyecto de actividades de EpS. Los objetivos fueron:

- Mejorar su salud
- Desarrollar capacidades para cuidar y cuidarse

Aula B

Este grupo lo componen 60 mujeres de edades comprendidas entre 60 y 85 años, que se reúnen periódicamente en una iglesia de nuestra zona para realizar actividades culturales y religiosas. Son informadas por el grupo 1 del proyecto que se estaba realizando, y solicitan en el año 2001 repetir con ellas esta actividad. Se inicia el proyecto con los mismos contenidos.

Aula C

El grupo lo componen 35 mujeres, con edades entre 55 y 70 años, que acuden al centro cultural de una iglesia de la zona. Son informadas de la actividad realizada por el grupo 2, solicitando realizar con ellas esta actividad en el año 2001. Se realiza una primera sesión con el grupo para analizar la demanda conjuntamente y posteriormente planificar el proyecto de educación para la salud

Aula D

El grupo lo componen 20 mujeres, con edades entre 50 y 65 años, con problemas sociales, coordinadas por educadoras sociales de la Junta municipal, las cuales solicitan en el año 2003 realizar las actividades que se están realizando con los otros grupos.

Actualmente se trabaja con todos los grupos descritos anteriormente. La planificación de las nuevas actividades se realiza a partir de los resultados de las evaluaciones y del análisis conjunto recogiendo nuevas necesidades. Posteriormente se presenta a cada grupo el diseño de los contenidos y la programación.

Cabe destacar la evolución de los contenidos ha sido de aspectos de salud física a aspectos biopsicosociales. Los primeros contenidos que se abordaron fueron los siguientes (primer curso):

- Primeros auxilios: actuación en el adulto y en el niño.
- Artrosis: conocimiento y cuidados.
- Alimentación: conocer alimentación equilibrada y cambio de hábitos.
- Saber envejecer: conocer los procesos del envejecimiento y su cuidado, desmedicalizando este proceso.

Se continuó con (segundo curso):

- Elaboro y asumo mi vejez.
- Cuido mi cuerpo.
- Autoestima / relajación.
- Alimentación / eliminación.
- Ejercicio Físico.
- Las relaciones / Comunicación.
- Servicios Sanitarios.
- Las Pérdidas / Duelo.

Actualmente se trabajan los siguientes temas (tercer curso):

- Salud / Determinantes.
- Salud Mental.
- Depresión/ Tristeza .
- Técnicas de Relajación.
- Autoestima.
- Autoafirmación positiva.
- Comunicación.
- Ejercicio físico.

Los grupos 1,2 y 3 han trabajado la totalidad de los contenidos, y el grupo 4 los dos primeros cursos.

La evaluación preliminar que los profesionales han hecho de la experiencia es que algunos factores clave de estas actividades han sido los siguientes:

- La población DEMANDA la actividad, "LA DEMANDA SURGE DE LA COMUNIDAD".
- No ha sido necesaria ninguna captación por parte de los profesionales del EAP.

- Los profesionales han escuchado la demanda y responden a ella, identificando las necesidades de los grupos.
- Se ha elaborado un proyecto adecuado a sus demandas/necesidades.
- La selección de temas ha sido elaborada conjuntamente con los grupos, teniendo en cuenta sus necesidades, tanto en problemas de salud como en necesidades educativas, detectados por los profesionales del EAP.
- La motivación y formación de los profesionales en EpS por la institución es necesaria para el desarrollo de esta actividad.

La evaluación por parte de los grupos hecha hasta ahora recoge entre otras cosas: "*Hemos aprendido a cuidarnos más y mejor (...) a vivir sin prisa, con ilusión, a mantenerse activa, alimentarse bien (...) la higiene, el sueño (...) a relacionarse, huir de las lamentaciones (...) Nos ha gustado cómo explican y escuchan los educadores: amenos, con conocimientos, profesionales, humanos (...) Hemos encontrado soluciones y no hemos ido al médico (...) Hemos aprendido a mejorar nuestra autoestima y cuidarnos más que antes, a comunicarnos mejor.*"

Sin embargo, se planteó la necesidad de realizar una evaluación más profunda y sistemática del impacto de las actividades realizadas hasta el momento, que además pueda servir para planificar futuras actuaciones.

2.2. Objetivos

La evaluación participativa que se propuso se inscribía, por tanto, en un **contexto evaluación y reconsideración** del proyecto de educación para la salud descrito.

Tras cuatro años de desarrollo, en los que primó fundamentalmente la **extensión de la experiencia** y la **adaptación a las demandas** de las mujeres participantes en los cursos, el grupo responsable de la intervención consideró la necesidad de implicarse en un **proceso de reflexión**, que versase fundamentalmente sobre **el sentido** de las acciones realizadas y que diera como resultado una **decisión**. Decisión de seguir o no seguir; de seguir de esta manera o de otra manera distinta, etc.

Se trataba de iniciar un proceso de evaluación, pero que, en todo caso, no se centrase, como es común, tanto en los **resultados**, como en los propios **presupuestos** (de la acción).

- La pregunta sobre los presupuestos suele estar ausente de los procesos de evaluación de programas, porque éstos suelen implementarse más o menos **automáticamente**, a partir bien de decisiones que exceden de la intervención de los ejecutores reales, bien como adecuación a necesidades claramente establecidas.
- La EpS comunitaria –por razones que llevaría muy lejos el exponer aquí– suele implementarse desde esquemas mucho menos nítidos. No siempre está claro que nadie o nada (superior) obligue o imponga a los profesionales de la salud realizar este tipo de actividades. Quienes lo hacen suelen hacerlo, en gran medida, porque quieren, o porque están convencidos de que eso **es bueno** desde algún punto de vista: los presupuestos están muchas veces más en ellos que en la propia Institución.
- Pero, por otra parte, tampoco está del todo clara **en la gente**, en el público sobre el cual la intervención se realiza, **la necesidad**. No suele tratarse de una **necesidad instituida** como la que pudiera justificar, por ejemplo, la existencia una consulta médica (que nadie discutiría y que todo el mundo demandaría). La EpS es, cabría decir, **constituyente**: es un tipo de acción que debe de crear en su desarrollo su propia necesidad.

Una evaluación que atienda a los presupuestos más que a los resultados implicaría conseguir responder a la pregunta más difícil:

¿Lo estamos haciendo bien?

Pregunta cuya contestación implicaría al menos desentrañar toda la complejidad que se abre ante el significado de término "*bien*" en el contexto en el que aparece:

- **¿"Bien" como profesionales de la salud?** Lo cual abre toda una gama de sub-preguntas:
 - ¿Cuáles son en realidad mis deberes profesionales en tanto que sanitario/a?
 - ¿Cómo distingo mi deber profesional del deber que me impone en un momento dado la institución?
 - O bien, ¿por qué hago cosas que nadie me manda?
 - ¿Cómo me concibo profesionalmente frente a la institución?
 - Etc.
- **¿"Bien" en relación a las mujeres?**, lo cual también abre toda una tanda de sub-preguntas:
 - ¿Qué es lo que estas mujeres piensan que necesitan?
 - ¿Hasta qué punto son del todo conscientes de lo que necesitan?
 - ¿Hasta qué punto esas necesidades son de salud; es decir, competen a profesionales como nosotros?
 - Etc.

Como se ve, la pregunta sobre el sentido y el valor de la intervención remueve o problematiza, inevitablemente, un conjunto de "pre-juicios", de "pre-supuestos" o de "pre-dicciones" que no sólo no resultaban previamente del todo conscientes, sino que es previsible que también sean distintas para los distintos agentes implicados.

- Quizá, por ejemplo, pudiera ser que no todos los "educadores/as" que participan en la intervención estén realmente de acuerdo en los fines de la actividad pedagógica; en tal caso se estaría realmente ante **varios tipos de acción** que pudieran perfectamente interferir o contradecirse entre sí.
- Quizá, por ejemplo, pudiera ser que "educadores/as" y "alumnas" estuvieran realmente buscando cosas distintas, y que se diera, a lo sumo, sólo una aparente adecuación entre oferta y demanda.

17

La pregunta por los presupuestos nos coloca, en cualquier caso, ante un tipo de investigación peculiar, por cuanto que no resulta de todo claro cuál es el **objeto** y cuál es **sujeto** del conocimiento. ¿Debemos de investigar a las mujeres participantes en los cursos, o debemos de investigarnos a nosotros mismos?

Prácticamente la evaluación participativa se plantea como una especie de **diálogo** entre los dos sujetos (mujeres y personal sanitario) presentes en la **relación previa** (cursos de EpS; relación pedagógica), que es la que, en última instancia, será el objeto real de investigación. Diálogo, en cualquier caso, **no directo**, sino mediado por **un tercer sujeto** (el equipo investigador) "neutro" -por cuanto que no forma parte de la relación previa-, pero "activo" -puesto que su función sería principalmente la de poner en relación a esos dos sujetos/objetos de investigación.

¿Cuál es la ventaja de introducir ese tercer elemento en un diálogo que, como se ha dicho anteriormente, está ya establecido en la propia concepción del proceso de intervención previo? Fundamentalmente el de crear una **distancia** que permita la **revisión crítica** de los presupuestos implícitos a la relación de intervención.

En la práctica, lo que se propone es realizar dos **investigaciones cualitativas paralelas** que impliquen a los dos sujetos presentes en la relación: las mujeres y el personal sanitario docente, y, en base a sus resultados, generar un **proceso de discusión y decisión**, en principio, sólo con uno de esos agentes: el personal sanitario docente³.

2.2.1. Objetivos de la fase de investigación

El objeto de las investigaciones cualitativas paralelas es **la reconstrucción de la relación** establecida entre los agentes sanitarios y los grupos de mujeres.

³ Como las mujeres no han sido las que han demandado ese proceso, resultaría absurdo -y relativamente violento- implicarlas en él. Ello no es óbice para que se considere la posibilidad de devolverles la información, especialmente si ellas mismas lo demandan.

- Si sólo investigáramos a las mujeres obtendríamos únicamente una visión parcial de lo que realmente pudo haber sucedido. Atiéndase a que tenemos que estudiar una relación: sería absurdo que intentáramos sacar conclusiones de, por ejemplo, cómo funciona un matrimonio si sólo dispusiéramos de la versión de uno de los cónyuges. Sólo a partir de las versiones de los dos cónyuges es posible "hacerse una idea" de lo que el matrimonio en realidad es.
- Ciertamente lo que se obtiene es una **idea compleja** de la relación. Compleja, en principio, porque pone de en juego **varias versiones** de una misma relación. Es muy posible –siguiendo el símil del matrimonio– que nada tenga que ver una versión con otra, que el ajuste se produzca desde motivaciones completamente diferentes, sin que la relación se haya puesto por ello en crisis. Hay que admitir, en cualquier caso, que cuando se conocen las motivaciones del otro y las propias es más posible reconducir la relación a un registro de realidad, más satisfactorio a la postre para ambos (aunque en el proceso pudieran producirse descubrimientos traumáticos).

La investigación a dos bandas implica, por tanto, la reconstrucción de las **motivaciones** –implícitas en realizar o acudir a un curso– a partir de la implementación de técnicas de producción y análisis de discursos. En pocas palabras, de lo que se trata es de generar, en situaciones experimentales, discursos sobre la relación.

A modo indicativo, semejantes discursos deberían de cubrir el siguiente campo de expresión:

- 1) Razones iniciales por las que se decidió intervenir en el curso (como profesor o como alumno).
 - a) Proceso informativo: cuándo, cómo, en qué circunstancias y por quién se conoció el curso.
 - b) Proceso de decisión:
 - i) Pros y contras que se barajaron en la toma la decisión (deberes, deseos, intereses, resistencias, problemas prácticos, inhibiciones, riesgos, etc.).
 - ii) Motivaciones y argumentos que decantaron la decisión de participar.
 - c) Planteamientos y expectativas iniciales: qué es lo que se esperaba del curso.
- 2) La experiencia del curso.
 - a) Comparación entre las expectativas iniciales y la realidad.
 - i) Ilusión y desilusión.
 - ii) Reconsideraciones del interés del curso (cambios de perspectiva).
 - iii) Momentos y razones de crisis (planteamiento del abandono).
 - iv) Razones finales de permanencia.
 - b) Percepción histórica global.
 - i) Proceso.
 - ii) Hitos fundamentales.
 - iii) Momentos de auge, decadencia y crisis.
 - iv) Etc.
- 3) Valoración del curso.
 - a) Aspectos positivos (fundamentales y accesorios; jerarquización).
 - b) Aspectos negativos (grado de importancia; jerarquización).

- c) Valoración específica de:
 - i) Horario.
 - ii) Frecuencia.
 - iii) Duración.
 - iv) Local y condiciones ambientales.
 - v) Profesorado (motivación, implicación, cualidades pedagógicas, conocimiento del tema, etc.).
 - vi) Contenidos.
 - vii) Dinámicas.
 - viii) Participación/negociación.
 - ix) Alumnado (motivación, cualidades, implicación, interés, etc.).
 - x) Etc.
- d) Propuestas de mejora en cada uno de esos aspectos.
- e) Curso ideal.
- 4) Expectativas de cara al futuro:
 - a) ¿Cuanto tiempo más?
 - b) ¿Para qué?
 - c) ¿Que contenidos nuevos?
 - d) ¿Que enfoques nuevos?
- 5) Reinterpretación Implicación personal.
 - a) ¿Por qué sigo?
 - b) ¿Qué significado tiene para mí el curso?
 - c) ¿Qué valor tiene para mí el curso?
 - d) ¿Qué utilidad tiene para mí el curso?
 - e) ¿Si desapareciera, qué perdería?

2.2.2. Objetivos de la fase de intervención

Ante todo, de lo que se trataría es de generar una dinámica en el grupo docente que favoreciera la **revisión crítica** de la experiencia y la **toma de decisiones** resultante.

En principio, esa dinámica aparece ya iniciada y asegurada por la propia demanda del estudio, que traduce el deseo de implicarse en un proceso de esta naturaleza, aunque sea por una vía inicialmente no formalizada.

Lo que se propone primeramente como "novedad" frente a la demanda inicialmente expresada es colocar al grupo demandante también en la posición de objeto de investigación. Paradoja, por tanto, la de que quien quería investigar se vea a sí mismo investigado. Pero esta "alienación" del investigador en investigado es obligada cuando de lo que se trata es de evaluar una acción desde sus presupuestos: los presupuestos no están tanto en el objeto inicialmente considerado (las alumnas) como en el sujeto que quería investigar. Y hacer explícitos

los presupuestos obliga a que ese sujeto se convierta en objeto⁴, a que pueda mirarse a sí mismo desde una **distancia** suficiente.

La técnica de intervención consiste fundamentalmente en crear un **encuadre** adecuado para que pueda efectuarse esta labor de **auto-análisis** del grupo docente.

- En principio, es obligado que parte del equipo de investigación sea completamente ajeno al proceso a investigar. Nadie puede, cabalmente, analizarse a sí mismo. Tiene que haber una **figura "imparcial"** que interprete, y que introduzca su interpretación en la dinámica de autoanálisis⁵.
- También tiene que imponerse un **método de objetivación**. En un primer momento, en la fase de investigación, todas las reuniones deben de ser grabadas y transcritas, y quedar a disposición de todo el equipo⁶. El informe de resultados operará también en esa fase como un método de objetivación. En un segundo momento, en la fase de intervención, puede considerarse también la grabación, pero creemos que puede ser más eficaz el recurso al **acta**, en la que se refleje el orden del día, la discusión y las decisiones tomadas por el equipo.
- El autoanálisis, en cualquier caso, implica **sesiones de grupo**. Primero sesiones de investigación, mediante grupos de discusión clásicos; y, segundo, reuniones de revisión de resultados y de reconsideración de la estrategia a seguir.

2.3. Diseño de la investigación

Como se ve, la propuesta la investigación queda integrada en un proceso de intervención sobre el grupo demandante de la propia investigación. El proceso tendría, por tanto, las siguientes fases:

20

- 1) Fase inicial:
 - a) Discusión y modificación del Proyecto.
 - b) Elaboración de un Proyecto Definitivo y asunción por todos los miembros del grupo del compromiso de llevarlo a cabo.
 - c) Definición de funciones y tareas.
 - i) Identificación del equipo de investigación "fuerte" (elementos no implicados previamente en la tarea docente). Distribución interna de tareas.
 - ii) Identificación del **grupo objeto** (elementos implicados en la tarea docente).
 - iii) Responsables de captación (búsqueda de asistentes a grupos y entrevistas).
 - iv) Responsables de infraestructura (búsqueda y reserva de locales para la realización de grupos y entrevistas).
 - d) Elaboración y asunción de un calendario realista.
- 2) Fase de investigación.
 - a) Realización de **un grupo de discusión** con el grupo objeto (todos los responsables de docencia).

4 Momentáneamente, está claro; es un paso necesario para redefinir su posición como sujeto.

5 Sin prejuzgar que esa interpretación sea necesariamente "la verdad", simplemente es un elemento ajeno e imprevisto que moviliza un proceso de revisión de los propios presupuestos.

6 Nos referimos a las reuniones o entrevistas realizadas con el propio equipo docente. En las reuniones y entrevistas con alumnas debe asegurarse el anonimato.

- b) Realización de **3 grupos de discusión** con alumnas.
 - i) Entre 7 y 9 mujeres por grupo.
 - ii) Ninguna de ellas líder formal o informal.
 - iii) Escogidas al azar.
 - iv) Que hayan participado al menos en los dos últimos años del proceso formativo.

G.D. AULA A: De edades comprendidas entre 60 y 70 años de edad.

G.D. AULA B: De edades comprendidas entre 65 y 75 años de edad.

G.D. AULA C: De edades comprendidas entre 55 y 65 años de edad.

Se seleccionan estos tres grupos debido a que las características sociodemográficas de las mujeres del AULA D son similares a las del AULA B, por lo que no se espera que el discurso sea diferente.

- c) Realización de **3 entrevistas abiertas** con la representante o líder principal de cada uno de esos grupos y que haya también estado implicada en proceso educativo.
- d) Transcripción mecanográfica.
- e) Análisis de resultados y redacción del informe.

3) Fase de Intervención.

- a) Sesión de presentación y discusión de los resultados del informe.
- b) Sesión final: toma de decisiones.
- c) Elaboración de un **Informe de Síntesis** del proceso de intervención.

2.4. Técnicas finalmente implementadas

- **1 reunión conjunta del equipo** de investigación-acción de discusión y aprobación del Proyecto.
- **1 reunión de grupo** con el equipo de docencia. Acudieron profesionales de enfermería (4), de trabajo social (1) y de fisioterapia (1).
- **1 entrevista en profundidad** con la agente de Igualdad de la Junta de Distrito.
- **1 grupo de discusión** con integrantes del AULA A. Acudieron 7 mujeres, 3 casadas y 4 viudas, de las siguientes edades: 77, 85, 76, 54 y 45 años⁷.
- **1 grupo de discusión** con integrantes del AULA B. Acudieron 8 mujeres, 3 casadas y 5 viudas, de las siguientes edades: 75, 74, 72, 79, 69, 68 y 66 años.
- **1 grupo de discusión** con integrantes del AULA C. Acudieron 6 mujeres, 3 casadas, 2 viudas y una soltera, de las siguientes edades: 66, 62, 61, 52 y 49 y 48 años.
- **3 entrevistas abiertas** con la representante o líder principal de cada uno de los tres grupos, implicadas en el proceso educativo.
- **1 reunión del equipo de investigación** de discusión y aprobación del primer informe de resultados.
- **1 reunión mixta entre el equipo de investigación y el equipo docente** de discusión del informe de resultados.

⁷ La mujer de 77 años llevó al grupo a dos amigas de una edad aproximada a la suya, que no pertenecían al AULA A, pero que habían participado en alguna de sus actividades.

- 1 reunión entre miembros del equipo de investigación, del equipo docente y la Agente de Igualdad (agente que promueve, tutela y supervisa los grupos de mujeres) de discusión del informe de resultados.
- 1 reunión final entre el equipo investigador y el equipo docente de propuesta de **nuevas alternativas de acción** a partir de los resultados de la investigación.

III. DOCUMENTO BASE DE LA EVALUACIÓN

3.1. Introducción

El presente apartado, en el cual se explicitan los principales resultados del análisis cualitativo realizado, debe ser entendido como **el punto de partida**, más que como el cierre del proceso de evaluación en el que nos embarcamos. Punto de partida para la evaluación misma, que es algo que, en la metodología de evaluación que se propuso en su momento, debía ser realizada finalmente por el propio grupo de Educación para la Salud (EpS).

La lectura del presente apartado debe efectuarse, por tanto, desde esa consideración. No puede ni debe ser considerado como un **texto cerrado**. Es un texto abierto, sujeto a todas las revisiones posibles, incluso a la más drástica de tirarlo directamente a la papelera. El texto no se ha elaborado con la pretensión de cerrar la discusión desde el juicio inapelable de "experto", sino de abrirla en todas las dimensiones que los analistas han sido capaces de considerar.

Dimensiones desde las cuales es posible juzgar (o percibir el valor) la experiencia de EpS considerada. Ya se planteó desde el proyecto esta peculiaridad de realizar una evaluación **desde los presupuestos**, más que desde sus resultados. Confrontar los presupuestos de los sanitarios –lo que ellos pretendían hacer– con los de las mujeres –lo que ellas pretendían obtener de los cursos–; y entender y valorar finalmente la dialéctica establecida entre ambos, como acople o desacople entre la oferta y la demanda.

El lector (en este caso el profesional sanitario), antes de leer, debe ponerse en la posición adecuada de lectura. Analizar los presupuestos, los presupuestos propios es siempre **muy difícil**, porque el simple hecho de ponerlos de manifiesto supone ya un cuestionamiento, el cuestionamiento derivado de tener que percibirlos **como contingentes**, como posibles objetos de discusión. A nadie nos gusta que nos revisen por qué hacemos las cosas; es preferible moverse en el ámbito menos arriesgado de si las hacemos o no las hacemos bien. En la revisión de los porqués el suelo sobre el que pisamos se torna inestable, y el narcisismo profesional, eso que nos hace sentirnos importantes por lo que hacemos, se empieza a resentir. En la acción es mejor olvidarse de los presupuestos, porque si no seríamos incapaces de actuar (estaríamos siempre bloqueados en la duda de si hacer o no una determinada cosa); en la reflexión, sin embargo, si nos damos esa oportunidad, debemos empezar desde el principio, desde el por qué decidimos hacer lo que hicimos. Si no reflexionamos posiblemente seamos más felices, pero nuestra acción será siempre ciega para nosotros mismos. Y si actuamos ciegamente perdemos el control de nuestra acción, no somos sujetos, sino objetos de ella (y, como consecuencia, objetos también de quienes conforman la realidad de una determinada manera).

La reflexión viene al caso de intentar evitar lo que sin duda se producirá en más de un caso, que la lectura de muchos elementos del texto provoque, literalmente hablando, "cabreos" en el lector. Y utilizamos la palabra porque es la más expresiva para indicar la actitud de quien se ha visto "cuestionado en sus principios"; como nos es obligado hablar de los principios (es nuestro lugar en este juego), no podemos evitar que reacciones de este tipo se produzcan. Anticipamos, por tanto, que se van a producir; y demandamos del lector que se ponga en guardia frente a ellas, porque si no el proceso que hemos iniciado se frustrará nada más empezar.

Es muy difícil lidiar en una batalla de narcisismos heridos, por eso intentamos de principio poner las bases para que eso no se produzca. En tales batallas, aunque no lo parezca, el que está en una posición más vulnerable es **el analista**, el que osa "poner entre paréntesis" un principio de actuación establecido. Como la batalla se sitúa a nivel de lo que más duele, al analista se le atacará en lo que más le duele a él, en su capacidad previa para analizar, o en el haber o no haber acertado en el análisis.

El analista no tiene otro principio que el creer que poner en evidencia los principios es bueno para la dinámica de las instituciones. Ello le impone un trabajo complicado, que es el de intentar entresacar de los discursos los presupuestos de la acción. Es un trabajo sobre "el sentido"; y no hay nada más complicado que trabajar sobre el sentido. Para trabajar con él hay que **interpretar**. Y toda interpretación es por necesidad subjetiva; no se sostiene más que por y desde la subjetividad de analista.

El analista no tiene otras alforjas para esa tarea que su capacidad de interpretar, que puede ser más o menos "perspicaz", pero que, en cualquier caso, es siempre limitada y parcial. No hay un saber establecido anterior a la interpretación y que la sustente, porque el saber establecido es ya una interpretación establecida, un modo de ver las cosas anterior y que, por tanto, no sirve para acercarse al sentido del otro.

El saber del analista es un saber ilegítimo, parcial, inconcluso, en falta; por eso sirve para interpretar, porque la falta de cierre da lugar al otro, a la posibilidad de incorporarle en la propia subjetividad. Es un saber "dialógico", que se ejerce y se construye en el diálogo permanente e inconcluso con el otro.

Como el analista no tiene legitimidad, es muy fácil atacarle y es muy fácil derrotarle. Lo realmente importante, por tanto, es **no considerarle un contrincante**; al menos si no queremos que su trabajo no sirva para nada. Para ello hay, simplemente, que aceptar las reglas del juego, que eran esas, que un analista externo al grupo ofreciera **desde fuera** otra visión de nosotros mismos a partir de la interpretación de lo que nosotros decimos y de lo que las mujeres dicen de nosotros.

El valor de lo que dice el analista es, por tanto, el que es, el de una interpretación parcial, a incorporar a la reflexión del grupo, que a su vez debía de realizar otra interpretación, una meta-interpretación, que integre, no sólo la subjetividad del analista, sino también la subjetividad de los miembros del grupo. Un instrumento más o menos útil para la propia autorreflexión del grupo, que tiene al menos la ventaja de ofrecer un contraste, un punto de vista inesperado. Nada más y nada menos.

Sí quisiéramos decir, finalmente, que esta parte del trabajo ha sido realizada con un impulso, digamos, **de cuidado**. En nuestra actitud hacia el grupo plasmada en el análisis prima (aunque en algún momento pueda parecer lo contrario) el reconocimiento a la labor realizada por el equipo y la conciencia de que se trataba de una labor valiosa. En esta actitud cuidadosa operaba un cierto miedo a que los resultados pudieran operar como elemento desequilibrador, más que como elemento potenciador de la experiencia. Ello ha influido, indudablemente, en el análisis, no tenemos muy claro si favoreciéndolo o dificultándolo. No obstante, por esa misma actitud de cuidado, hemos intentado ser más incisivos de lo que nos hubiéramos atrevido en una relación más desapasionada. En coherencia con el dicho "*quien bien te quiere te hará llorar*", esperamos que si algo duele en lo dicho se interprete más desde el registro del cuidado que desde el registro de la crítica destructiva.

3.2. Motivaciones de acceso de las mujeres a las Aulas

Hija si contamos todas las enfermedades que tenemos todas... estamos bien todas, lo único es eso, que tenemos que tener ánimo, que no tenemos que pensar en lo que tenemos, que tenemos que salir y vivir. (G.D. AULA A)

La cita anterior resume fielmente el núcleo motivacional básico que da razón de ser a la formación de estos grupos de mujeres y a su actividad. De lo que se trata fundamentalmente es de superar algo que podríamos denominar como "ánimo negativo": una tendencia poderosa, muy difícil de refrenar, a abandonarse, a caer en el pozo de la indiferencia vital.

Se trata, por tanto, de actuar prácticamente **contra sí mismas**, contra los tipos de sentimientos y comportamientos que se les imponen **a su edad** y **en su situación vital**. Son mujeres, cabría decir, **asustadas de sí mismas**, de sus pensamientos, de sus tendencias, de sus miedos. Aunque se hable mucho de enfermedad, creemos que no es tanto el miedo a la muerte lo que las inquieta, cuanto **el miedo a perder su deseo de vivir**. Es la enfermedad de ánimo -si se quiere, la depresión⁸- lo que está en el centro de todo el discurso.

- Hay varias formas de verbalizar ese miedo a sí mismas. Se habla de "*determinados pensamientos*", también se habla de "*obsesiones*", de ideas fijas y recurrentes, que se instalan normalmente en la soledad, cuando la

8 La palabra no pretende ser utilizada en un sentido clínico.

mujer está sola en la casa. No se suele indicar el contenido de esos pensamientos y de esas obsesiones: es algo de lo cual se intenta huir; y el sólo hablar parecería como si fuese una forma de dejarse llevar por ellos, de caer en sus garras, de sucumbir a su perversa seducción.

Tenemos que seguir para adelante porque como te quedas en una silla en tu casa estás perdida.
(G.D. AULA A)

La actividad en estos grupos se instala, como consecuencia, como una suerte de **huida de una misma**. Huida de los momentos, las situaciones y los contextos que pudieran dar lugar a semejantes pensamientos y a las actitudes negativas concomitantes. Huida, por tanto, de la **soledad**, de una soledad tras la cual no puede esperarse nada bueno.

El tener una compañía, y no sentirte sola de noche en casa... (G.D. AULA B)

Proponemos denominar, provisionalmente, al efecto de estos grupos de autoayuda como "efecto analgésico": de lo que se trataría sería de evitar o paliar un dolor, un síntoma doloroso que surge de la propia situación vital. Una cura, cabría juzgar, más sintomática que etiológica: el síntoma reaparece inevitablemente, por eso late permanentemente en todo el discurso⁹.

Solemos de cuando en cuando volver a tocar la autoestima, porque es muy importante, en estas edades nuestras se tienen muchos bajones, a lo mejor un día estás arriba y bien, pero si estás abajo ese día te viene la charla como si te metes una pastilla en la boca. (E.A. Nº 1)

Analíticamente, en cualquier caso, se nos impone el intentar entender la emergencia de esos pensamientos negativos desde la propia situación vital. Debemos de llegar a entender por qué se producen.

3.3. La situación vital de las mujeres

Vaya cambio que he dado, porque ahora me siento a coser y me pongo nerviosísima, estoy que no puedo, no puedo estar en casa sola porque me pongo a llorar, me empieza a dar una angustia y una pena. (G.D. AULA C)

Aún cuando estos grupos reflejen un espectro de edades bastante amplio, en la discusión se reproduce de forma recurrente una situación típica: mujer que ha perdido prácticamente su **condición de cuidadora**. Cabría decir, mujer que ha perdido el sentido de su propia existencia, que se traduce en pérdida de valor para (y de solicitud por parte de) los seres queridos.

Y la segunda parte, que toda la vida he sido... quizá, la última de la casa. Porque me he dado a mis hijas, a mi marido y a todo. Y ahora me he dado cuenta, que cada uno hizo su vida, y me siento mal. Yo sí, me siento mal ahora en mi vejez. Veo que mi hija, es ley de vida, no eran mías. Hicieron cada una su vida... Y esta soledad, ahora que estás en casa, me cuesta mucho trabajo.
(G.D. AULA B)

Me costó mucho trabajo soltar a las hijas. (G.D. AULA B)

Estas citas expresan claramente la naturaleza del vacío. La cuidadora ha perdido el objeto del cuidado, sus seres queridos. Toda su vida se la ha dedicado a ellos, y ahora ellos **hacen su vida**. Como saben, todo ello "es ley de vida"; pero ese pensamiento no es suficiente para que el sufrimiento adosado a la pérdida (para ellas) del ser querido. El duelo del "nido vacío" hace que la mujer entre en una suerte de "crisis existencial": es todo el sentido de la vida el que se derrumba. Y es esa crisis lo realmente doloroso, porque, al desaparecer el objeto de cuidado desaparece también el objeto de la propia vida. No valer para nadie supone perder también el sentido del propio valor.

9 Por el momento, preferimos diferir el pronunciamiento acerca del valor real para estas mujeres de ese efecto analgésico.

En los grupos se percibe una clara diferencia entre las que todavía tienen marido y las viudas¹⁰. Las primeras parecen estar –y en los grupos se expresa esa convicción– en mejor situación que las segundas, puesto que la sensación de soledad es menos aguda; pero en ambas puede percibirse claramente la crisis existencial asociada a la pérdida del cuidado. Es fundamentalmente **la falta de los hijos** la razón de la crisis¹¹, y el marido, cuando está presente, puede mitigar en algo el problema, pero no, al parecer, eliminarlo por completo.

Pero si tienes a tu marido... será las que no tenemos el marido. (G.D. AULA B)

No te quejes, porque esa soledad si está tu marido, no es soledad. (G.D. AULA B)

Pero llegas al momento de la noche... y te acuestas sola... (G.D. AULA B)

A ti te falta tu marido, pero a lo mejor el mío, desde que lo jubilaron, yo veo que lo lleva muy mal. (G.D. AULA B)

Están insoportables. Se quieren hacer dueños de nuestra personalidad. (G.D. AULA B)

¿Por qué se mueren los hombres? Porque no soportan el cambiar la vida del trabajo. Yo reconozco que trabajan día y noche, llegan a la vejez, los jubilan y se mueren en casa... no saben qué hacer... (G.D. AULA B)

Esta última cita es especialmente significativa: se acusa al marido de no saber sobrellevar la jubilación. Ciertamente, lo que le sucede al marido es algo muy similar a lo que, según hemos visto, les sucede a estas mujeres, que han perdido el sentido de su propia vida, aunque esta vez por la falta de trabajo. La diferencia estriba en que la mujer busca una salida para sobrellevar su pérdida, mientras que el hombre no parece ser capaz. En cualquier caso, lo que está claro es que el cuidado del hombre resulta ser insuficiente para la mujer; e incluso puede convertirse para ella, en la búsqueda de una solución para su crisis, en un obstáculo (ya abundaremos más tarde en este tema).

El otro componente característico de las mujeres asistentes a los grupos es **la enfermedad instalada**; la enfermedad con caracteres crónico y degenerativo. Todas (prácticamente todas) **se sienten y se saben enfermas**, y conviven con la conciencia de una permanente e irreversible enfermedad, que establece un grado de incapacidad funcional y que, de todas formas, augura de forma inminente una incapacidad funcional todavía mayor. La línea de los 60-65 años marca un cambio significativo en la relación con el cuerpo: de la etapa anterior +/-50-60 (marcada por la instalación de los achaques -dolores y reducción de capacidades- y por la pérdida de la capacidad reproductiva), se pasa a otra fase más aguda, en la cual los dolores se hacen casi permanentes y la reducción de capacidades provoca algún tipo de invalidez cotidiana: no poder hacer determinadas cosas y la necesidad de atender preferentemente a las restricciones que el cuerpo impone.

La crisis ya no se establece en este caso tanto en el contexto de la relación con los otros (pérdida del objeto de cuidado), como en el contexto de la relación con el propio cuerpo: lo determinante es la **ansiedad** que provoca la pérdida de facultades. La insatisfacción viene en este caso asociada a la inminencia de la vejez, a su instalación como fantasma. La negación de la evidencia de que se es en algún grado vieja, inválida, enferma, **dependiente**, etc. es lo que marca la huida imaginaria hacia adelante que, según veremos, se proyectará sobre el grupo y su necesidad.

La pérdida de facultades se hace especialmente angustiada en la medida en que augura un momento en el cual la mujer ya no pueda valerse por sí misma y precise ser dependiente de alguien. En esta sociedad moderna cada

¹⁰ Desde la experiencia de las asistentes a los grupos, cabe concluir que las viudas deben ser mayoritarias en las aulas o, por lo menos, representar el núcleo más estable de ellas.

¹¹ La presencia de los nietos y su cuidado puede, efectivamente, mitigar o aplazar la crisis. No obstante, en los grupos se habla poco de los nietos, con lo cual cabe suponer que estas mujeres han pasado esa etapa del cuidado del nieto, o no la han vivido, y se enfrentan al terror de ser también ajenas para ellos.

vez está más claro que nadie está moralmente obligado a hacerse cargo de la persona dependiente. **El llegar a ser una carga para alguien** es quizá el mayor fantasma con el que se enfrenta la persona mayor, que ve que progresivamente va perdiendo capacidades. Estas mujeres –a diferencia, posiblemente, de cómo se lo planteaba la generación anterior– no se plantean ya un horizonte claro en que los hijos puedan hacerse cargo de ellas. Los hijos, como se dijo, ya se han ido, ya hacen su vida; y el plantearse que renuncien a ella para cuidarles se concibe o bien como una actitud egoísta por su parte, o bien como una prueba (de cariño) cuyos eventuales resultados negativos no se pueden considerar.

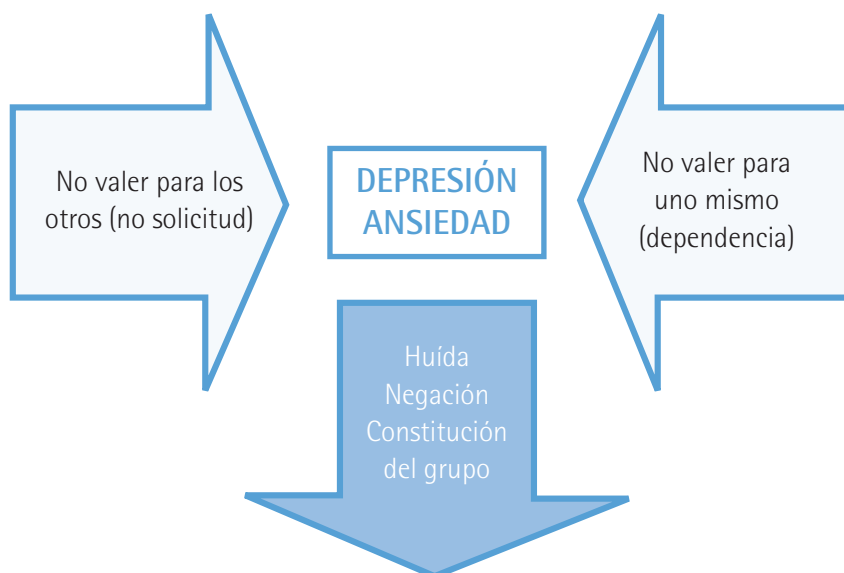
La residencia, por tanto, parece el destino obligado para cuando llegue el momento de no poder valerse por una misma. No obstante, no es un destino deseado, sino un destino terrorífico. Simbólicamente no deja de ser un quitarse de en medio para reducir la carga que la dependencia supone. No es una "salida" para uno mismo, sino una salida sólo para los otros, para los seres queridos. Cabría decir, un sacrificio hecho por amor o por el miedo al desamor; pero un sacrificio total, puesto que es la persona mayor en su totalidad quien deviene auto-inmolada.

Los mayores, yo recordaba a mis abuelos, como nos han criado, y ahora veo que lo que primero que hacen es a la residencia. Ellas están trabajando, no pueden cuidar a los mayores. Y cuando veo todo eso, pues lo que nos espera. (G.D. AULA B)

No es de noche ni de día, son circunstancias de la vida. Que te va pasando, el estar con un constipado y levantarte para hacerte un poleo y tomarte una aspirina, porque nadie te la lleva. El tenerte que operar y buscarte una residencia, para no ser gravoso, ni a tus hermanas. Porque cada uno tiene su familia, y es muy respetable. (G.D. AULA B)

28

La única "salida" que la persona mayor encuentra es hacer todo lo posible para no llegar a ese momento, para no llegar a lo que es inevitable, a la dependencia. Luchar, por tanto, contra la vejez misma, contra su instalación inevitable; lucha que, en cualquier caso, no puede resolver nunca del todo la angustia sobre la que se instala, porque el cuerpo es el que es y puesto que su degradación se hace cotidianamente evidente.



3.4. Lo que hay que hacer para salir de la depresión

Si algo tienen claro estas mujeres es que no pueden dejarse llevar por la tristeza, por el sentimiento negativo que se les impone en sus circunstancias vitales. Muchas de ellas, incluso, han experimentado durante un tiempo la experiencia traumática de haberse dejado llevar por esos sentimientos depresivos. No es que ahora no los tengan,

no es que no les asalten por las noches cuando se encuentran solas en sus casas; lo que sucede es que **ahora** están enfrentadas en una lucha titánica contra ellos, para evitar que se instalen como el único modo de percibir y experimentar su existencia.

Antes de empezar a venir aquí yo tenía una depresión de miedo, nada más que llorando a mi casa, siempre llorando, fue una a mi casa y me dijo: Juana, te voy a sacar de lo que tienes. Me llevó a este sitio (...) porque si no se me habrían secado las lágrimas de llorar o me habría muerto.
(G.D. AULA A)

Como si de una experiencia iniciática se tratara, estas mujeres parecen haber descubierto una forma de huir del pozo sin fondo de la depresión. Naturalmente, estamos hablando de la experiencia en el Aula, que para prácticamente todas ellas ha supuesto casi como una resurrección, una salida del infierno. Estamos hablando, por tanto, de una experiencia vital de suma trascendencia para la vida de estas mujeres y para la forma en que perciben **desde sí mismas** su propia **salud psíquica**.

... y te recuerdas un poco como eras antes... te vienes abajo. Pues algo habré ganado... (G.D. AULA B)

Estamos, por tanto, ante mujeres que, bien que mal, **se están curando a sí mismas**. Naturalmente, lo hacen con ayuda, y nuestra labor final será determinar si esa ayuda, en concreto la relacionada con los talleres de salud, es o no realmente importante para ellas. Pero por el momento lo que nos interesa es analizar cómo lo hacen, qué es para ellas importante en esa experiencia de, cabría decir, "autocuidado".

La fuerza de voluntad puede concebirse como una capacidad, pero en realidad de lo que se trata es de una actitud auto-impuesta. De lo que se trata es luchar¹² contra una tendencia propia al abandono. El enfrentamiento continuo entre una actitud (positiva y vital) y a otra actitud (negativa y tanática). Realmente, estamos ante una percepción altamente esquizoide de la propia interioridad: una parte debe, gracias a la fuerza de voluntad, dominar sobre la otra; pero ambas permanecen ahí, como formando parte de la propia naturaleza.

Y aquí estoy. Y no se me pone nada por delante. Porque siempre he tenido muchísima fuerza de voluntad, eso lo sé porque los médicos me lo dicen. Soy muy fuerte, tengo un espíritu de fuerza, de valentía y de decisión tremendas. (G.D. AULA B)

Ha estado fatal, con los dolores...

Pero tiene una fuerza de voluntad. (G.D. AULA B)

...y entonces mi cabeza no la puedo dejar que me domine. Y a lo mejor a veces, actúo con ésta y otras veces con ésta. (G.D. AULA B)

La fuerza de voluntad impone que se hagan determinadas cosas, cosas que evitarían que la otra parte, la parte tanática impusiera su voluntad. Hay un conjunto de auto-prescripciones al respecto, que prácticamente resultan obligadas:

- a) **Salir de casa** es vital, casi tan vital como lo podría ser para un adolescente. Realmente, para estas mujeres su casa representa un espacio cuasi terrorífico. No deja de ser curioso que unas mujeres, que posiblemente en su mayoría hayan desarrollado la mayor parte de su historia en, por y desde la casa se sientan tan impelidas a salir de ella. Pero no es difícil imaginar lo que la casa realmente les devuelve: **les devuelve el vacío de su propia existencia actual** (la casa estuvo llena, ahora está vacía; en la casa están las ausencias, que son precisamente las heridas que corroen). En la casa es imposible luchar contra los fantasmas, porque están ahí instalados en todos y cada uno de los rincones.

12 Cabría decir: "heroicamente"; en gran medida estas mujeres se conciben a sí mismas como heroínas en una batalla desigual.

Ahora nos vamos apuntar las dos a Internet para salir de casa un poquito. (G.D. AULA A)

A mí la soledad me mata, ya es que, me enganché a la iglesia, aquí, allí, a taichí, a lo que se tercié, menos estar en casa lo que sea. (G.D. AULA C)

- b) Hay que huir del espacio depresivo, pero también del tiempo depresivo. Ante todo **hay que hacer cosas**. El tiempo que no se transforma en actividad es un tiempo para que se instalen los sentimientos negativos. Ciertamente, la casa también insta a la inactividad, y también por esa razón es terrorífica. La acción es realmente una **evasión**; lo que está en juego es **poner la atención en otra cosa**, en otra cosa que no sean esos pensamientos recurrentes. Por eso, en el fondo, **cualquier cosa** que permita esa evasión es válida en la estrategia. De ahí la apariencia de insensatez que presenta a veces la actividad de estos grupos de mujeres, que parecen consumir indistintamente cualquier actividad que se les proponga¹³.

Es admirable ver a esa gente tan mayor, con esas ganas de hacer cosas. (G.D. AULA B)

- ¿Y QUÉ NECESIDAD CREES QUE TENÍAN LAS MUJERES DEL GRUPO QUE CUBRIÓ QUE ESTOS ENFERMEROS FUERAN A DAR LA CHARLA? ¿QUÉ HABÍA AHÍ PARA QUE ESO CUAJARA?

- Es que yo creo que como todo, ten en cuenta que estos grupos se forman porque hay mujeres con inquietudes porque una mujer que se dedica a hacer las cosas de su casa y ver la tele, no tiene ninguna inquietud, pero las mujeres que tienen una inquietud tengan la edad que tengan la conserva y entonces al nivel que puede la desarrolla y ese es el espíritu de aprender cosas, cosas nuevas, incluso aunque lo sepa pero es nuevo la persona que llega, como te lo comunica, como lo cuentan... luego te dan folletos... o sea, que hay que partir de la base que son personas que les interesa la vida y que están en ella bien y esa es la base. (E.A. Nº 1)

- El hacer cosas y la evasión misma se imponen **como disciplina**. Desde fuera es fácil pensar que toda esta actividad nace del aburrimiento, del no saber qué hacer; en realidad lo que está en juego es algo de mucha mayor trascendencia que el matar el tiempo. Lo que gustaría hacer, posiblemente, es no hacer nada, pero el miedo a lo que resulta de ello es lo que impone la actividad como disciplina, cabría decir, "terapéutica".

Sabemos que los miércoles, lo tienes ya para el aula. A las diez y media, sabes que tienes que estar allí. Todos los compromisos que tienes, lo dejas por ir al aula. (G.D. AULA B)

- La evasión de estas mujeres no es solitaria, siempre será una **evasión compartida**. No puede ser solitaria, porque en la soledad es imposible luchar contra los propios pensamientos. Tiene que haber otros que permitan huir de uno mismo. Es clave, por tanto, para salir de uno mismo, **entrar en el terreno del otro**, preocuparse por el otro, compartir con el otro. La evasión compartida es, por tanto, algo más que evasión, porque implica, de algún modo, una **prestación de ayuda**. Y a quien mejor se puede ayudar es a quien está en las propias mismas circunstancias, de ahí que los otros sean **necesariamente** otras mujeres semejantes, que comparten básicamente la misma problemática originaria.

Y aquí estoy, luchando, ayudando a quien puedo. (G.D. AULA B)

- Estaríamos, por tanto, ante la creación, más o menos formal, de un **grupo de autoayuda**: un grupo que se constituye en la ayuda y por la ayuda a personas con problemas semejantes. Pero interesa que profundicemos en cuál es el mecanismo psíquico que permite este acople. Preocuparse por los otros,

13 Este era uno de los elementos que "preocupaban" a los monitores de los talleres de salud, la dificultad para valorar si los talleres eran más o menos importantes para las mujeres que cualquier otra actividad, como por ejemplo, una actividad de ocio. Ciertamente, es difícil valorar positivamente la propia actividad si ésta es perfectamente intercambiable. Anticipando el análisis, no creemos que los talleres de salud sean "igual de importantes"; pero es imprescindible entender que un elemento clave presente en éstos es la evasión, y ese componente está también en otras actividades, y posiblemente en mayor medida en actividades de ocio. Lo que habría que determinar es si tales talleres cumplen **además** otras funciones también importantes para las mujeres.

implica, como vimos, una evasión de lo propio. Pero no queda ahí el beneficio. Si en el otro encuentro un problema similar al mío, resulta que consigo dos cosas importantes: por una parte, al verme reflejado en el otro, **relativizo** mi problema¹⁴; por otra parte, al auxiliar al otro convalido y me refrendo en mi estrategia original de salida¹⁵. Desde un punto de vista puramente egoísta interesa también ponerse en la situación de ayudar al otro semejante.

Porque oyes a una compañera, Isabel, oyes una desgracia de otra, otra queja de otra y esas son cosas que te van ayudando a ti a resignarte con la vida. (G.D. AULA B)

Se puede aprender, oyendo hablar a la gente. No ya las personas que van a dar las clases. Si tienes una cosa, que ya la ves más chiquitita... dicen que mal de muchos, consuelo de tontos... (G.D. AULA B)

- La actividad de estas mujeres va a ser **siempre** una actividad que conlleve algún tipo de **aprendizaje**. La pasión de estas mujeres por "aprender" es algo que no deja de sorprendernos, máxime si nos damos cuenta que no son jóvenes, que tienen acumulada una larga experiencia de vida. Ciertamente, se trata muchas veces de mujeres de bajo nivel social¹⁶, que, en cierto modo, perciben la cultura desde el lado de la falta vital: no tuvieron, o tuvieron poca oportunidad en su momento de estudiar, y es relativamente natural que mantengan frente a la cultura una especie de cuenta pendiente. No obstante, se observa, por encima de las diferencias de clase, una misma pulsión al aprendizaje; el dato nos obliga a intentar aventurar una explicación desde la situación vital común.

Mi hija se enteró que había aquí de esto para distraerse, porque de clases yo no necesito, aunque de clases siempre se aprende algo. (G.D. AULA A)

Es valioso, y cada día pues eso, con distintas personas aprender distintas cosas, en las cuales que si estuviéramos como antes que no teníamos ninguna opción que estás encerrada en tu casa no aprendes nada, incluso ni los tuyos te valoran. (G.D. AULA A)

Y ahora que por desgracia, nosotras cuando hemos sido jóvenes no nos han dado estas cosas, aunque ya somos mayores, nos ayuda a los años que nos queden, seguir para adelante. (G.D. AULA B)

- En su momento hablamos de una suerte de **proceso iniciático** en esta huida de la depresión. Estas mujeres hacen una especie de tabla rasa de toda su experiencia anterior; de alguna forma sienten que han **renacido** en el momento en que han decidido cambiar de actitud hacia la vida. Toda la experiencia anterior queda, de esta suerte, "puesta entre paréntesis" y sometida a revisión: la tarea –ingente, por otra parte– consiste en hacerse a partir de entonces una nueva vida. Es natural, entonces, que el aprendizaje se coloque en el centro de la propia existencia.
- Se trata, por tanto, de un "volver a nacer". Estamos ante mujeres recién nacidas, que intentan enfrentarse a la vida con la inquietud de quien tiene prácticamente todo por aprender. Ellas utilizan usualmente el símil del crecimiento: sienten, experimentan que crecen como personas cuando se enfrentan a cualquier experiencia. La actitud vital tiene que ser, necesariamente, jovial.

Yo tengo un círculo de amistades, que no tienen ninguna idea de esto. Esto es un privilegio, son muy importantes, no he tenido estudios de nivel superior, pues gracias las personas, a las

14 Los problemas compartidos son menos problemas o, como se dice, malintencionadamente, "mal de muchos, consuelo de tontos".

15 Al decir, por ejemplo, a la mujer deprimida "sal de casa, diviértete", la mujer se reafirma en que esa es una buena forma de combatir la propia depresión.

16 Las mujeres del GRUPO A quizá sean las que mejor se acoplan a este patrón. No será tan claramente el caso de las otras dos aulas.

monitoras que han ido, nos han ido haciendo ver de otra forma la vida, vivir de otra manera, ponernos a nivel hacia nuestros hijos, para poderles ayudar un poco más. (G.D. AULA B)

Hemos ido aprendiendo, vamos creciendo día a día, gracias a unas personas que nos imparten todo. (G.D. AULA B)

- Estamos hablando, por tanto, de un aprendizaje **experiencial**. No es tanto un saber enciclopédico, la cultura pendiente, a lo que aspiran, sino a un saber que les sirva para encarar **su nueva experiencia vital**. Ciertamente, hay un saber previo que está ahí, que no se puede borrar, pero la actitud dominante es la de dejar la puerta abierta a la **revisión**. La revisión crítica de la propia experiencia, desde la consideración de que de algún modo estuvo fundamentalmente errada, es consustancial a este proceso iniciático¹⁷.

- **El cuidado de sí** se convierte en esta estrategia en una nueva exigencia. La tendencia contraria es al abandono y al descuido de sí mismas. Para salir de la depresión es necesario imponerse una norma que convierta al propio cuerpo en objeto de solicitud. Transformar una pulsión destructiva en una pulsión constructiva. Como se verá más tarde, esta tendencia es la que engarzarán poderosamente con la materia de los talleres de promoción de la salud; aquí nos interesa indicar el cómo esto supone un cambio radical en la actitud de la cuidadora, que prácticamente descuidaba su cuidado por el cuidado de los otros. La pulsión a cuidar, a atender se coloca sobre una misma, sobre un cuerpo que hay que socorrer. "Preocuparse por una misma", poner antes lo propio que lo ajeno; todo esto es también un renacimiento, un cambio del código fundamental de la experiencia.
- **El desafiar los límites** que el propio cuerpo impone forma parte importante también de la estrategia. Podría pensarse que esta actitud es contradictoria con la anterior, y desde fuera¹⁸ puede parecerlo en muchas ocasiones. Lo que está en juego es romper con la pulsión a la inactividad, inherente a la depresión. No salir, no hablar, no comer... la inapetencia vital obtiene su propia coartada en un cuerpo que duele y que se concibe como frágil y enfermo. Pero si se hace caso al cuerpo no se haría nada. Cabría hablar, por tanto, de un **cuidado obsesivo del cuerpo**, semejante al de la madre que no deja a su hijo crecer, y que a la postre se manifestaría como incompatible con el resto de actitudes positivas¹⁹, y un **cuidado desapegado**, destinado fundamentalmente **a ampliar los límites**. Lo que realmente importa es ampliar las posibilidades del cuerpo para la vida; todo el cuidado del cuerpo tendría como objeto el dejar que éste le permita a la mujer hacer cosas, más que decida por ella de forma dictatorial qué es lo que tiene y qué es lo que no tiene que hacer.

Y si me duele, me aguanto, pero yo voy. Porque si me duele en mi casa, también me dolerá allí. Y aquí estoy con todas. (G.D. AULA B)

- La **lucha contra la vejez**, y la imposición de la **jovialidad**, tienen que ver con todo esto. Ciertamente, estas mujeres no quieren ser viejas, no quieren sentirse viejas. Es verdad que lo son –al menos muchas de ellas–, y que en la soledad se sienten como tales; pero tal constatación no ayuda a nada, no soluciona nada. Lo

17 Hay que admitir que sorprende –y hasta, a veces, asusta– esta actitud en mujeres mayores, que idealmente –así se ha valorado hasta ahora históricamente la vejez– deberían colocarse en el lugar contrario, el de enseñar a los otros. ¿Pero cuáles pueden ser, en efecto, esos otros? Nuestra sociedad ha roto con la continuidad y el acople generacional, **y es cierto** que el saber y la experiencia de los mayores ya no ocupa lugar (es cierto que los hijos no les van a dar ese lugar que desearían). Estas mujeres se han dado cuenta de que las cosas son así, de que nada sirve quejarse, porque, entre otras cosas, la queja a lo único que les lleva es a la depresión. Si no se puede ocupar el lugar de quien enseña, sólo les queda el lugar del aprendiz, un lugar posible desde el cual poder recuperar la conciencia de valor.

18 Desde un concepto de salud que no comprende la función del **riesgo**.

19 Abocaría a la depresión, porque el cuerpo establecería una tiranía sobre la mujer.

único importante para ellas es que la vejez no se les imponga como límite absoluto, como imposibilidad de vivir y de seguir luchando.

Pero yo para la edad que tengo, soy joven mayor. Y de espíritu muy joven. (G.D. AULA B)

3.5. La función del Aula

Las aulas son en todos los casos lugares en los cuales estas mujeres han encontrado las condiciones idóneas para aprender, convalidar, desarrollar y ampliar esa estrategia que hemos descrito en el capítulo anterior. De ello se deduce que el vínculo con el aula es sumamente potente: sin el aula, o con cualquier otro "artefacto" similar, estas mujeres sienten que estarían abocadas al fantasma que del huyen: a la depresión.

Pero murió mi marido y al poco tiempo, volví al grupo. Y el grupo, me hizo mucho bien. (G.D. AULA B)

Las aulas, estas aulas, son, por tanto, para el tipo dominante de mujer analizado, **tablas de salvación personal**. De hecho, en muchos de los casos la historia relatada reproduce literalmente un tránsito semejante: a partir de una situación depresiva, por ellas mismas, o por medio del auxilio de otras personas, se accede al aula, y a partir de lo que allí se hace, la mujer consigue, al menos, paliar su depresión. Las historias demuestran que las aulas funcionan –con independencia de sus fines explícitos– como **auténticas instituciones terapéuticas** para el tipo de mujeres y para el tipo de problemáticas que hemos tenido que analizar.

- De hecho, hemos constatado que las aulas operan a veces como auténticas alternativas de derivación de mujeres "problemáticas". Un recurso alternativo, por tanto, del que se puede echar mano ante desde otras instituciones, como pueda ser la sanitaria²⁰ o los servicios sociales, para un tipo de mujer, que tendríamos, en cualquier caso, que definir.

Si vas a la Junta y le dices que tienes depresión y ansiedad (...) que vives sola y entonces te miran. (G.D. AULA C)

Me han mandado en alguna ocasión gente que han visto ellos en la consulta que ni eran de médico ni eran muy mal (...) yo he llegado a pensar; oye, yo no soy capaz de con esta persona, que me pone mala a mí.

- ¿POR QUÉ?

- *Porque son raras, porque son personas conflictivas, de estas personas que no están con ellas contentas influye en el entorno. Yo tenía una que ya no va, doy gracias a Dios por ello, y es que me sentía... era verla y... (...) porque claro, una persona que está perfectamente bien, en un sitio que no la escuchan, que no la atienden que ella ve que es como... requieren una atención, la quieren al menos y ellas se encuentran arropadas, protegidas y eso las hace bien pero a las que... no, dice que este año iba a otro sitio, bueno, me figuro que estará mejor.* (E.A. Nº 1)

Nos gustaría que quedara claro que el tipo de mujeres y el tipo de problemáticas de las que hablamos no son, en manera alguna, excepcionales. No estamos necesariamente ante mujeres "enfermas", en el sentido que pueda darse a este término en una práctica sanitaria clínica. Se trata de mujeres "normales", que están en una etapa de la vida especialmente complicada, y que carecen –lo cual es también bastante normal en esa etapa de la vida– de apoyos afectivos, culturales, intelectuales, etc. suficientes y adecuados para equilibrar su situación vital.

²⁰ El algún caso hemos observado cómo miembros del propio equipo técnico de los talleres consideran en su propia práctica este recurso. No sabemos si esta práctica está más generalizada; por ejemplo, si los propios médicos del equipo de atención primaria consideran este recurso.

De hablar de patología, habría que hablar de **patología social**: este tipo de instituciones vienen a dar respuesta a una necesidad de apoyo psíquico bastante común y generalizada en las mujeres actuales de determinadas edades y de determinados segmentos sociales. Podríamos definir el tipo más característico de la siguiente manera:

- Mujer de entre de entre 55 y 75 años de edad.
- De clase social media y media baja.
- Ama de casa.
- Con hijos ya emancipados y con poca relación con ellos y con los nietos.
- Viuda o casada, pero con débil compenetración con el cónyuge.
- Relativamente deteriorada en su salud física.

Esta "normalidad" de las mujeres que acceden al aula marca un determinado límite. Habría que decidir, efectivamente, si este tipo de instituciones son adecuadas para acoger a mujeres con problemas psíquicos realmente importantes. En otras palabras, decidir si estamos o no ante un recurso alternativo a Salud Mental.

Está claro que la normalidad psíquica no es en modo alguno fácil de definir. No obstante, en la investigación se observan casos que se juzgan como de derivación inadecuada. Mujeres con problemas psíquicos importantes entran en el grupo, y no sólo no encuentran una solución a su problema, sino que además operan como un factor de interferencia importante en la dinámica "terapéutica" grupal; es decir, hacen mal a las otras mujeres, y abortan toda la estrategia de autoayuda²¹.

34

Habría, por tanto, que definir hasta dónde estos grupos pueden operar como recurso terapéutico. Desde luego, habría que saber establecer una diferencia entre el **desarreglo social** y la **patología psíquica**, entre la depresión que es resultado de unas circunstancias adversas, y la depresión que es resultado de un desarreglo de la personalidad. Son dos depresiones distintas; y posiblemente la diferencia más clara entre ambas se sitúe en que en la primera la mujer sabe por qué está así (y es capaz de desarrollar por sí misma estrategias para abordarla), mientras que en la segunda la mujer no lo sabe (y precisa, por tanto, de una ayuda externa profesional)²².

Las aulas, efectivamente, tienen otros fines, aparte del de operar como grupos de autoayuda para este tipo de mujeres. Tenemos, por ejemplo, dos grupos católicos (AULA C y AULA B), creados en torno parroquias, que es de suponer que alguna finalidad tienen en esa dirección de la práctica cristiana; tenemos un grupo, AULA A, cuyo objeto fundacional estaba relacionado con la alfabetización de adultos. Lo que hemos podido constatar, en cualquier caso, es que esas finalidades fundacionales aparecen bastante desdibujadas en el discurso que las mujeres hacen de sus aulas respectivas. Para ellas, de facto, se trata de grupos de autoayuda: las mujeres y la solución de su problemática personal son lo que directamente da sentido a las aulas y a su actividad.

Apurando más, podríamos incluso decir que estos grupos son también grupos de autoayuda para quienes los promueven (por ejemplo, agentes de Igualdad), o directamente los dirigen (por ejemplo, monitores de Cáritas). Insensiblemente, más allá del objetivo fundacional, estos grupos han terminado por ser, incluso como resultado de

21 "Hacer mal", suponemos, tiene que ver con la frustración que provoca alguien que no responde adecuadamente a los estímulos de la ayuda mutua. Quien se deja ayudar, como se dijo, ayuda a quien ayuda. Si los esfuerzos por ayudar al otro no traen resultados inmediatos, el resultado no sólo es la frustración, sino también la depresión de la que se huía. Todo el grupo se deprime cuando un elemento no hace progresos evidentes en la lucha contra el decaimiento.

22 En uno de los talleres que intentó que las mujeres aprendieran a distinguir entre tristeza y depresión. Fue un taller exitoso, porque esta idea permitió a las mujeres, si se acepta la palabra, "despatologizar" su situación, no sentirse enfermas por el hecho de estar tristes. Nosotros también deberíamos de aprender de esa feliz distinción. Estas aulas sirven para mujeres tristes, pero no sirven para mujeres deprimidas.

su propia inercia, grupos de autoayuda para este tipo de mujeres; es decir, grupos "terapéuticos" dirigidos a una población femenina que se supone que precisa de este tipo de recursos.

Esta característica convierte a estos grupos en peculiares. Estamos acostumbrados a ver grupos cuya naturaleza es totalmente distinta. Es habitual que los grupos, o las asociaciones se vuelquen sobre un **afuera**: hacer cosas, transformar la realidad en una determinada dirección. Estos grupos, sin embargo, no tienen, cabría decir, "afuera", toda la actividad y su sentido se resumen en los beneficios que momentáneamente puedan reportar a sus miembros.

El resultado es curioso, porque en realidad el "afuera" son las mujeres mismas: las mujeres, sus necesidades, son el objeto del grupo. Las mujeres son en estos grupos **objeto de acción**, nunca **sujetos de acción**; aún cuando se de un cierto grado de **autogestión**, la mujer que participa en estos grupos siempre se verá a sí misma como el objeto del grupo, la tarea como su propia transformación personal y al grupo, a su vez, como un artefacto construido para su propio beneficio.

Grupos que operen de esta manera sólo es posible encontrarlos en dos ámbitos: en el ámbito terapéutico y en el ámbito del ocio. De hecho, la apariencia externa de estos grupos se mueve entre estos dos modelos, a veces parecen grupos de ocio compartido, a veces parecen grupos terapéuticos; podría decirse que son, realmente, las dos cosas a la vez.

Lo que importa, por el momento, es dar cuenta del carácter que trasfiere el pertenecer a grupos de esta naturaleza. En primer lugar, las mujeres se relacionan con el Aula como la prestación (gratuita) de un servicio. **Alguien** (la Iglesia, los Servicios Sociales, la Junta Municipal) se preocupa de ellas, y les ofrece un espacio, unas actividades, etc. adecuadas a sus necesidades. No se trata, por tanto, sólo de un grupo de mujeres, sino un grupo de mujeres promovido y sustentado por alguien, que es realmente **el sujeto del grupo**. "Sujeto", porque éste sí que tiene una tarea externa trascendente que cumplir, el ayudar a estas mujeres. La relación de las mujeres con ese sujeto es necesariamente de **agradecimiento**, porque reciben ese servicio **gratuitamente**, y porque lo conciben como un **servicio importante para ellas**.

Saber que va la profesora, por ejemplo, de gimnasia. Una señora, que sin cobrar nada, el voluntariado, como digo yo. Pues si ella se levanta, y es bastante mayor que yo y viene a darnos clase, pues eso me hace tirar de la cama. (G.D. AULA B)

Eso es muy importante, te sientes que te escuchan, que te informan, que te tienen en cuenta. (E.A. Nº 1)

La actividad, por tanto, es un **don gratuito**, algo frente a lo cual las mujeres tienen que estar **permanentemente agradecidas**. Como dice el refrán, *"a caballo regalado no le mires el diente"*; no es posible establecer una relación crítica frente a lo prestado gratuitamente²³. Incluso, sospechamos, que la relación con la actividad es también, necesariamente, **pasiva**: todo lo que venga es bienvenido, pero tampoco está demasiado claro que las mujeres pongan demasiado esfuerzo en conseguir lo que en un momento dado consideren que necesitan. Tiene que haber una instancia exterior (nuevamente, el "sujeto" del grupo) que interprete y decida qué es lo que las mujeres necesitan y que ponga los medios para que puedan recibirlo. El término "monitor", utilizado normalmente para aludir a las personas que cumplen este papel activo, es perfectamente expresivo de la necesidad que estos grupos tienen de una figura que prácticamente los interprete y los organice²⁴.

23 Como se verá más tarde, esta actitud "acrítica" se convertirá en nuestra tarea también en un inconveniente, porque es muy difícil que la mujer se ponga en la situación de hacer la más mínima objeción a unos cursos que, de forma voluntaria, les imparten ciertos profesionales sanitarios.

24 De hecho, en dos de los grupos de discusión realizados, aparecieron "espontáneamente" (puesto que no se propuso que aparecieran) monitores, que en las dinámicas ejercieron prácticamente su papel de monitores, es decir, de interpretantes de la palabra del grupo (como si el grupo no fuese capaz por sí mismo de expresarse adecuadamente).

No sería abusivo el tildar a estos grupos como **dependientes**. Es natural que así sea, si partimos del análisis que realizamos anteriormente. No son mujeres que por sí mismas sean capaces de salir de su depresión o de su tristeza. No obstante, no observamos realmente en los grupos ningún trabajo claro en la dirección de que las mujeres superen esta condición dependiente, y en la dirección de que el grupo encuentre una tarea exterior que finalmente de sentido a la actividad.

Observamos, por tanto, mujeres **en deuda** con el grupo. Una deuda que, además, parece convertirse en el aliciente mismo de la actividad: hay que hacer cosas porque alguien se preocupa de organizarlas; y sería de mal nacidas no responder a semejante solicitud.

Podríamos relacionar todo esto con la afirmación anterior de que el grupo cumplía una suerte de "efecto analgésico". De lo que no hay duda es que estas mujeres se sienten mejor en todo el marco artificial en el que se les introduce; pero también está claro que sin ese marco, del cual dependen, tampoco sabrían qué hacer. No puede decirse, por tanto, en sentido estricto, que se curen, puesto que precisan absolutamente y *"sine die"* de la medicina que le aplicamos.

No es nuestra intención establecer con ello una crítica radical a este tipo de grupos de autoayuda. Habría que tener, para establecerla, algún tipo de solución al respecto; y evidentemente no la tenemos. No obstante, creemos que es obligado introducir en este tipo de grupos la reflexión permanente sobre **la autonomía**, y la vigilancia constante acerca de los factores que favorecen la dependencia. Al fin y al cabo, el objeto final de todo grupo terapéutico es reintegrar al sujeto a su medio natural, una vez que se haya verificado la cura.

Y realmente creemos que estos grupos operan no como un medio alternativo provisional, sino como un medio querido como definitivo. En pocas palabras, operan como una **segunda familia sustitutoria**, en la cual la mujer encuentra la posibilidad de volver a tejer sus lazos de dependencia sobre otros sujetos de cuidado, esta vez mujeres en su misma situación, pero al fin y al cabo **sujetos dependientes que precisan de ella para subsistir**. El valor perdido por la indiferencia de los hijos (nido vacío) se recupera por la deferencia de las otras (nido lleno).

Efectivamente, lo más importante del Aula para estas mujeres no son tanto las actividades, como el grupo, la red afectiva que han conseguido tejer en su interior, y que opera para ellas como un apoyo inestimable. Las actividades son, en lo fundamental, **oportunidades para compartir**, para empatizar, para entrar en confianza, para ayudar, para cuidar. El grupo es un espacio afectivo de gran intensidad, que no es un simple medio, sino un **fin en sí mismo**. El grupo es el lugar de la afectividad perdida.

Crecemos por dentro, a nivel de sentimientos. (G.D. AULA B)

Podríamos estar tranquilos si realmente consideráramos que esta nueva experiencia como una experiencia **real**, y no como una suerte de **huída** de la realidad. Cuando hablábamos de "efecto analgésico" queríamos aludir también a esto. El analgésico crea una realidad provisional ficticia; lo real, el dolor, reaparece permanentemente. La realidad de estas mujeres es su familia, sus hijos, su marido, su experiencia, su vejez, etc.; una realidad difícil de asimilar, pero al fin y al cabo su realidad. Todos los indicadores en la investigación apuntan a que esa realidad no desaparece nunca, que reaparece constantemente como síntoma irresoluble, a modo de dolor y de tristeza. La medicina reduce los síntomas, pero no los consigue hacer desaparecer, por eso las dosis tienen que ser cada vez más fuertes, hasta que se agote el tiempo disponible.

Y tener el tiempo ocupado.

Yo procuro tener siempre que hacer, eso es maravilloso. (G.D. AULA B)

El tiempo ocupado. Y el tiempo que vamos hoy aquí, los miércoles cuando vamos al aula, a las clases de comunicación, cuando vamos a la gimnasia, las que van a manualidades. La ocupación del tiempo, es una cosa primordial. (G.D. AULA B)

Un tiempo, por tanto, que no deje tiempo al tiempo real; un analgésico permanente no permite que el dolor aparezca. Los síntomas de una curación deberían de ir idealmente en el sentido contrario, en la reconciliación con el propio tiempo, con la propia realidad, con la propia experiencia. O en la creación de una nueva experiencia, ¿pero qué experiencia es aquella cuyo sentido se agota en mitigar el dolor que la propia experiencia provoca?

El acento, a nuestro juicio, debería ir en la dirección de **crear una nueva experiencia**, porque es cierto que la anterior de la que se huye tiene pocos visos de poder reconducirse. Poco valor tiene, en efecto, la mujer para sus descendientes, y no tiene demasiado sentido trabajar por modificar una realidad que cada vez actúa más claramente en contra los valores tradicionales de este tipo de mujer. Crear una nueva experiencia implicaría **poner a trabajar** a la mujer (y al grupo) en algo más que en sus propios fantasmas, miedos y frustraciones. Alguna vez este tipo de mujer debería de dejar de "aprender" (de concebirse a sí misma como un sujeto en falta) para empezar a "actuar"; es decir, a hacer cosas que realmente (y no sólo imaginariamente) sirvan para alguien y, por tanto, puedan a la postre conferir valor a la propia existencia.

La actividad comunitaria nunca debería de perder el norte fundamental de **generar acción social comunitaria**. De lo contrario, corre el peligro de convertirse en mero clientelismo de instituciones y profesionales.

3.5.1. Los hombres

El papel de los hombres, de los maridos en estos grupos es un factor que nos puede hacer reflexionar y avanzar en algo en el análisis. Es claro que los maridos **están al margen**. Es cierto que hay casos en los que alguno aparece en alguna de las actividades; pero su presencia es, desde luego, muy minoritaria y anecdótica. Los hombres no entran en este juego, y si entran suelen convertirse para la mayoría de los agentes implicados en un **factor perturbador**.

Como se dijo en otro momento, los hombres parten de una situación vital en cierto sentido muy similar a la de las mujeres. La jubilación les ha dejado **fuera de juego**, y les resulta difícil encarar la nueva experiencia de inactividad laboral sin caer en la depresión. No saben qué hacer o, mejor dicho, no saben qué hacer **que tenga valor**. La pregunta de la mujer es ¿para **quién** valgo yo?, la pregunta del hombre es ¿para **qué** valgo yo? Preguntas distintas, puesto que la primera se concentra en el objeto del cuidado, mientras que la segunda se concentra en el objeto de la actividad. Pero ambas son preguntas que aluden a un sentido de la propia existencia traumáticamente perdido.

Ambos buscan en esa situación terrible su propio analgésico. Ya hemos visto por dónde decidió ir la mujer; el hombre suele buscarlo en **el ocio**, un ocio que tiende también a ser endogámico en relación al sexo. Es decir, ambos buscan su salida "de género", intentando encontrar en sus iguales algo de lo que han perdido. El ocio, en cualquier caso termina siendo para el hombre una solución insatisfactoria, pues termina por devolverle únicamente **hastío**. En comparación con la mujer, el hombre parecería como que careciera de recursos para contrarrestar su falta. Pero, creemos, esta diferencia es sólo aparente: la hiperactividad de la mujer tampoco trasluce, a pesar de las apariencias, según hemos visto, una situación vital en exceso equilibrada.

- A ti te falta tu marido, pero a lo mejor el mío, desde que lo jubilaron, yo veo que lo lleva muy mal. (G.D. AULA B)

No pero es que se van con los amigotes, a echar su partida. Y nosotras como no sabemos hacer eso o tenemos que aprender. Yo ya le he dicho que me tiene que enseñar a jugar al Mus. (G.D. AULA C)

Lo que ha perdido el hombre es el trabajo. El ocio aparecía entonces, cuando se trabajaba, como una buena forma de contrarrestar los sinsabores del trabajo. Ahora, cuando el hombre se jubila, piensa que el ocio va a cumplir también esa función, pero pronto se da cuenta de que, desaparecido el trabajo, el ocio pierde también su sentido, porque no hay, efectivamente, nada que compensar. Un termino tenía sentido desde el otro; desaparecido el uno, el otro también pierde su sentido.

A diferencia de la mujer, el trabajo se concebía como **acción productiva**. El hombre hacía cosas, supuestamente más trascendentes, la mujer cuidaba personas, supuestamente más triviales. A diferencia de la mujer, el hombre vivía, sin embargo, alienado en su propia actividad (era trabajo para otros), de ahí que precisara tanto del ocio para compensar.

- El ocio es, por tanto, **una mala salida para el hombre**. Sólo podría encontrar el sentido perdido en el marco de una actividad, pero una actividad distinta a la que en su momento realizaba, que, a pesar de las apariencias, no era suficiente para equilibrar su relación vital. Ahora, previsiblemente, siente **que no vale para nada**; o que, quizá, lo que pensaba que era su valor –el trabajo– se le muestra en toda su crudeza como una suerte de mentira largamente auto-administrada. Como la mujer, revive su propia historia, y no encuentra en ella un sentido, una dirección, una meta desde la cual interpretar y valorar el momento en que se encuentra.

El hombre se encuentra, por tanto, desposeído de su valor social. Sólo le queda su privacidad, una privacidad que nunca ha sabido valorar y que, por tanto, tampoco le devuelve valor. Podría en ese ámbito hacer cosas, y puede ser que hasta las haga por matar el tiempo; pero en ese caso serán eso, un pasatiempo, una actividad insustancial, algo hecho con desgana y sin objetivo. La mujer está en ese lugar, responsabilizándose de esas funciones, que le hacen cómoda la vida, pero que en toda su historia no ha aprendido a valorar. Su lugar, su valor, estaba en lo exterior, en lo público; en el ámbito de la intimidad, que es ahora su espacio y su tiempo, se ubica como una figura grotesca, pasiva, fantasmal.

La respuesta de la mujer ante la actitud del hombre es ambivalente. Por una parte, se convierte en una figura incómoda. Ciertamente, es alguien que le hace compañía, que le permite paliar su soledad; por otra parte, sin embargo, le deprime su propia actitud, su incapacidad para salir de la depresión. Pero el problema es que, aparte de no hacer, tampoco suele dejar hacer. El tiempo que la mujer dedica a su propia salida personal en el Aula es un tiempo restado a su cuidado. La reacción del hombre, es, como consecuencia, una reacción **celosa**, puesto que pierde con todo ello la atención que en otro momento le prestaba; en una situación, además, especialmente delicada para él, puesto que suele coincidir con jubilación.

El acceso al Aula de la mujer casada precisa, por tanto, las más de las veces, de la aquiescencia del marido. Quizá sea esta la razón de que haya relativamente pocas mujeres casadas en este tipo de instituciones. El marido impone su veto a una actividad que no se corresponde con la expectativa de una mujer centrada sobre su cuidado. El acceso al Aula supone para el marido una renuncia a sus privilegios al respecto.

El desequilibrio con el marido se produce en una situación en que éste, según se dice, *"no me saca a ningún lado"*. Hay un equilibrio posible en la pareja, que implica una actitud solícita del hombre en lo que respecta a la necesidad de la mujer de salir de casa, de evadirse del tiempo y del espacio depresivos del hogar. Sin esa "compensación" la demanda de cuidado por parte del hombre es indudablemente abusiva, puesto que implica una exigencia sin contrapartidas. La cuidadora siempre precisa de una compensación; es la falta de compensación lo que hace que abunde en su depresión, puesto que expresa y manifiesta **la falta de valor** para el otro. En este contexto, la pregunta ¿para quién valgo? obtiene una respuesta terrible, máxime si los hijos ya no están ahí para reequilibrar la situación por otro lado.

Pero tú eres tonta Isabel... Tú te crees que no lo llevaría al cine, conmigo ayer, a las charlas... Mil veces. Pero si no quiere, no le vas a obligar... (G.D. AULA B)

Yo antes, no sé, mi marido no me hacía salir de casa. (G.D. AULA C)

El acceso al aula de la mujer casada implica, por tanto, prácticamente una renuncia al deseo de equilibrar la relación con el marido; supone dejarlo por imposible. Simbólicamente, por tanto, tiene todos los visos de una ruptura, de un "hasta aquí hemos llegado".

El paso de la mujer es, ciertamente, un paso difícil, porque supone reenfrentarse a la propia experiencia de forma distinta a como lo había hecho hasta entonces. Las decisiones las tiene que tomar **solamente**, tiene que recuperar

o alcanzar la competencia de **la autonomía**. Hasta entonces todo lo había hecho con él y, apurando, incluso desde él.

El hacer las cosas sola, desde una misma, implica un experiencia desconocida que, por una parte, provoca terror (a errar), pero, por otra parte, libera adrenalina, y provoca una sensación gratificante de potencia y de jovialidad.

El tener marido es como todo. Tener marido tiene unas ventajas y unas desventajas. Y no tenerle, también. Las que no tenemos marido, tenemos libertad de hacer lo que queremos.
(G.D. AULA B)

El caso es que, por mucho que se pretenda disimular, el acceso al aula implica una reacción **contra** el hombre, una censura de su modo de actuar para con ella, y la búsqueda de **complicidad** en el ámbito de lo femenino. Las aulas son espacios femeninos desde su propia constitución, incluso en el caso de las viudas, que inician su andadura en el campo de la autonomía más por accidente que por crisis matrimonial.

En este contexto es natural que las aulas se constituyan en espacios no sólo prácticamente, sino también simbólicamente femeninos. Son espacios "de expresión" de la feminidad, puesto que es el "dolor" femenino el que, en última instancia, da sentido a todo lo que allí se hace²⁵. Y como el dolor femenino tiene su origen en la falta del hombre, la censura de éste y la victimización femenina se convierten en el interior del grupo en moneda de cambio. Hablar mal de los hombres, por lo tanto, aunque cueste admitir que eso es así, es un elemento central de autoafirmación del grupo.

Ellas querrían compartirlos con ellos, y que vinieran ellos y decir ¡veis!, pero cuando llega la hora de por ejemplo, de hablo de un ejemplo, la autoestima en donde se las enseña a abrirse y manifestar sin alterarse de lo que te sienta mal, a modificar conductas para tu estar bien contigo a no tener sentimiento de culpa cuando tengas que decir que no, entonces no querrían que estuvieran ellos, porque si están ellos, ellas no dirían lo que dicen. (E.A. Nº 2)

- ¿LES GUSTARÍA QUE EN ESTOS GRUPOS HUBIERA HOMBRES O PREFIEREN SEGUIR...?

- No, estamos muy a gusto así... (Risas).

- De sobra.

- Estamos mejor solas.

- Estamos muy a gusto solas porque nos contamos nuestras vidas, nuestras penas. Las vivencias con los maridos que muchas son muy gordas y todo esto se cuenta y si esa persona viene con el marido y lo está pasando mal y te lo cuenta pues se desahoga, cada una le damos nuestra opinión un poquito y parece que sirve. (G.D. AULA A)

- A lo mejor a los mismos grupos no, pero que hubiera algunos para ellos no estaría mal.

- Pero no para jugar a las cartas, grupos para que sepan estar. (G.D. AULA A)

Se creen que vamos a otra cosa... - Que vamos al aula a pensar en contra de ellos. - ¿Y ESO ES VERDAD? - No. (G.D. AULA B)

Tenemos el marido de una que dice que es una secta esto. (G.D. AULA A)

Por ello, las pocas veces que aparecen hombres en las actividades, el experimento suele resultar malogrado. Ya es difícil que vaya, porque, como se ha visto en las citas anteriores, ya se ha hecho previamente una idea de lo que los grupos son. Pero, si decide ir, es fácil que se sienta acorralado y en minoría en un espacio en el cual él intuye ser el término cuestionado. Ciertamente, hay voluntad de introducir al hombre en estas dinámicas, pero para que pueda llegar a entrar el grupo tiene que **encontrar un objetivo que pueda integrar al hombre**. Si la actividad

25 Como vimos, parte más importante del aula es la confianza entre mujeres, la puesta en circulación colectiva de las penas.

principal del grupo se resume en trabajar las frustraciones femeninas, difícilmente puede haber ahí un elemento que directamente se representa como causa de esas frustraciones.

El hombre debe de entrar porque en realidad muchas de estas mujeres conviven con hombres. El espacio artificial es el grupo, el espacio natural es la pareja²⁶. Tiene poco sentido que el espacio artificial ponga en crisis el espacio natural; puesto que estas mujeres tienen que convivir con estos hombres, y lo natural es que consigan (podrían precisar de ayuda para ello) superar sus problemas y encarar la existencia que les queda **juntos**.

En cierto modo, puede decirse que el camino elegido es justamente **el de poner en conflicto la relación desde una parte**. Podemos suponer que se dan casos en que la mujer tiene que elegir entre la alternativa de dejar el aula o abandonar a su pareja.

Un señor que estaba entonces fuera y no molestaba para nada (...) ahora de pronto se levanta, y según está la otra limpiando el polvo, ¿A dónde vas a ir hoy? ó ¿Por qué tiene que salir? Pues vámonos a dar un paseo. Y estamos luchando porque vengan esos hombres, en vez de que se vayan esas mujeres. (E.A Nº 2)

Parece claro que el aula, la mayoría de las veces, se convierte en factor permanente de conflicto con la pareja. Y esto, en mujeres de esta edad, no parece ser un resultado que objetivamente pueda calificarse necesariamente de recomendable.

- *Están insoportables. Se quieren hacer dueños de nuestra personalidad (...)*
- *Para eso son estos cursillos, para que a ti no te sea tan gravoso... (G.D. AULA B)*
- *Me dice que me estoy volviendo muy agresiva (...)*
- *Eso está dentro de que tú ya no eres la bobita...*
- *Me dice, que a qué voy... que qué nos dicen (...) Él está creído que van allí a decirnos las cosas de las mujeres... (G.D. AULA B)*

Yo tengo mi marido, y no sé si será por la jubilación, o por todo, antes no me decía nada porque iba a lo suyo y yo voy a lo mío. Pero ahora me dice, que me estoy volviendo muy agresiva. Porque como voy a oír, y a lo que me dicen, pues estoy cogiendo todo lo que me dicen. Y se está metiendo conmigo.

Eso está dentro de que tú ya no eres la bobita... (G.D. AULA B)

Él dice que van a hablarnos a la mujer, para ir contra el hombre. Tiene esa obsesión. (G.D. AULA B)

A las que tenemos marido, se creen que vamos a otra cosa...

Que vamos al aula a pensar en contra de ellos. (G.D. AULA B)

Yo a mi marido, lo estoy viendo celoso. No le gusta. No me dice que no vaya, pero parece ser que no le gusta. (G.D. AULA B)

Somos conscientes que estamos tocando aquí un punto altamente polémico. Como se dijo anteriormente, en la propia constitución de estos grupos y/o en su dinamización se da un componente de **empoderamiento femenino**, que postula como naturalmente razonable y saludable la reequilibración de las relaciones de poder en la pareja. Parecería como si nuestro análisis pusiera en cuestión la bondad y la oportunidad de intentar alcanzar ese objetivo, por lo menos en el caso de este tipo de mujeres. Y, ciertamente, un elemento de crítica está presente, pero no a la totalidad, sino a una forma particular de entender el empoderamiento femenino.

26 Lógicamente, no hablamos en este caso de las viudas.

No podemos concluir que hemos dado poder a una mujer si la apartamos de su medio y creamos un espacio artificial de expresión de sus frustraciones y sus carencias donde se sienta relativamente a gusto. Si la mujer no es capaz de existir en su propio medio²⁷ es porque realmente no ha conseguido el poder que pretendíamos otorgarle.

En el caso de la mujer casada estaríamos satisfechos si ésta hubiera encontrado una vía de compenetración con la pareja, no necesariamente dentro del aula, también fuera de ella. Sería un éxito y no un fracaso que las mujeres casadas terminaran por encontrar una vía de compenetración con la pareja y abandonaran definitivamente el aula²⁸. También sería un éxito si la mujer pasara completamente de su obtuso marido, una vez diagnosticado como irrecuperable, y encontrara finalmente una actividad fuera del aula²⁹, en la realidad, que la llenara personalmente.

No podemos estar cómodos con un empoderamiento que convierte los medios en fines. La confianza y el victimismo compartido pueden ser en determinadas mujeres una fase necesaria, pero nunca el objetivo final de la intervención.

3.6. El vínculo con la salud

No existen dudas por nuestra parte acerca del interés que para estas mujeres tiene el saber cosas sobre salud, el incrementar su competencia en este ámbito. Los talleres que nos toca valorar, por tanto, no deben en ningún modo concebirse como estímulos ajenos a su experiencia vital.

Es obligado, en cualquier caso, intentar explicar por qué se produce tan fácilmente este acople entre la oferta (talleres) y la demanda (mujeres)

1º Hay que considerar, primeramente, la posición previa "histórica" de estas mujeres como cuidadoras, una posición, como se sabe, que siempre ha tenido una dimensión importante de **cuidado en salud**. La mujer tradicionalmente siempre se ha hecho responsable de la salud de los familiares, actividad que le ha conferido actualmente el término de "mediadora en salud".

Pero es que ahora está muy en auge, yo se lo quiero quitar a mi marido y a mi hijo pero me siguen fumando. (G.D. Moratalaz)

Ciertamente, como hemos visto, estas mujeres –es su drama– tienen poca o ninguna gente a quien cuidar³⁰. No obstante, el saber sobre la salud es "de su competencia", especialmente en determinadas áreas como la alimentación. Incrementar el propio saber sobre salud incrementa la competencia como cuidadora, aumentando indirectamente la sensación de utilidad (de valor) para los otros. En varios casos observamos que ese saber aparece toscamente esgrimido en esa dirección, como una forma de "hacerse valer" frente a los hijos o frente al marido mismo. No está claro, en cualquier caso, que la desvalorización tenga en origen algo que ver con una puesta en cuestión de su competencia como cuidadora. No obstante, este es un camino que recorre imaginariamente la mujer, porque **le cuesta atribuirse a sí misma algún valor fuera de la esfera del cuidado**³¹.

27 Y todos los indicadores apuntan en esa dirección, en la imposibilidad de estar en su casa, en su medio, con su marido, con sus hijos...

28 Es más interesante, en efecto, para el empoderamiento femenino esto que la vía buscada, completamente irreal, de que los hombres se incorporen a la actividad de las aulas.

29 O incluso dentro, si el aula se marcara objetivos de cara al exterior.

30 Las viudas no tienen a nadie, las casadas tienen el objeto de cuidado más desagradecido que quepa imaginar.

31 En este punto, lanzamos una pregunta que debería ir respondiéndose conforme avance el análisis. ¿Es la vía más adecuada para "empoderar" a la mujer aumentar su saber y su competencia en el ámbito del cuidado? A los hombres les estamos pidiendo –y es razonable que se les pida– que aprendan a valorar y a ejercer el cuidado: esa parte que les falta, efectivamente, aparte de incordiar a la mujer, les

Es que te metes en tu casa, y siempre el mismo tema... pues por lo menos sabes de que hablar con tu pareja. Con tu pareja, con tus amigas, con tus hijos. (G.D. AULA B)

Cuando nos dan los papelitos, hago para mis hijas y se lo doy a mis hijas. Y se lo doy a mis amigas más cercanas, porque me parece que es importante. (G.D. AULA B)

2º Preocuparse por la propia salud, en cualquier caso, empieza a tener más importancia **para una misma**. El cuidado se trasfiere a una misma como una forma de romper con una tendencia negativa: la de abandonarse, asociada al sentimiento depresivo aludido. El preocuparse por la salud, el interesarse por temas de salud, vendría a ser resultado de un imperativo auto impuesto: optar por la vida. La idea de "quererse a una misma" reforzada desde la ideología dominante de la autoestima³², tiene que ver mucho con esto. El sinvalor de la depresión debe de contrarrestarse con una "auto-valorización", con la colocación de uno mismo como objeto de cuidado. No es indiferente que la salud sea al respecto un tema fundamental.

Yo aprendí, mucho. A cuidarme, a alimentarme, aprendí mucho. A comer menos carne, mas pescado, más verdura, más fruta... Aprendí mucho. (G.D. AULA B)

3º El miedo a la enfermedad introduce un tercer elemento: el saber que se está en el límite de la dependencia. No ser una carga para los seres queridos, y quizá también el fantasma de poder no obtener de ellos la ayuda requerida, impone la necesidad de cuidarse.

Dentro de mis limitaciones, una calidad de vida mejor, para no tener que dar que hacer a nadie. Y por eso lucho día a día, cada día un poquito. (G.D. AULA B).

Como se ve, la mujer entra en el terreno de la salud, por activa o por pasiva, **siempre** de la mano del cuidado. Directamente, como competencia para cuidar; de forma trasferida, como cuidado hacia una misma; y de forma invertida: "*me cuido para que otros no me tengan que cuidar*", que, si se advierte, es una forma suprema de cuidado a los otros, puesto que implica el sacrificio de una misma, la propia inmolación (apartarse para no ser una carga para los otros)

A este nivel del análisis deberíamos hacer notar que la que tildamos como "forma trasferida" (cuidado de sí) es la fórmula más complicada de incorporar. Las otras dos razones para acercarse al mundo de la salud son, cabría decir, más inmediatas, más espontáneas: emanan directamente del complejo afectivo de la cuidadora, siempre dispuesta a colocar a los otros por delante de una misma.

La autoestima nos costó muchísimo, porque claro eran cosas que nos sentíamos mal autoestimadas. (E.A. N° 3)

El cuidado de sí, el colocarse a sí misma como objeto de cuidado es, efectivamente, **todo lo contrario**. Es algo superpuesto, una actitud sobrevenida que la mujer coloca para contrarrestar la depresión que queda como resultado de sus propias tendencias. Es, más que nada, un mandato, algo que la mujer "debe de hacer" si no quiere, literalmente, hundirse. Ya hemos visto desde el principio que esta mujer está en lucha contra sus propias tendencias. El cuidado está en los dos lados de esa esquizofrenia de la que hablamos; en el lado negativo y tanático, y en el lado positivo y vital. Estamos, por tanto, ante dos estrategias que confluyen en el ámbito de la salud que chocan entre sí y que se niegan entre sí. Es muy delicado todo lo que está aquí en juego.

Ellos vienen a darnos unas lecciones, unas clases. Nos ponen en el encerado unas cosas, nos hablan, nos preguntan. Le contamos las cosas que sabemos, o que no sabemos. Les preguntamos

ayudaría a reequilibrar su propia vida, especialmente en el tiempo depresivo de la jubilación. A las mujeres, posiblemente, deberíamos de pedirles lo contrario, que aprendan a valorar y a actuar en lo exterior, en la actividad pública, especialmente en esta etapa de la vida en la cual la pérdida de los objetos de cuidado es prácticamente irreversible.

32 Más tarde deberemos de abordar este tema fundamental de la autoestima, de lo que les sirve a las mujeres este discurso y esta práctica dominante.

también... Son coloquios al mismo tiempo. Y nos explican las cosas. Si es un psicólogo, pues la forma a lo mejor, de cómo actuar. Si te vienen a dar un ánimo, pues de cómo tienes que estimarte tú mismo. (G.D. AULA B)

Afirmar que la depresión está del lado del cuidado de los otros quizá sea difícil de aceptar. Pero la experiencia de estas mujeres no deja de constatarlo. Ya lo habíamos constatado en mujeres de menor edad, con el famoso "síndrome del ama de casa": el cuidado deja un resto muy potente de insatisfacción interior, que se relacionaba en los análisis del lado de la valoración social de la actividad del ama de casa. Sin negar ese análisis, habría que hacer notar que también presenta un componente interno: el cuidado es ingrato en sí mismo **cuando no conlleva contrapartidas**. El cuidado es ingrato cuando el otro no me cuida a mí también, o, al menos, si no me cuida de la forma en que tenía previsto que me cuidase. Por su misma naturaleza, el cuidado implica simetría, o al menos contrapartidas. Por ello siempre genera una **deuda**. Si esa deuda no se paga³³ (y es lo que están constatando amargamente estas mujeres; sea por los hijos, que saben que no les van a cuidar ahora, en su vejez; sea por los maridos, impotentes para intercambiar nada), el resultado es de una profunda y aguda insatisfacción afectiva.

En estas mujeres, reincidir en el cuidado de los otros, efectivamente, parece que no lleva a ningún lado, a lo único que llevaría es a agudizar esa insatisfacción afectiva. Incidir en el **cuidado de sí**, como se está haciendo realmente, en gran parte por la mediación de los agentes no sanitarios (Igualdad) u otros agentes (psicólogos) que inciden por diversos canales en las Aulas, y que prepara el terreno para la actuación de los agentes sanitarios (los talleres de salud que debemos evaluar), parecería a priori como una alternativa razonable.

El argumento es bien claro, y lo reproducen con nitidez las mujeres: *"Toda tu vida te has ocupado de los otros, y de ahí surge tu insatisfacción, puesto que te has olvidado de ti misma; es hora de que inicies una nueva vida en la que tú recuperes el camino perdido; es posible que encuentres tras todo ello la felicidad"*.

Pero creo que además de arreglarte, es quererte a ti misma. Aprender a quererte. Porque hemos querido toda la vida, mas a los de casa que a nosotras mismas. Y ahora a la vejez, te das cuenta que también hay que quererse uno. (G.D. AULA B)

Expresado así, y a la luz del camino recorrido en el análisis, es fácil descubrir la falacia del argumento: la insatisfacción de estas mujeres no viene de haberse olvidado de si mismas, sino de que los otros se han olvidado de ellas. No podemos dejar de sentir la profunda incongruencia de imponer a estas mujeres, que han desarrollado toda su vida una experiencia de auxilio a los otros³⁴, un discurso profunda y radicalmente individualista: *lo único importante en el mundo eres tú, y debes de aprender a quererte y a procurarte satisfacción*. Todo el discurso moderno de la autoestima, si efectivamente se resume en esa máxima, no deja de ser una versión repetida, aunque transformada en erudita por un tipo de psicología conductista, del discurso dominante del consumo.

Si en tu casa por motivos que no vamos a entrar te dicen tu no vales para..., si yo valgo para muchas cosas, entonces te vienes al aula o te vas a... o te comprar una cintita y haces una relajación (...) pues lo que te diga es que te trae al paio porque es que estás ya relajadísima y puedes con todo ¿no?. (E.A. Nº 2)

Lo que la mujer obtiene de este discurso es, efectivamente, la promesa de superar su depresión, de restañar su dolor. Se lo cree, porque se lo dicen y se lo aseguran profesionales preparados, gente con estudios. No debemos eludir la evidencia de que se trata de un discurso impuesto desde fuera, introducido artificialmente en un universo simbólico prácticamente antitético, el discurso del cuidado. Pero también se lo cree porque la mujer está en el

33 Y nunca la cuidadora va a exigir que se pague, porque no estamos ante un intercambio comercial, sino ante un intercambio basado en el afecto, en la acción incondicional: *"si tú no me quieres, yo no puedo exigir que me quieras"*.

34 No otra cosa es el cuidado.

mundo, y percibe que aquí todos van a lo suyo, que nadie se preocupa demasiado en pensar en los demás³⁵. Debe ser que hay que ser así; la rara debo de ser yo. El posible discurso crítico sobre la realidad, que derivaría de la constatación de ser víctima del devenir de los tiempos, se transforma en un discurso conservador: hay que adaptarse a lo que hay.

Yo he llegado a decir, que a mí se me ha olvidado como me llamaba, por atender a mi marido y a mis hijas. Y ahora por desgracia, ya no tengo marido, quiero a mis hijas como cualquiera de las que estamos aquí, ni más ni menos. Pero ahora, como que miro más hacia mí que miraba antes. Quizás sea porque también vea que ellas ya no me necesitan de la manera que antes me necesitaban. Yo en el Aula B, he aprendido a quererme más de lo que me quería, también es verdad. Y con las charlas, con las personas que son expertas en ello, me han hecho ver todavía mucho más. También es muy importante, porque queriéndote tú, quieres a los demás. (G.D. AULA B)

El colocar la falta en el lado del sujeto es una operación profundamente perversa. La falta de autoestima parece ser el mal de los tiempos; pero hay que darse cuenta que este discurso está construyendo culpabilizados *sine die* de sus propias insatisfacciones, desposeídos del recurso a encontrar en el exterior una razón o una causa, y, por tanto, imposibilitados para entender y, a la postre, para modificar el mundo. Todo se resuelve en una, siempre pendiente³⁶, revolución interior.

Aplicado el tema a estas mujeres, la ideologización es todavía más perversa, puesto que termina por hacerlas responsables de su propio dolor, un dolor, como hemos visto al inicio del capítulo, terrible. La mujer termina por asignar como "causa" de su propio dolor el no haber sabido hacer las cosas bien, es decir, el no haber sabido "autoestimarse" (sic.) convenientemente. Un dolor, por tanto, que ya no será real, ya no tendrá que ver con las circunstancias de la propia vida, sino **imaginario**, producto interior perverso de una estrategia vital (la de todo el resto de su vida) equivocada.

44

Entendemos ya un poco más por qué este tipo de mujer se hace tan dependiente del saber, y por qué se coloca frente a su realidad en una posición "infantil" de profunda ignorancia. Se trata de hacer "tabla rasa", de construir una nueva vida sin otros recursos que los que vayan proponiéndoles los profesionales, la gente que supuestamente sabe. Y hay que admitir que en semejante posición afectiva, **cualquier cosa vale**, siempre y cuando conlleve la promesa implícita de redención, la redención del dolor y del terror interior en el que vive.

La dependencia (de esos mismos profesionales) se entiende también ahora más claramente. Dado que ellas no saben (qué hacer con su propia vida), se colocan en manos de quienes se ponen a sí mismos en la posición de redimirlos. No cabe otra posición vital que la dependencia cuando uno se postula como ignorante: son los otros los que tienen que decidir lo qué me viene a mí bien.

Sentimos que se ocupan de nosotros, que nos están enseñando algo que no hemos aprendido nunca y me parece fenomenal. (G.D. AULA A)

No estamos, por tanto, ante un "empoderamiento", sino justo ante lo contrario. A la mujer se le ha quitado previamente su saber y su poder sobre su propia vida, y se la ha colocado con ello en una dinámica profundamente dependiente, en la cual el otro, el profesional, tiene todo el poder. Su palabra es, en este contexto, prácticamente, **palabra de Dios**.

Traen dos enfermeros del último curso para que aprendan y se quedan muy alucinados cuando vienen aquí que interés despiertan que son casi como dioses. (E.A. Nº 2)

35 Como ejemplo están sus hijos, o su propio marido.

36 Porque es imposible cambiarse a sí mismo sin cambiar el mundo, sin modificar la experiencia.

El profesional entra, por tanto, en un terreno en el cual es monarca absoluto. Se encuentra ante un auditorio previamente vencido, profundamente acrítico y ávido de encontrar la palabra, esa palabra que definitivamente les redima. La imagen del sermón eclesial clásico nos asalta en estos momentos, una palabra repetida hasta la saciedad (redundante), vacía en su contenido (incompresible), pero altamente eficaz para generar culpa.

No a mi, estoy muy satisfecha y no soy quien para juzgar eso. (E.A. Nº 2)

Es que negativo no puede ser, porque hasta ahora todo ha sido positivo. Entonces, lo que es negativo, es sobre el aula. (G.D. AULA B)

Culpa de no cuidarse adecuadamente; y el infierno resultante, la depresión, el dolor y la muerte. El vínculo entre el cuidado general y el cuidado en salud es inmediato. La conexión entre el discurso de la autoestima de los profesionales sociales y el discurso sanitarista de los profesionales sanitarios se advierte ahora perfectamente clara. El profesional sanitario encuentra su público ideal porque ese público ha sido previamente conformado por el discurso de la autoestima.

Autoestimarse y cuidar el propio cuerpo son prácticamente una y la misma cosa en el universo simbólico de estas mujeres. Al fin y al cabo, no es tan fácil separar el alma del cuerpo. Si trato a mi cuerpo bien, mi alma se verá también recompensada, y conseguiré finalmente lo que me proponen como utopía posible, "sentirme bien conmigo misma".

Se ha conseguido con todo ello algo que siempre le ha costado mucho a los profesionales sanitarios, que la salud de convierta en un **fin en sí mismo**, antes que como un valor subordinado a otros fines. Es difícil, efectivamente, comprometer adecuadamente a alguien en la prevención y en los hábitos saludables si previamente la salud no aparece para él como un valor absoluto. Como profesionales de la salud nos debería congratular este resultado, porque tras él se augura una mejora de los estándares de salud de la población y porque nuestro prestigio como tales profesionales se verá con ello aumentado.

No obstante, como tales profesionales en salud no deberíamos tampoco confundir los términos. La salud no es, ni puede ser una variable susceptible de ser aislada del resto de las condiciones de vida. No debemos renunciar a hacer un diagnóstico de las condiciones de vida de la gente, introduciendo sin más nuestra intervención en salud como si su bondad fuera incuestionable. Lo que se haga con estas mujeres en salud debe de ser bueno para ellas en su propio contexto vital. Al igual que el médico no debería de diagnosticar sin conocer y valorar su intervención en el contexto de la vida del paciente, tampoco el profesional de la promoción de la salud debería de intervenir sin sopesar la bondad de su intervención para los grupos con los que actúa.

Nos queda, por tanto, por realizar la labor más importante que nos concita, la de efectuar el diagnóstico de las intervenciones en salud realizadas en las condiciones vitales estas mujeres, en su "calidad de vida". Con este término, todavía no definido, intentamos huir del círculo vicioso que supondría valorar la intervención en salud como mejora de la salud. Ahí "salud" sería un término todavía más difícil de definir que el de calidad de vida, a menos que nos vayamos por la tangente, y concibamos que la salud es simplemente que nos hagan caso.

Una última reflexión para agotar el epígrafe, que creemos que es importante para iniciar la andadura posterior. En un momento dijimos que el discurso del autocuidado, o del cuidado de sí era fundamentalmente ajeno a la experiencia vital de estas mujeres. La pregunta que nos quedaba pendiente es la de si ese discurso era o no "eficiente"; es decir, si se traducía claramente en comportamientos acordes a él³⁷. Por nuestra parte creemos que **mucho menos** que lo que aparenta.

37 La pregunta es sumamente trascendente en nuestro caso, ya que su respuesta nos ofrecería una idea de la efectividad de las acciones en salud.

Nos explicamos. En su momento hablamos de una suerte de **configuración esquizoide de la acción**³⁸. Por utilizar un símil de las propias mujeres, ya aludido anteriormente, se encuentran divididas entre la cabeza y el corazón. La cabeza es este discurso de la autoestima; el corazón el cuidado. Estas mujeres realmente nunca van a renunciar al corazón por la cabeza; si sus hijos las demandan lo dejarán todo, incluso el Aula si es necesario, para ayudarles. Lo que les mueve vitalmente es el cuidado de los otros; y esa es también la razón principal por la que están en el Aula: allí encuentran una alternativa sustitutoria para cuidar y ser cuidadas; una segunda familia.

Eso va con la manera de ser de cada uno. Hay quien primero pone la cabeza y luego el corazón. Y hay quien pone primero el corazón y al final la cabeza. Y ahora estoy pensando, que vale más poner primero la cabeza, pero no soy capaz. (G.D. AULA B)

Pero que no te necesiten, que lo dejas todo y te vas... (G.D. AULA B)

Que no por eso te quita, de que obre el corazón. Pero lo haces con más con sentimiento de causa. (G.D. AULA B)

Generalmente, a casi todas. A las madres no suele perder el corazón. (G.D. AULA B)

La cabeza está ahí como instancia crítica, como negación de sí mismas, y como culpa. Es el terreno, además, del saber; un saber, en cualquier caso, que resulta prácticamente imposible vincular con la práctica, porque le falta el corazón. La conciencia de que "debería de hacer esto" no es suficiente para que se haga, falta el **que se quiera** hacerlo, y el querer está en otro lugar, en otro discurso, en otra configuración afectiva en la que el "uno mismo" no existe, no es concebible. Por eso, entre otras cosas, el saber que demandan estas mujeres es inabarcable; al no producirse una vinculación con la práctica, está siempre inconcluso, en falta.

46

A nosotras nos gustaría que todos los años estuvierais con nosotras pero entiendo que no se puede. (E.A. N° 3)

Estamos, por tanto, ante la posibilidad de estar transmitiendo un saber **sin aplicación alguna**, sin consecuencias prácticas. Un saber que sólo sirve, como consecuencia, para generar culpa, y para mantener viva la demanda de más saber.

Trasladando el razonamiento al saber sobre la salud, éste no se traduciría directamente en autocuidado, sino en culpa de no cuidarse y deseo permanente de saber más sobre salud. ¿Podríamos llegar a tan frustrante conclusión? Veamos.

En esos sitios intento sacar todo lo positivo aunque luego no pueda ponerlo en práctica porque me cuesta. (G.D. Moratalaz)

3.6.1. La conformación de la oferta

Debemos admitir la evidencia de que, con independencia de cuál haya sido el camino real que haya dado lugar a la instalación de los cursos, los talleres de salud son prácticamente algo que las mujeres sienten e incorporan como una intervención que han demandado y, en cierto modo, también han **conseguido**.

La defensa de estos talleres, es, por tanto, la actitud básica desde la cual las mujeres se enfrentaron a la investigación misma. Una investigación que, comunicada como "evaluación", conllevaba el **riesgo de la pérdida**, de que los talleres se evaluaran finalmente como innecesarios. "Que no nos los quiten"; esa era, efectivamente, la demanda de las mujeres; una demanda que traslucía una elevada valoración previa: los talleres les sirvieron, y les sirvieron mucho.

38 No estamos haciendo ningún diagnóstico psicológico; los términos escogidos tienen sentido en otro contexto que el de la enfermedad psicológica.

- *Que no nos lo quiten, porque es muy importante.*
- *Es un aliciente...*
- *Y aunque no convivas con esa gente ni nada, les vas cogiendo cariño... (G.D. AULA B)*

Es evidente, en cualquier caso, que el proceso de instalación de los talleres fue un **proceso mediado**, mediado fundamentalmente por la figura de las monitoras. Ya hemos visto que no estamos ante grupos con una capacidad de autogestión excesivamente elevada; son grupos muy dependientes, tanto en su acción como en su palabra. Habría que decir que la monitora ha actuado como **interpretante**: interpretó el sentir del grupo, y lo canalizó en forma de acciones que propuso a éste y que negoció, a posteriori, con instancias externas. Los talleres, por tanto, nacen de un proceso de esta naturaleza: un proceso mediado.

La figura de la monitora es especial, porque efectivamente, las más de las veces, es una mujer "distinta", una mujer **más joven**. Aún cuando aparentemente es parte del grupo, lo es desde una posición especial, la de quien no siendo existencialmente parte, coloca al grupo como su objeto. Objeto de "dinamización". Lo que realmente le importaba a la monitora era **alimentar** al grupo, proponerle actividades que lo movilizasen, que contrarrestasen, por tanto, una tendencia natural a la inacción y a la pasividad. Introducir entropía negativa en el grupo, evitar que se desorganice.

Podríamos decir que la función de la monitora es, estructuralmente, similar a la del publicista. Se trata de pulsar las necesidades y de introducir sobre ellas un producto que, al menos imaginariamente, **las colme**. Lo que el publicista hace **realmente** es identificar carencias, insatisfacciones, y colocar el producto como promesa de redención: "*Con esta crema tendrás la piel que siempre has deseado*". Tampoco está claro –y quizá sea impertinente plantearse las cosas de esta manera– que la crema en cuestión sirva para eso; lo único que importa es que sea verosímil que así sea y que se acierte en la eficacia del diagnóstico motivacional previo, es decir, que la mujer en cuestión esté sumamente insatisfecha con la salud de su piel y que necesite "algo" que le prometa solventar su problema. El productor, el fabricante, al fin y al cabo, lo que quiere es vender. Las reglas del juego están impuestas por el fabricante, no por el consumidor.

El símil del publicista nos puede servir para identificar cómo se produce en la práctica el acople entre oferta y demanda. Veamos en qué medida se ajusta al proceso real. Tenemos, por una parte, un producto ya hecho, **la educación para la salud**³⁹; un producto que precisa de alguien que lo consuma. Tenemos, por otra parte, potenciales consumidores, las mujeres, que tienen, como hemos visto, un elevado grado de insatisfacción vital. Tenemos, por último, una figura mediadora, la monitora, cuya función consiste en poner en relación oferta y demanda.

Hemos de admitir que algo así ocurre; es decir, que en la propuesta y posterior evolución de los talleres lo más relevante de cara a la conformación de la oferta final es **lo que ocurre** en la relación entre la monitora (publicista) y el grupo de educación para la salud (productor). A pesar de las apariencias, no son las mujeres las que realmente proponen los cursos. Ciertamente, hay un mecanismo formal en el que las mujeres proponen; pero la oferta final es construida finalmente entre los otros dos agentes.

La oferta final, efectivamente, procede de una **interpretación de lo que las mujeres necesitan**. Se dirá que no puede ser de otra manera, que las demandas de las mujeres son muy inconcretas, que al final no saben muy bien lo que quieren. Y es cierto que eso es así, lo hemos podido verificar en los propios grupos: es muy difícil poner a estas mujeres en la posición de decidir qué es lo que quieren. Su posición es justamente la contraria: "*que me digan qué es lo que puedo necesitar, qué es lo que me puede venir bien*".

Esta posición pasiva es realmente lo que nos preocupa. Lo que hace la monitora con el equipo de educación para la salud⁴⁰ es prácticamente una consecuencia de este estado general pasivo en lo que respecta a la construcción

39 Entendida como un saber desde el cual se deducen una serie de prescripciones y proscripciones.

40 Está claro que en la mayoría de los casos es Juana quien finalmente realiza esta función.

de la demanda. Ciertamente, estas mujeres son muy activas a la hora de consumir lo que les dan, pero son extraordinariamente pasivas a la hora de configurar su demanda.

Podríamos decir que su demanda se concreta en **que me interpreten**, que alguien decida qué es lo que puedo necesitar, y que me sorprenda además con proposiciones más novedosas. Esa es precisamente la función de la monitoria, proponer productos atractivos y negociar con el equipo de educación para la salud esos productos. Y hay que admitir que al respecto el equipo de educación para la salud se muestra, en general, bastante flexible a la hora de adecuar su oferta a esa interpretación de la demanda de la monitoria⁴¹. El producto no es un producto rígido, sino un producto producido cada vez de forma más adaptada. ¿Pero adaptada a qué? Adaptada fundamentalmente **al éxito** de la experiencia anterior.

La monitora, efectivamente, comunica al grupo de educación para la salud cuál ha sido el resultado, en términos de éxito⁴², de sus intervenciones, y a partir de ahí se elabora una **oferta más adaptada**, es decir, con mayores visos de que el auditorio se sienta finalmente reconfortado. Pero la pregunta que se impone es obligada, ¿estamos con este proceso realmente acercándonos a las necesidades de salud de las mujeres, o estamos únicamente aproximándonos **a los que les entretiene** en ese ámbito?

La pregunta no es baladí, y nos coloca en el núcleo de nuestro diagnóstico de evaluación. Quisiéramos, en cualquier caso, antes de intentar responder a tan espinosa pregunta, hacer una reflexión acerca de la naturaleza del "inconveniente" que se nos presenta. Estamos, lo tenemos todos claro, en una sociedad de consumo, una sociedad en que parece que nada puede tener viabilidad fuera de su lógica. Lo que nos sucede era algo previsible y, a fin de cuentas, inevitable. El éxito, hoy en día, es la audiencia, que se convierte prácticamente en un fin en sí mismo.

La educación para la salud corre, efectivamente, el peligro convertirse en mercancía. Una mercancía, además, con una enorme potencialidad; basta con ver el éxito que tiene en múltiples foros. El problema que se nos presenta es, en cualquier caso, claro: convertida en un fin en sí mismo, deja de ser algo que tiene que ver con la transformación de la realidad, para pasar a ser algo que únicamente sirve para apuntalarla.

Como profesionales de la educación para la salud debemos de tener claro si lo que pretendemos es generar una audiencia sobre nosotros y nuestro discurso, o si lo que pretendemos es modificar la realidad en una dirección menos dolorosa, más justa y equitativa para nuestros usuarios. Ambas cosas, a priori, no tienen por qué ser contradictorias, pero la dominancia de la lógica consumista provoca insensiblemente la disonancia entre ambos términos. La audiencia puede ser un fin en sí mismo, y ese es un problema que debe de preocuparnos.

La ideología de la evaluación, hay que constatarlo, está también implicada en ese proceso general de la instalación de la audiencia como valor absoluto. Al evaluar, como estamos cada vez más acostumbrados, únicamente desde la votación que nuestros usuarios nos confieren, estamos apuntalando la tiranía de las audiencias, y abortando cualquier otra iniciativa que, por implicar algún tipo de cuestionamiento de la realidad, necesariamente generará conflicto en nuestro auditorio y empeorará, como consecuencia, los resultados de la evaluación.

Ciertamente, estamos en la tesitura de evaluar **la mejor experiencia de las posibles** desde el criterio clásico e instituido de evaluación desde el juicio de las audiencias. Nuestro trabajo

41 Está claro que consideramos analíticamente erróneo considerar que la monitora es el grupo, o su representante legítimo. La monitora, en la medida en que interpreta las demandas, no puede concebirse en sentido estricto como representante.

42 Es decir, en términos de audiencia, en términos de valoraciones positivas y negativas de los asistentes, etc. No se nos escapa la similitud del proceso con los llamados "estudios de mercado" en el ámbito de la publicidad.

sería muy fácil si nos conformáramos con transmitir esa evidente realidad, que las mujeres están muy contentas con los talleres, y que les confieren un alto valor. Sería más fácil, y también el resultado sería **mejor evaluado** por nuestro auditorio, los profesionales del centro de salud. Sabemos que estamos escribiendo un texto que puede levantar muchas ampollas, pero nuestra honestidad como evaluadores nos impide conformarnos con atender únicamente a preguntas triviales. Ese es precisamente el proceso perverso de la evaluación por las audiencias: lo que importa, bajo cualquier otra consideración, **es que todos estén contentos**. Que vosotros, profesionales de la salud, recibáis un resultado que os confirme que lo hacéis bien y que no os complique la vida en la búsqueda de otras alternativas, quizá más complicadas, de actuar y de poner en valor vuestro saber; que las mujeres de vuestros cursos también se sientan bien evaluadas por vosotros (al fin y al cabo, es lo que constantemente os están pidiendo), que les confirméis que la estrategia vital en la que están es la adecuada para conseguir la felicidad; que nosotros, finalmente, obtengamos también el éxito en una evaluación que confirme que no hay otra cosa que evaluar que el grado de satisfacción de los usuarios, y que a la postre no nos genere ningún problema con vosotros. Mecanismo perverso porque al depender todos de la evaluación del otro, todos convenimos –por nuestra propia seguridad– en hacer la evaluación que menos complique la vida de ese otro, pues ese otro me puede complicar la vida a mí, etc., etc. Sibilino mecanismo que permite que las cosas nunca cambien a pesar de ser evaluadas hasta la saciedad⁴³.

La audiencia vale como criterio de evaluación cuando ninguno de los agentes implicados **tenía ningún objetivo que cumplir**. Ni vosotros tendríais el objetivo de mejorar la salud de la población, ni las mujeres tendrían el objetivo de mejorar su vida, ni nosotros el objetivo de hacer una buena evaluación. El colocar el juicio del lado del otro implica el renunciar al propio juicio y, por tanto, renunciar también, insensiblemente, a los propios objetivos. Si el otro es el que tiene que decidir si lo que yo hago está bien, resulta que es él quien me está marcando la tarea; al final termino por adaptar la tarea a lo que supongo que el otro espera de mí. Pero el otro que evalúa, al tener que decidir sobre el valor de lo que recibe, está implícitamente sujeto a la tiranía del evaluado: es un mecanismo que todos experimentamos al hacer una evaluación, nos ponemos en el lugar del otro, e intentamos no defraudarle; pero con ello renunciamos a nuestro objetivo de discentes, de personas que íbamos ahí **a aprender algo**, y lo trasformamos en algo distinto, valoramos lo formal, lo que se podría esperar que quería el discente, ser ameno, claro, participativo, etc. En el proceso, por tanto, ni el docente ni el discente evalúan desde sí mismos, desde sus objetivos, sino desde los (supuestos) objetivos del otro; y el resultado general es que sólo se suele valorar **la eficacia del acto como espectáculo**.

Tras esta larga digresión, afrontamos directamente la tarea de intentar determinar si, en realidad, el proceso de interpretación de la demanda entre las monitoras y los agentes de educación para la salud ha generado una adaptación real a las necesidades de las mujeres. Desde luego, como se ha dicho, lo que está claro es que ha supuesto una "mejora del producto", las mujeres han ido encontrando una oferta más amena, más centrada, y también más adaptada. Un producto, inicialmente tosco, ha ido convirtiéndose paulatinamente en un producto **más elaborado**.

- Por lo menos, esa es la conciencia de quienes han liderado el proceso. Ha habido un cambio que se reinterpreta como una **adaptación más concreta a las necesidades de las mujeres**. Si en la selección de los primeros cursos primaba fundamentalmente un criterio "técnico": lo que los profesionales sabían y consideraban

43 Basta con ver como ejemplo la programación de las televisiones. Cuantos más estudios de audiencia –y por tanto, mayor refinamiento en la evaluación– peor calidad televisiva y mayor lejanía final del producto con la gente.

interesante transmitir; la evolución percibida implicaría unos cursos más a demanda, que ponían, por otra parte, al profesional y a su saber **fuera de juego**. Antes de enseñar, el profesional tenía, a su vez, que aprender, puesto que los nuevos temas tendían a caer fuera de la competencia previa. Había, por tanto, que **aprender nuevas cosas**, e incluso buscar profesionales más o menos ajenos que se hicieran cargo de esas nuevas materias⁴⁴.

- Desde los profesionales se percibe esa transformación de los cursos casi como una revolución. El paso de "lo que queríamos nosotros" a "lo que quisieron ellas" implicaba casi la realización de una utopía largamente buscada, que integraría dos componentes: un sentido "popular" (algo así como devolver la palabra al pueblo sintonizando con sus necesidades⁴⁵) y un sentido "profesional" (que al fin la educación para la salud se realice como algo **que puede ser demandado**, más que como lo que es habitualmente, una reconversión asimétrica del técnico hacia la población: el machaqueo insistente de lo que ésta debería de hacer al respecto de su salud⁴⁶)
- Lo curioso es que esta "revolución" percibida desde los profesionales de adaptación a la demanda **no se percibe desde el discurso de las propias mujeres**. Nada semejante a la percepción histórica de un salto cualitativo en el desarrollo de los cursos. La percepción es meramente lineal, como si realmente no hubiera habido solución de continuidad entre los primeros cursos y los últimos.
- Si que es cierto que las mujeres están a gusto con que se las ponga en la posición de demandar por ellas mismas. Es un lugar de protagonismo que tiene su eficacia simbólica en todo el complejo afectivo de estas mujeres, en el cual hemos intentado ya profundizar. Esa demanda de que ellas propongan y evalúen **les confiere valor**, les genera la impresión de que son alguien, alguien importante para las instituciones, para el poder, para el saber. Y ya se sabe que el río turbulento que corre por debajo es el de la desvalorización, la sensación profundamente dolorosa de que su vida **ya no vale para nadie**.
- Pero ese protagonismo no las coloca en la posición activa de quien sabe de lo que quiere saber y busca el especialista más adecuado. La mujer nunca abandona la posición pasiva de quien, más que demandar saber, demanda **que alguien le diga lo que tiene que saber**. Desde ahí es muy difícil, efectivamente, percibir el aludido cambio de orientación de los cursos. Realmente, ellas nunca se verán en la situación de ser ellas las que demandan los contenidos. Es la misma posición, efectivamente, que la del niño escolarizado: él nunca demanda lo que tiene que saber porque son los mayores los que tienen que decidirlo. La enseñanza que piden estas mujeres es una enseñanza de este tipo, una enseñanza **tutelada**, dirigida desde quien supuestamente sabe.
- Desde luego, la mujer estará más a gusto en un marco poco rígido, divulgativo, participativo, facilón, etc., porque, en última instancia, como al escolar, el saber le resulta profundamente árido, desconectado radicalmente de su experiencia vital. Es evidente que no va a ser capaz de admitirlo, pero como analistas no podemos dejar de percibir que en estos cursos⁴⁷ la forma, el **encuadre** formal es mucho más importante que el contenido. Lo más importante para ellas es **cómo se sientan allí**: en última instancia, revivir reiteradamente el sentimiento

44 Por ejemplo, recordamos un curso sobre consumo. ¿Es educación para la salud un curso de consumo? Dejaremos la respuesta para más tarde.

45 No hay que olvidar que en su tradición la educación para la salud tiene un sentido progresista.

46 Dicho sea de paso, ese escenario de machaqueo es lo que producía, en el profesional de salud, frustración profesional en relación a su práctica. En el contexto de la consulta (de enfermería) no era posible salir de ese círculo vicioso, que devolvía al profesional la sensación de desvalorización de su saber.

47 Y, posiblemente en todos los innumerables cursos en los que estas mujeres se introducen.

gratificante que les provoca el que ellos, el poder, los que saben se fijen en ellas, seres insignificantes⁴⁸, se pongan a su nivel e intenten ayudarlas.

Yo creo que están bastante informados y todo lo que se trata es para dárnoslo con mucha claridad, nos ponen diapositivas para que veamos más cosas, cómo va ir funcionando, vamos, quiero decir que la clase es amena totalmente y para el que entienda como el que no entienda. (G.D. AULA C)

- Es una persona que te da gusto escucharle, te explica las cosas maravillosamente y luego es muy cariñoso.

- Se pone a nuestro nivel, no pone palabras raras.

- Sí, todo muy clarito.

- Y Juana igual, te pone la pantallita y te lo van explicando, lo que pasa que luego nos dan un papelito pero en la cabeza no se te queda. (G.D. AULA A)

Yo a lo mejor no sé lo que quiere decir, (...) y me lo explican. (G.D. AULA B)

- Desde ahí, plantearles a las mujeres cuál es la materia que quieren que se les imparta es, a las claras, ponerlas en un compromiso, en un brete del cual no aciertan por donde salir. Es lo que sucede en los grupos de discusión realizados, y lo que suponemos que ha sucedido también en las sucesivas evaluaciones en las que se ha implicado anualmente a estas mujeres. A las mujeres no les salen ideas, les cuesta sobremanera interpretar su demanda, porque en realidad **no la tienen**. Su demanda va por otro lado, porque haya cursos y porque alguien decida por ellas qué es lo que les puede ser útil⁴⁹.

Cuando hacemos una evaluación del tema pues siempre decimos que queremos más, unas dicen bueno y de que queréis las próximas, pues como que ya no sabemos por donde tirar, pero vamos que siempre estamos abiertas. (G.D. AULA C)

Es en ese punto en el que se precisa que alguien interprete su demanda, que alguien decida qué les puede venir bien. Y es en ese acto en el que se produce el acople entre oferta y demanda, entre los técnicos de salud y las representantes de las mujeres, las monitoras. Es un acople ficticio entre oferta y demanda, porque realmente no hay demanda, pero sí un impulso inconcreto (la necesidad compulsiva de cursos) que puede ser "colmado" en el fondo con cualquier contenido, con cualquier producto, basta con que sea presentado⁵⁰ como **promesa de redención**.

Y en ese sentido creemos que sí que se ha producido una evolución en los cursos, pero en un sentido que quizá sea distinto al que se percibía desde los técnicos. Lo que ha evolucionado no son tanto las mujeres y su demanda como los propios cursos, que se han hecho, cabría decir, más convincentes en ese sentido aludido de la promesa de redención. Las mujeres se han hecho más dependientes de la educación para la salud, más necesitadas de educación para la salud porque el producto se ha ido configurando en ese proceso de forma más adaptada.

El analista tiene en su cabeza el símil de la evolución de los productos de consumo. Como se sabe, estos productos cada vez se hacen más atractivos, más cercanos a lo que el deseo quiere que sean,

48 Lógicamente, este juicio no es el que nosotros les atribuiríamos, es en el que ellas se colocan; es su encuadre subjetivo en los cursos. Esa posición subjetiva de insignificancia es lo que desaconseja utilizar en este marco la palabra "empoderamiento".

49 Insistimos, el que a la mujer se le pida que exprese su demanda tiene un valor simbólico importante para ellas. Pero eso no quita para que no experimenten prácticamente la sensación de que no tienen nada que demandar, de no saber lo que quieren saber.

50 Cabría decir, "publicitado", en ese registro en que la publicidad es un guiño al deseo.

más verosímilmente plenos. En ello opera no sólo la publicidad⁵¹, sino también y fundamentalmente la aplicación de la investigación de mercados a la producción y a la conformación del producto. Es el producto el que se modifica, no sólo su imagen; y se modifica cada vez menos en función de criterios técnicos de fabricación que en función de su adaptación al deseo del público.

Hablar en este caso de "deseo" es un abuso de lenguaje, porque en realidad un producto de consumo nunca puede colmar el deseo⁵². La palabra más adecuada sería la de "falta" o la de "carencia". El producto opera como promesa de plenitud, como posibilidad (engañosa) de superar la falta, las carencias y frustraciones de la vida cotidiana. Y es engañosa no porque engañe directamente, porque diga que el producto vale para lo que no vale, sino porque desplaza la acción posible sobre la realidad, que es la única que podría obturar la falta, a un plano impertinente, donde no cabe posible redención. Por ejemplo, si la falta personal de un hombre viene por no tener éxito con las mujeres, la solución no es comprarse un coche deportivo, ni vestirse con ropa italiana⁵³. Imaginariamente, sin embargo, esos productos han conseguido, gracias a la publicidad y el marketing, colocarse tan cerca de esa posibilidad, que hasta a nosotros nos cuesta decidir si se trata o no de una buena estrategia para ligar.

La pregunta que se nos impone es la de si la educación para la salud opera o no como realidad sustitutoria. Se impone, por tanto, sin más dilación, que el análisis se concentre el tema de **los efectos de los talleres**, cómo se representan las mujeres el valor o la utilidad del saber que se les trasmite.

3.6.2. La utilidad de los cursos

52

3.6.2.1. Valoración de los cursos desde la óptica del cuidado de sí

Está claro que todas las mujeres de todos grupos coinciden en valorar que los cursos **han sido de mucha utilidad** en su experiencia cotidiana. A la hora, sin embargo, de explicitar en qué, ese discurso se torna bastante inconcreto. En general, se suele recurrir a una valoración globalizada: más que la utilidad de tal curso o tal otro, lo que se valora fundamentalmente es lo que perciben como un resultado global: "*hemos aprendido a cuidarnos*".

Esto es un privilegio, son muy importantes. Porque imagínate todos los temas que se nos han dado... Envejecer, cuidar mi cuerpo, alimentación, problemas de eliminación, fisioterapia, ejercicios perjudiciales. Las pérdidas, el duelo, salud determinante. De quien dependes, servicios sanitarios. Todo esto, nos ayuda mucho a hacerte persona, a saberte cuidar. (G.D. AULA B)

El producto global es, por tanto, **un cambio de actitud**. Lo que las mujeres han encontrado en los talleres de salud es una "nueva" forma de relacionarse con su cuerpo. Si transcribimos todo ello en el marco de la moderna práctica educativa, el principal "éxito" de la intervención educativa está en el terreno de las actitudes⁵⁴.

51 La publicidad es lo más aparente, y la gente cree, equivocadamente, que todo se dirime en una suerte de dar gato por liebre.

52 Por eso devuelve constantemente insatisfacción, por eso hay que seguir consumiendo para mantener vivo el deseo de consumo.

53 Posiblemente debería de replantearse cuál es su relación con el sexo opuesto, con ayuda o no de un psicólogo, y empezar a actuar en la realidad de otra manera.

54 Como una reflexión al margen, quisiéramos hacer notar que analizar una intervención de este tipo (un tipo de análisis que hemos observado en algún miembro del equipo técnico) desde conceptos que rigen en el mundo escolar, es decir, en la educación tutelada de sujetos dependientes, presenta un cierto contrasentido. Supone implícitamente catalogar a estas mujeres como dependientes, aceptar de principio su papel pasivo frente a la educación. Por ejemplo, en una educación de adultos, de personas autónomas, la valoración desde las actitudes no debería ser tan relevante. No obstante, utilizaremos en el análisis los términos del aprendizaje significativo popularizados por la LOGSE de "conocimientos", "procedimientos", "actitudes" y quizá también "valores", porque nos van a ser de utilidad para identificar los niveles en los que se producen efectos tras el proceso educativo.

Lo que las mujeres piensan que han aprendido es a relacionarse con su propio cuerpo de una forma distinta a como se relacionaban antes. Antes había un **cierto desinterés por el cuerpo**; que podría asociarse con el descuido de sí de la cuidadora, siempre empeñada en el sacrificio por los otros. Se pasaría, por tanto, de un supuesto olvido a un reconocimiento de que el cuerpo existe y tiene necesidades.

No nos gusta demasiado esa interpretación. Sabemos que el cuerpo de la mujer ha sido siempre algo importante para ella; "ser mujer" y "dar valor al propio cuerpo" son dos términos íntimamente⁵⁵ relacionados. Ciertamente, la mujer, desde su condición de cuidadora, hace **sacrificios** al cuidado debido a su cuerpo, pero de ello no implica un cambio sustancial en la relación íntima con el cuerpo. Sólo cabe hablar de sacrificio cuando se renuncia a algo de suma importancia para el sujeto; el cuidado, por tanto, sigue siendo importante.

- Como se sabe, el hombre sí que mantiene tradicionalmente con el cuerpo una relación de descuido; el cuerpo es vivido como una instancia que hay que forzar, modelar y transformar, tanto para el trabajo (adiestramiento) como para el goce (desafío a los límites, incluso hasta poner la salud en riesgo).

Cabría decir, por tanto, que el cambio de actitud de la mujer hacia su cuerpo es sólo aparente, que lo máximo que se produce es un **reencuentro** con el cuidado del propio cuerpo. Pero en realidad estamos hablando de mujeres que ya no están ese momento "sacrificial" del cuidado de los otros, tienen todo el tiempo del mundo para cuidarse; si no lo hacen es **por otra razón**.

La auténtica razón creemos que es **la depresión**; no es en realidad el cuidado, sino la ausencia de cuidado lo que hace crisis en el modo de relacionarse previo con el cuerpo. Es la propia desvalorización, el no conseguir encontrar valor desde los otros, lo que deviene en descuido, auto-desatención. El descuido de estas mujeres es un **dejarse morir** por ausencia de impulso vital. Ese es, como vimos, el lugar del que parten estas mujeres, su lugar "real".

- Podríamos introducir en el análisis el duelo por la pérdida de elementos centrales de la feminidad asociado al envejecimiento, pero con ello creemos que tocaríamos un complejo menor, cuya fase más aguda posiblemente sea el momento anterior de la menopausia. Estas mujeres ya superaron esa crisis, y, aunque mantengan todavía cierta **coquetería**, está claro que no se juegan en todo ello, desde el punto de vista del coste subjetivo, demasiado.

Claro, es que nos estuvieron hablando de la menopausia y yo para qué la quiero, si ya hace años que la perdí... (Risas) (G.D. AULA A)

El cuidado es algo que estas mujeres dejan de hacer por desgana. Produce desgana levantarse, produce desgana asearse, produce desgana hacer la compra, elaborar la comida, produce desgana salir a la calle... La pregunta que late es ¿para quién, a quién le importa? Sin el otro, sin un otro, sin alguien que yo conciba como depositario de **mi** cuidado, todo carece de sentido.

Nos encontramos, por tanto, ante una paradoja: el cuidado de sí de la mujer es una dimensión más del cuidado a los otros. Cuando los otros no están ahí para ser cuidados, el cuidado de sí también desaparece. "Si mi marido no tiene interés en salir conmigo, ¿para qué me voy a arreglar?" Si el otro no está ahí para dar sentido a lo que yo hago con mi cuerpo, yo no soy capaz de encontrarle por mi propia cuenta un sentido particular.

El "hemos aprendido a cuidarnos" de la valoración global de los talleres supone, por tanto, un cambio de registro fundamental. El cuidado de sí ya no aparecería en el registro de lo que los otros esperan, desean, presuponen de mí, sino el registro de lo que yo espero, deseo, presupongo de mí. La instalación de un "yo" sustitutivo de los otros como una instancia subjetiva que tiene la peculiaridad de implicar a la mujer en su cuidado es lo que parece que se está produciendo. Y, dado que lo que estaba implicado en el autocuidado era una expectativa de cariño, resulta

55 El término también tiene sentido como "intimidad"; el cuidado del cuerpo constituye el espacio de la intimidad femenina.

que ese nuevo yo es un yo fundamentalmente afectuoso. El "hemos aprendido a cuidarnos" es también un "hemos aprendido a querernos"⁵⁶.

Que antes no nos queríamos, y ahora nos queremos. (G.D. AULA B)

Comunicación. Alimentación en el colesterol y tensión. Sentirse bien con una misma. Todas estas cosas son muy importantes. (G.D. AULA B)

El yo implícito al cambio de actitud es un yo que impone normas, unas normas que resumen el contenido básico de los talleres. Saber cómo debo de alimentarme, cómo debo de ejercitar mi cuerpo, como debo de cuidar mi memoria, como debo afrontar las pérdidas, cómo debo de "autoestimarme", etc. Los "conocimientos" son cuestiones básicas de autocuidado que se imponen, en la actitud, menos como recomendaciones que como deberes. Y el matiz es muy importante, lo que esperan las mujeres **es que les organicen** todo un campo de prescripciones y proscripciones que agoten el campo de su existencia.

Cabría decir, por tanto, que lo que se espera es que los talleres sirvan para llenar de contenido ese yo incipientemente conformado. Un yo que sepa decirle en cada caso a la mujer lo que tiene que hacer, y que elimine cualquier elemento de indeterminación por el que pueda colarse la depresión⁵⁷. Un yo que, en cualquier caso, cierra y confirma a la mujer como ignorante, como alguien que debe sujetarse permanentemente a normas, porque es incapaz por su propia cuenta de ordenar su comportamiento desde sí misma. Dejada a sus propias tendencias no sabría cómo vivir, se moriría.

Sí, hijo, ya te digo que si no van... no te digo que se vayan a morir, pero vamos... (E.A. Nº 1)

Poco importa que la pedagogía de los cursos sea participativa y abierta, que inste al diálogo y a la confrontación de ideas. Lo que se espera encontrar son normas porque contra lo que se lucha es frente un espacio de desorganización. La norma es, se ha reiterado varias veces, la posibilidad de la redención: si hago lo que me dicen que debo de hacer escaparé de mi infierno interior.

54

En el modelo educativo que habíamos propuesto para efectuar el análisis, las normas serían, desde un punto de vista, los contenidos, los conocimientos, pero también, desde otro punto de vista, los propios procedimientos. Imponerse normas sería el procedimiento que la mujer ha encontrado para escapar de su infierno interior. La relación con los conocimientos es fundamentalmente acrítica, como cabría esperar, y la relación con los procedimientos, con la posibilidad de aplicar las normas en prácticas es fundamentalmente **problemática**. Nos explicamos.

No es que la mujer tenga problemas intelectuales para transformar los conocimientos en prácticas. Si hablamos de normas, la inteligencia de la práctica es inmediata: hacer lo que está dictado que hay que hacer. Lo verdaderamente problemático es que el conocimiento no se independice de la práctica, que la mujer no sea capaz de disociar el saber de la necesidad de su aplicación, que no pueda elaborar **sus propias normas** a partir del conocimiento que se le ofrece.

Ante la práctica la mujer se encuentra con "obligaciones" que le cuesta las más de las veces mucho poner en práctica. Le cuesta mucho –es un mundo– comer equilibradamente, porque eso le implica estar pendiente de la compra, dedicarle tiempo a la cocina, etc., algo que, siendo una misma la destinataria, supone un esfuerzo ímprobo realizar⁵⁸. Pero lo que sucede con las normas de alimentación, sucede en gran medida con todo el resto de normas con que se ha

56 No quisiéramos rizar más el rizo en todo este tema de la autoestima, que ha sido tratada con exhaustividad en capítulos anteriores. Si nos gustaría que quedara para la reflexión si ese nuevo yo construido no es sino un yo masculino, un yo que insta a la mujer a seguir siendo femenina y a no replantearse nunca la relación consigo misma, con su cuerpo y con su acción desde otros parámetros distintos de los de la dependencia.

57 En términos psicoanalíticos, ese yo a construir tendría que ser nombrado como "súper yo"; no es un yo autónomo, reconciliado con el cuerpo, y capaz de elegir desde la realidad sus propias opciones, sino un yo normativo que dice lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer.

58 Si hay marido, todo es más fácil, como es obvio.

plagado la existencia cotidiana: andar, beber agua, hacer ejercicio, afrontar las pérdidas, afrontar la vejez, ejercitar la memoria, arreglarse, etc. La transformación de la norma en comportamiento es un mundo, porque todas las tendencias propias instan al comportamiento contrario. Hasta el propio cuerpo ser rebelde, porque es un cuerpo dolorido, frágil, pesado, ineficaz, a fin de cuentas, para introducir en él toda esa acción requerida.

- *Luego comemos lo que más a mano tenemos pero de todas formas procura una hacer otras cosas.*
- *Ya te vas obligando de guisar, porque vas haciendo comidas sanas para ti.*
- *Tú tienes a tu hermana, pero yo llego a mi casa y no tengo ganas de salir y me pongo a buscar lo que tengo y es así (...)*
- *Sí, pero a nuestra edad nos olvidamos de guisar, acostumbrada a guisar para los hijos y para todos pues ya... las comidas que haces para ti son distintas. (G.D. AULA A)*

Podríamos pensar –y estamos muy cerca de pensarlo– que estamos introduciendo a las mujeres en una dinámica excesivamente dura para su capacidad, que estamos introduciendo en un cuerpo viejo una exigencia de vitalidad para el cuál está imposibilitado. La mujer lo intenta, pone toda su fuerza de voluntad, que ya habíamos visto que era muy potente, en conseguirlo, pero al final el resultado es el previsible: la mujer aplaza las prescripciones, y termina por olvidarlas.

No, es machacar un poco, para que no se olvide y no dejarnos. (G.D. AULA B)

Efectivamente, el síntoma más característico de lo que aquí está sucediendo es el **olvido**, un olvido que no creemos que sea un olvido tanto de los conocimientos mismos como de la exigencia de ponerlos en práctica. Por eso a la mujer no le importa repetir los cursos sobre una misma materia. Esta peculiar **pulsión a la repetición** viene de la necesidad de que **la insistan** y la refuercen en la norma, para que vuelvan a repetirle la promesa de redención oculta tras ella. Como el sermón dominical, poco importa que siempre se diga lo mismo; la audiencia queda enganchada en la repetición del acto de imposición de una norma imposible de cumplir.

En los temas de qué quitarías de la encuestas pues te ponen ninguno, y algo hay que quitar, ¿no? Y quieren que se vaya aumentando cada vez más (E.A. N° 2)

Este año hemos tenido más charlas, nos han repetido muchas cosas, pero nos las han dado más extensas, y mejor, quizás (...) - A mí me parece muy importante, que sigan insistiendo, aunque sea repetitivo. No importa (G.D. AULA B)

Pero está muy bien. Y a veces lo vas dejando, y el que te lo vuelvan a decir, a recordar... Lo sabes, y lo sabes a lo mejor de hace años, pero lo vas dejando. Y el que te lo digan o te lo recuerden, haces que vuelvas a recordar. Y siempre amplían. (G.D. AULA B)

La norma se olvida porque es norma, porque no es conocimiento aplicable a la vida. La norma que transmitimos incluye un valor del que no hemos hablado, **la salud**, valor que se traduciría de esta manera: *"la salud es lo más importante para ti, debes de poner todo tu empeño en conseguirla"*. ¿Es, realmente, la salud lo más importante para estas mujeres? Creemos que no, que no se acercan a los talleres para eso; nuestra miopía de profesionales de la salud⁵⁹ no nos permite ver que están buscando una cosa distinta a la que les damos. Están buscando algo para evitar su angustia cotidiana, y le devolvemos normas de salud, tras las cuales colocamos insensiblemente la promesa de que les va a servir para eso. Naturalmente, no encuentran lo que buscaban, porque no era un problema de salud lo que les llevaba allí, o por lo menos un problema de salud de los que se curan con hábitos saludables.

59 Todos los profesionales somos miopes en lo nuestro, porque, inevitablemente, proponemos nuestra misión profesional como algo absoluto. La gente, como es natural, debe relativizar lo que le plantea el profesional, e integrarlo en su propia estrategia vital, que implica también otros fines. La miopía del profesional de salud tiene que ver con proponer la salud como un fin, cuando en realidad, para casi todo el mundo, es sólo un medio.

Pero en el proceso las hemos enganchado, porque les hemos hecho creer⁶⁰ que tras los hábitos saludables está la solución a sus problemas, que la ecuación *salud = felicidad* se cumple en todos los casos⁶¹.

Quisiéramos finalizar el epígrafe poniendo en evidencia algo que, por más que parezca evidente, pocos de los que nos dedicamos a la promoción de la salud llegamos a percatarnos: **la enorme redundancia** de la información que transmitimos. Las mujeres repiten cursos, sin aparente disgusto, a pesar de que ya saben lo que les van a decir. Y el problema no sólo está en que nosotros se lo hayamos dicho, el problema está que se lo han dicho también muchas otras personas, desde muchos otros foros (televisión, radio, prensa, soportes publicitarios, vías informales, etc.) Ante este panorama ¿vale la pena que unos profesionales de salud dediquen esfuerzos improbables por transmitir de forma renovada unos conocimientos que, en muchos de los casos, son archirrequetesabidos?

Muchas cosas de las que nos han dicho, las sabemos. Pero se nos van olvidando. Y el que vayan y nos lo recuerden, o nos lo digan, nos viene muy bien (G.D. AULA B)

- Hay que decir que el tema de **la alimentación** tiende a aparecer como el más redundante de todos. Las mujeres dicen con bastante claridad varias veces que lo que les dicen en esos cursos prácticamente lo sabían ya. ¿Qué se le puede enseñar nuevo de hábitos saludables de alimentación a una auténtica profesional del cuidado alimentario de los otros? Quizá la relación natural debería de ser la inversa, los profesionales de salud podrían aprender muchas cosas de alimentación saludable de esas profesionales sin retribución⁶².
- Sin embargo, y paradójicamente, los talleres de alimentación tienen, en el discurso espontáneo de los grupos, una mayor presencia que la del resto. Puede, efectivamente, influir en ello la forma en que esos cursos se han dado⁶³. Puede, efectivamente, influir en el hecho de que, siendo cuidadoras, es natural que presten especial atención a lo que es "su competencia"⁶⁴. Por nuestra parte, sin embargo, creemos que opera con más fuerza un tercer elemento, más engarzado con este tema del cuidado de sí. La alimentación, creemos, que es el epitome de toda esta ideología moderna del cuidado de sí en salud, que hemos intentado desbrozar en prácticamente todo el informe. Insensiblemente, se está generalizando la creencia en una ecuación más desarrollada que la

60 Naturalmente, no sólo nosotros, también la televisión y los otros medios, toda la mercadotécnica que se ha montado en las sociedades modernas para anclar a la población en el consumo compulsivo de productos saludables.

61 Nos gusta más, dicho sea para relajar la lectura, la vieja ecuación "*men sana in corpore sano*"; un cuerpo sano aumenta la potencialidad de la mente para hacer cosas, para relacionarse con el mundo. Una salud hecha al servicio del hombre o de la mujer, y no hombres y mujeres hechos al servicio de la salud. La salud puesta en el terreno de los fines es una perversión, porque **es potencia y no acto**. La salud como fin en sí mismo, como estado posible a alcanzar supone colocarla del lado de la falta permanente; prerrequisito previo para colocar sobre ella cualquier objeto de consumo.

62 No estamos haciendo un mero ejercicio retórico. Creemos realmente en lo que estamos diciendo en este caso: toda la experiencia en cuidado alimentario de estas mujeres lleva implícita un valor importante que, como el resto de los valores femeninos está muy débilmente reconocido. Pero es lo que echamos en falta, en general, en todas las intervenciones que se realizan sobre estas mujeres, no sólo las que tienen que ver con la salud, **el reconocimiento y la valorización de su experiencia acumulada**. Al menos, si ha habido intentos en esa dirección, no hemos percibido claramente sus efectos, porque lo que encontramos es una mujer profundamente dependiente y acomplejada de sí misma.

63 No cabe duda de que el profesional que se ha dedicado a ellos supo crear una atmósfera retórica muy gratificante para estas mujeres. No está muy claro muchas veces qué es lo que más las reconforta, si el contenido o el continente (el profesional en concreto).

Juan (nombre supuesto) tiene una frase favorita que es "por favor mis princesas" y todo el mundo se calla, todo el mundo se calla porque es como la frase mágica que va a hablar Juan y como hablan tan bien y las pone tan alto pues todas se sienten pues muy, muy principales"

Y Juan dice: bueno si no se callan mis princesas no les digo al final lo que les tengo que decir (risas) (E.A. nº 4) Contamos nuestra vida y Juan nos escucha y se pone a nuestra altura y nos dice: bueno venga, vamos a comer caramelos y vamos a continuar. (G.D. GRUPO A)

64 El epígrafe siguiente tiene como objeto abordar la valoración de los cursos desde la perspectiva del cuidado a los otros.

anterior: *alimentación saludable = salud = felicidad*. Quizá no haya otra práctica saludable que concentre sobre ella mayores expectativas de superación de esa "falta imaginaria".

La alimentación también estuvo muy bien. Quizá la alimentación, pienso yo, que lo sabemos más, pero también estuvo muy bien el recordarlo a mucha gente. Que piensa que a lo mejor contra más grasa, contra más carne está mejor. Aunque ya estamos cambiando. Pero recordártelo, que tanta grasa no está bien, que hay que comer quizás más fruta. Que hay que hacer comidas más ligeras, menos cantidad y más veces. Yo creo que todas las cosas que nos han dicho, han sido estupendas. Tenemos muy buenos recuerdos. (G.D. AULA B)

- Por ello, también paradójicamente, el capítulo de los hábitos de alimentación sea posiblemente también el que más "culpa" lleve asociado. Es además el que más cuesta incorporar, no sólo porque la **inapetencia**, asociada a la depresión, imponga la dejadez como pauta de actuación, sino porque los componentes de **goce**⁶⁵ y de **don**⁶⁶, que todavía mantienen la alimentación en estas mujeres imponen la trasgresión de las normas. Y hay que aceptar el hecho de que en el "ya no poder gozar" y en el "ya no poder donar" se resume gran parte del drama vital de estas mujeres. ¿No estamos, insensiblemente, con todo este imperativo del cuidado de sí obturando y no creando alternativas para que la mujer pueda salir del pozo de su indiferencia vital?

Yo el problema que tengo, es que no le doy ninguna importancia a la comida. Me da igual cualquier cosa, porque acabo con un vaso de leche con galletas. Con lo tragona que era yo... (G.D. AULA B)

Soy inapetente. (G.D. AULA B)

- Como la norma alimentaria frecuentemente se olvida y se trasgrede, hay que volver a hacer cursos hasta el infinito, para volver a recordar la norma y lo que lleva asociada de promesa de redención.

Claro que sí. Pero no sabes qué trabajo me cuesta. Irme para la cama, con hambre. (G.D. AULA B)

...para no ser repetitivos, si ahora mismo dice ¿quién se apunta a una charlas de alimentación? y yo sé que se apuntarían todas, pero en nosotros está el no repetirles porque les va a gustar. (E.A. Nº 2)

3.6.2.2. Valoración de los cursos desde la óptica del cuidado de los otros

Dijimos anteriormente que el cuidado sólo adquiere un sentido humano y real cuando la salud resultante se siente **como potencia**, más que como un fin en sí mismo. Potencia, al fin y al cabo, de obrar, de hacer otras cosas (que cuidarse), de salir de sí para entrar en el terreno de los otros.

Estas mujeres, como se ha visto, están más en la impotencia que en la potencia. Cabría decir, por tanto, que, desde este concepto -tan antiguo, tan poco tecnológico- de salud como potencia, ellas no están sanas, **están profundamente enfermas**. El sentimiento de no querer vivir les asalta en cada esquina, tan pronto como abandonan la actividad frenética que se han impuesto para evitarlo. El dolor retorna permanentemente, a pesar de

65 Sin lugar a dudas, a estas mujeres les gusta comer, y en la posibilidad de satisfacer ese deseo puntualmente, normalmente en compañía, se juegan el disfrutar de momentos en los cuales **realmente se sienten vivas**. Es evidente que el frustrar esos momentos de plenitud es todo un contrasentido si lo que se tiene que trabajar fundamentalmente en estas mujeres, como hemos visto, es la pérdida del sentido vital. Ya abordaremos esta cuestión más tarde, cuando toquemos el tema de la valoración de los cursos desde la conciencia de enfermedad.

66 Don en el sentido de agasajo a los otros. La cuidadora tiene, efectivamente, en la alimentación una oportunidad privilegiada de hacerse valer frente a los otros, al proponerles elaboraciones con las que puedan, efectivamente, también ellos gozar. El discurso de los hábitos saludables pone a estas mujeres en el brete de perder (ante el marido, ante lo hijos) ese lugar de comunión con los otros, con sus seres queridos, que durante toda su vida ha sido más un aliciente que una carga.

los analgésicos que les proponemos, a pesar de esta "medicalización" que supone la exigencia (moral) del cuidado de sí en salud.

Al respecto hay que convencerse de algo que se nos va haciendo cada vez más evidente: **la potencia de obrar de estas mujeres se realiza y cobra conciencia de sí en el cuidado de los otros**. Por más que las empapemos de autoestima, por más que las atrapemos en esa red insensata del cuidado de sí, donde ellas pueden realmente sentirse sanas y vivas es en el cuidado de los otros.

- *¿CREES QUE LOS TALLERES QUE LLEVAN YA, O SEA QUE, QUE SÍ HAN SERVIDO PARA CAMBIAR HÁBITOS, AUNQUE SEAN...?*

- *Sí, sí, va mucho más despacio que lo otro, pero a mi lo que más me llama la atención es que de momento les vale más para su entorno que para ellas (...) lo que a lo mejor no lo haría para mí, sí lo hago para mi hijo pero es que ahora me sé enfrentar con mi marido, porque hablo sobre una base. (E.A. Nº 2)*

Los cursos de salud, efectivamente, **no son tan importantes**. En los grupos realizados fuimos claramente impotentes para centrar la discusión demasiado tiempo en los talleres de salud. De lo que ellas querían hablar, lo que realmente les movilizaba a hablar, era de la actividad del aula, de lo que ellas hacían en el aula con ellas mismas. Y ya hemos visto lo que se movilizaba ahí: **la ayuda mutua**, experimentar el poder ayudar a las otras, compartir con las otras, entrar en comunión (afectiva) con las otras. Esto es lo que **realmente** las mantiene vivas.

- *De lo que más aprendes es de tus compañeras, tengo unas compañeras que son formidables. Eso es de maravilla... (Risas).*

- *Somos un grupo que nos juntamos y una da su opinión, expone su problema, la otra el suyo y entre todas nos consolamos las unas a las otras, nos escuchamos y eso es muy bonito.*

- *Hay veces que no hacemos nada y yo creo que cuando charlamos y no hacemos nada yo creo que estamos haciendo más que otras cosas. (G.D. AULA A)*

Los talleres son parte de todo esto, y cobran dentro de él un sentido inesperado. Los talleres son en lo formal oportunidades para la relación y la comunión con las otras: lugares y pretextos para el encuentro. Pero también son, o deberían de ser, en su esencia **lugares para aprender y desarrollar el cuidado de los otros**.

Los hábitos saludables tienen, efectivamente, esa potencialidad. Por eso entran con relativa facilidad en las prácticas, porque la cuidadora los asume como parte de su labor de cuidado; indirectamente con ello también cuida de sí, entre otras cosas porque a su vez tiene que dar testimonio con el ejemplo del valor de esas prácticas.

El problema, como se dijo, es que esta cuidadora ya no tiene objeto de cuidado, ha perdido su círculo familiar de relaciones. Pero ha encontrado en el Aula un objeto sustitutorio de sus seres queridos, de sus familiares en las otras compañeras. Lo que realmente les puede movilizar es ayudar a esas compañeras, encontrar una posibilidad de ejercer un cuidado en salud sobre ellas.

Como esas mujeres son, básicamente, iguales a ellas, es difícil percatarnos de qué es lo que realmente aprovechan en esa estrategia, que indudablemente existe, de cuidar a las otras. Parecería, efectivamente, que estas mujeres están vitalmente implicadas en el cuidado de sí, pero no es cierto. Lo que les queda, lo que incorporan realmente como conocimiento es lo que se les antoja que les puede servir para cuidar a las otras, para convertirse en **recomendación para su bien**.

Y prácticamente todo lo que se da en los cursos es aprovechable desde este punto de vista. A pesar de la negatividad hacia los talleres que se desprende de las prioridades con las que hemos organizado el análisis, es evidente que tienen otra parte positiva, la cual vamos a empeñarnos a partir de ahora en sacar a la luz.

Las cuestiones generales sobre hábitos saludables creemos que tienen ya, de cara a estos fines, una eficacia relativa. No sólo está el problema, evidente, de que se trata de cuestiones ya muy sabidas, y que, por tanto, están ya incorporadas; no sólo está el problema de que implican una "solución" dudosa⁶⁷; también está la evidencia de que el tipo de cuidado que se puede establecer entre estas mujeres ya no es un cuidado hogareño.

El cuidado entre estas mujeres es, fundamentalmente, un **cuidado terapéutico**. Como el peligro directo, como hemos visto, era caer en la indiferencia vital, lo que a ellas les gustaría es encontrar estrategias eficaces para ayudar a las otras a salir de los baches. Entiéndase, ellas también lo necesitan, pero ya hemos dicho que estas mujeres sólo llegan al cuidado de sí desde el cuidado de los otros, sólo recuperan su vitalidad cuando piensan que han sido útiles o que pueden llegar a ser útiles. El matiz, a pesar de las apariencias, es muy importante: no es lo mismo enfocar un taller o un curso para el cuidado de sí que para el cuidado de otros.

Todo el ámbito de **lo terapéutico psicológico** se convierte, entonces, en el principal objeto de demanda. Aquellas aulas que tienen talleres o servicios psicológicos más o menos permanentes valoran esa actividad sobre cualquier otra alternativa (incluyendo los talleres de salud). Si tuvieran que elegir, a lo que nunca renunciarían serían al servicio del psicólogo.

Nótese que la depresión, que era prácticamente un **término tachado** en el discurso del cuidado de sí, aparece como el objeto preferente de actuación desde el discurso del cuidado de los otros. Efectivamente, la única forma que tienen de enfrentarse directamente a su dolor es colocarlo fuera, en el campo del otro, y asumiéndolo como cuidado trasferido. **La mejor forma de no sentirse deprimida es ayudar a otra a no sentirse deprimida**. En esta lógica la mujer sale, aunque sea transitoriamente, de esa pulsión insensata a la actividad desenfrenada y al consumo compulsivo de productos y pautas saludables.

También en la oferta de los talleres ha habido algunos que han acertado en esa diana, digamos, "psicológica". Los talleres relacionados con el duelo, la depresión y el envejecimiento creemos que han dejado poso aprovechable en esta estrategia colectiva de la ayuda mutua. Recordamos, por ejemplo, el impacto que produjo en su momento la propuesta de separar la depresión y la tristeza. Poder decirle a la otra "tú no estás deprimida, estás triste", es, efectivamente, una mentira piadosa, pero una mentira que puede utilizarse verosímelmente en la estrategia del cuidado como admonición a salir del círculo vicioso de la depresión.

Para mí fue muy positivo también, sobre los duelos. Como aceptarlos. (G.D. AULA B)

No porque nos hayamos quedado viudas, sino como saber asumir una desgracia, como se suele sobrellevar. O cada persona, que capacidad tiene para reaccionar ante ese problema, o esa desgracia. (G.D. AULA B)

Son las dos cosas. Y como un problema así, puede perjudicarte en santísimas cosas. En la autoestima, el encerrarte, en la alimentación, el trato con los demás... (G.D. AULA B)

Tienes que caminar por otros lados. Tu casa la tienes que llevar igual, pero la paga te la quitan a la mitad. Y entonces ahora cómo me apaño yo con esto. Yo no sabía salir sin mi marido a ninguna parte. Empiezas a decir como empiezo yo ahora. Sales y parece que te falta el amuleto... (G.D. AULA B)

Una hora baja se quita con un café y charlando con las amigas del alma y una depresión es cuando no puedes, necesitas ayuda de un profesional porque tu sola no puedes salir sin una medicina, todas estas distinciones son las que nos enseñan (...) ahí se les matizó muy bien que puedes tener muchos días malos y no tienes una depresión. (E.A. Nº 2)

67 Puesto que no vale para una misma difícilmente va a valer para otras.

Que eso nunca nos lo dijeron. A partir de la menopausia, yo vi que iba cuesta abajo a pasos agigantados. Y no lo comprendía, hasta que en mi propia carne lo he experimentado. No son los años los que me pesan, es el deterioro que voy viendo en mi salud. (G.D. AULA B)

Hay que prepararse. Hay que aprender a envejecer desde que se nace. Porque utilizamos el cuerpo indebidamente. (G.D. AULA B)

Lo de la limpieza lo han dicho. Que no porque seas mayor, te vayas dejando. (G.D. AULA B)

Podemos aceptar, a pesar de todo el análisis efectuado más arriba, que el discurso de la autoestima también proporciona elementos valiosos en esa estrategia. Decirle a la otra que se arregle, que se ponga guapa, que, a fin de cuentas, **se quiera** son también recursos, "armas" para desplegar cuidado sobre las otras. Pero hay que aceptar que **lo auténticamente terapéutico no son tanto las prescripciones en sí mismas, como el cuidado de quien las utiliza**. Lo que cura es que la otra me quiera curar⁶⁸ y el beneficio que a la mujer le reporta de verse en la posición de intentar curar a la otra⁶⁹.

Pues que hemos aprendido mucho de la autoestima. Por ejemplo, ves que las demás van más o menos monas, y tu te dices, pues me voy a arreglar un poco más. (G.D. AULA B)

Tenemos, por tanto, la paradoja de que un discurso tan rígidamente individualista como el de la autoestima⁷⁰ es recogido y utilizado en una práctica **genuinamente solidaria**. Nuestras objeciones venían más del lado de los efectos negativos que podían vislumbrarse en un plano personal, en la relación que la mujer establece consigo misma. En la estrategia del cuidado, sin embargo, todo puede aprovecharse, todo lo que pueda verosímelmente significar una ayuda para los otros.

60

Es por ello que **en la soledad**, cuando la mujer vuelve a su terrorífico hogar, de nada le sirven todas esas admoniciones a la autoestima. Esta mujer realmente no tiene armas psicológicas eficaces para afrontar el estar sola. No le sirve de nada ponerse delante del espejo y decirse "qué guapa soy"; imponerse cada mañana la esperanza de que puede ser un gran día; no le sirve de nada elaborar esas enojosas listas en que lo bueno y lo malo deben de pasarse por el filtro artificial de una medida cuantitativa⁷¹. Al final, todas esas estrategias artificiales lo que terminan es por provocar desidia, y –siguiendo el mecanismo psíquico que ya hemos analizado– se olvidan, y requieren que alguien vuelva otra vez a recordárselas. El ofrecer auténticos bálsamos para la soledad de estas mujeres es, en efecto, nuestra auténtica asignatura pendiente⁷².

Lo que hacemos es, en cualquier caso, **bueno**. Pero es también importante que sepamos qué es lo que en realidad hacemos: dinamizar un grupo y dotarle de elementos útiles para desarrollar dentro de él la estrategia del cuidado mutuo.

Lo colectivo tiene, por tanto, **más importancia que lo individual**. El grupo es el objeto, y el **cuidado mutuo en salud** el tema. El filtro desde el cual se valorarán realmente los talleres será, por tanto, éste, el de su utilidad para esa estrategia del cuidado mutuo.

68 El cariño que despliega sobre mí.

69 La potencia que alcanzo al verificar que puedo ser efectivamente útil a los demás.

70 La "autoayuda", etc., siempre remite a una acción que uno debe de hacer sobre sí.

71 El día puede deparar, efectivamente, más cosas buenas que cosas malas, pero el auténtico problema es que las malas tienen una potencia tan fuerte que es imposible que lo positivo pueda contrarrestarlas.

72 Lo único que opera realmente como bálsamo es el aula. De ahí que, como dijimos, ésta se establezca como institución permanente, no como institución provisional. Está claro que las aulas no sirven finalmente como recursos terapéuticos, con un principio y un final (la cura), sino a costa de colocarse como lugares definitivos de sociabilidad.

Lo que sucede con los **talleres de fisioterapia** es una buena ilustración de lo que se quiere decir. Las mujeres, lógicamente, entienden que les puede venir muy bien el hacer los ejercicios que les proponen. No hay, además, ningún problema deducible de la forma en que se imparte el taller; incluso la valoración de la competencia de la profesora es particularmente alta. El problema no está en el taller, en el que la mujer aprende "lo que le debería venir bien", sino después, en la práctica: ¿cómo imponerse **en soledad** la disciplina de hacer cada día los ejercicios? La tendencia natural, como consecuencia, es la que hemos apuntado, la de ir posponiendo la realización de los ejercicios hasta, finalmente, olvidarlos.

La gimnasia para rehabilitación, eso lo primero de todo. Es la que más falta nos hace. Todo lo que sea de musculatura, es lo que más falla. Y de huesos, más. (G.D. AULA B)

Lo mismo que nos dio esa señora la charla de la fisioterapia, pues que nos enseñaran para... A lo mejor nos atrevíamos y lo hacíamos en casa. (G.D. AULA B)

Ciertamente, en el tiempo inmediatamente posterior al taller, se produce un intento de introducirlos, intento que se refuerza por el intercambio de experiencias entre las mujeres. Mientras funciona ese mecanismo de refuerzo, los ejercicios se hacen, pero conforme se va relajando⁷³ se pierden el interés por realizarlos.

Sólo el grupo puede apuntalar el comportamiento individual, de ahí que, en este caso, se proponga claramente la realización de los ejercicios en grupo. La voluntad para hacer los ejercicios sólo se puede encontrar en un contexto colectivo.

No. era para ver los que hacíamos bien, y los que no hacíamos bien. Lo que no se deberían hacer, y los que sí se deberían hacer. Pero claro, eso es muy elástico decirlo. Porque cada persona necesitamos unos, o nos perjudican otros. Pero claro, como no nos lo dan en ningún sitio por el Insalud, pues como no sea que estés muy mal y te mandan a recuperación... Y te mandan para casa dentro de dos años, pues no es suficiente. (G.D. AULA B)

Es del ayuntamiento, debería haber más centros donde lo hicieran (...) Nosotras tampoco tenemos voluntad de hacerlo en casa.

- En casa, no se hace. Y un día a la semana es muy poquito.

- Yo insisto en eso. El Insalud debería de preocuparse de esto. (G.D. AULA B)

- ... te enseñan a mover el cuello, a hacer ejercicios que tú lo puedes hacer sin necesidad de ir al ambulatorio, los puedes hacer en casa.

- ¿Y LOS HACÉIS?

- Yo sí, siempre estoy en casa y moviendo el cuello.

- Yo no. (G.D. AULA A)

Recordamos la defensa a ultranza del esfuerzo individual que, en el grupo realizado con los técnicos de educación para la salud, efectuó precisamente la encargada de este taller. Nuestra opinión sincera es la de que, por mucho que se intente forzar el compromiso individual, la mujer⁷⁴ será incapaz de integrar esa disciplina en su soledad. Quien crea que las prescripciones de educación para la salud tienen en estas mujeres posibilidad de ser incorporadas sin la mediación del grupo está muy equivocado.

Los "procedimientos" tienen que ser grupales antes que individuales. La preocupación de los técnicos acerca de la aplicación de los conocimientos en procedimientos tiene esta respuesta: si el grupo no integra en forma de un **procedimiento colectivo** estable los conocimientos, el resultado será el de una acción efectivamente muy

73 Y es natural que ese relajo se produzca, porque el interés del grupo deriva hacia otros temas con un sentido más colectivo.

74 Hablando de la mayoría, puede darse alguna excepción que confirme la regla.

endeble y puramente transitoria. Un procedimiento colectivo sería en nuestro caso que las mujeres encontraran una oportunidad y un espacio y un tiempo para realizar ejercicios **juntas**⁷⁵.

Hay que darse cuenta, además, que temas como la **fisioterapia** y la **memoria**, también tratado este último en forma de taller, tienen en el entorno del cuidado mutuo del grupo un lugar muy importante, casi tan importante como el de los temas psicológicos. La protección mutua se establece sobre cuerpos avejentados y doloridos, y todo lo que verosíblemente pueda servir para ayudar a las otras a paliar los efectos frustrantes e invalidantes de la vejez va a interesar y va a excitar la audiencia. Insistimos, el problema es la incorporación posterior como hábito individual. El "ejercicio colectivo" siempre tendrá más posibilidad de ser incorporado que el ejercicio individual. Es una recomendación que bien puede desprenderse del estudio: propongan ustedes **ejercicios para realizar entre varias**. El tema de la memoria, por ejemplo, da mucho juego al efecto; y las condiciones necesarias para realizar tales juegos de memoria no es de suponer que exijan de infraestructuras demasiado costosas.

Una cosa que me quedó muy bien, poner siempre las cosas en su sitio. Y es verdad, y las encuentras. Y luego en la nevera, tengo los ping y les pongo los cartelitos. Por ejemplo para venir hoy a las once de la mañana, pues pongo el ping. Voy a la nevera, y miro los cartelitos con los imanes y sé que mañana quince me toca esto, el doce me toca esto... (G.D. AULA B)

También nos hablaron de eso. Que pensemos mucho, que hables... También nos prepararon, para que tengamos cuidado de no caer. Que hagamos crucigramas, que hagamos cosas. Son unas charlas que nos vienen muy bien. (G.D. AULA B)

La palabra "rehabilitación" es quizá la que mejor resuma esta demanda grupal. La vejez, los límites que impone, es su objeto, la posibilidad de paliarlos o de frenarlos para que la vitalidad no se escape definitivamente. Lo que se busca es que las otras no caigan en una suerte de bloqueo vital, el bloqueo que impone el asumir las propias incapacidades como límite absoluto. Poder, en última instancia, introducir la actividad allí donde todo parece instar a la inactividad. Ciertamente, la actividad de que hablamos es la **actividad grupal**: que el grupo haga cosas, que se mantenga vital es el objetivo colectivo del Aula.

62

La relajación es muy importante para la salud, en la salud, el encontrarte tú, saber que te encuentras tu bien mental también es muy importante. (G.D. AULA C)

Empezamos a ver que las emociones en las personas influían muy directamente en su salud. (E.A. N° 2)

A la salud qué le afecta, que le afecta el entorno, tu estado de ánimo, la higiene, todo eso, pues aunque lo sabes pues echas cuentas. (E.A. N° 1)

Todos vienen bien. Porque cuando éramos como tú, yo aguantaba lo que me echaran a los pies. Ahora veo que cada día los tengo más delicados. Y dirás, qué tienen que ver los pies. Pues tiene muchísimo... (G.D. AULA B)

Y otro problema que nos hablaron, problemas de eliminación. Porque las personas que vamos siendo mayores, padecemos de eso. Entonces, también estuvo muy interesante. (G.D. AULA B)

Hablando incluso del Alzheimer. No lo puedes evitar, pero sí retardarlo, o procurar que la memoria no se nos vaya deteriorando tanto, de que pensemos lo que ha dicho Isabel, desde que te has

75 En el planteamiento aludido de la encargada del taller de fisioterapia creímos ver que primaba un interés institucional por no actuar en la dirección de incrementar la demanda de servicios, del cual ella se hacía, en cierto modo, portadora. Confundir la necesidad de la población con la necesidad de la Institución creemos que es un problema. Una cosa es que no se puedan ofrecer determinados servicios, y otra cosa es que ello se traduzca en una suerte de reconvención moral a la población para que no se le ocurra demandar lo que piensa que necesita. Esto afecta a la educación para la salud, que corre el peligro de ser entendida como recurso de la Institución para que la gente vaya menos al médico, o para que no se le ocurra demandar nuevos servicios. Identificarse demasiado con los objetivos (en este caso económicos, de contención del gasto) de la propia Institución creemos que es un mal punto de partida para hacer educación para la salud.

levantado por la mañana o por la noche, hacerlo al contrario, para que lo vayas recordando, que no se te vaya olvidando. Si vas a ir a la compra, pues apuntarlo, pero también recordar lo quieres comprar. Procurar que la cabeza esté trabajando continuamente. Lo de la memoria estuvo muy, muy bien. (G.D. AULA B)

Trabajar un poco la memoria. Si quieres leer. Francamente, leer no es que me guste mucho, pero me entretengo a mis ganchillos, a mis crucigramas o a mis costuras. Y eso también piensas. Y estás pensando por la noche, a ver como te sale. (G.D. AULA B)

A la mujer que el grupo intenta "redimir" es aquella otra que se repliega absolutamente sobre su propia enfermedad. En estas edades, efectivamente, se corre el peligro de que la propia enfermedad se convierta en el objeto directo y obsesivo del cuidado y que, por tanto, toda **la actividad vital se agote en el cuidado de sí**⁷⁶. Es obligado, paradójicamente, relajar el propio cuidado, dejar la salud en un segundo término, olvidarse de la enfermedad, para recuperar la vitalidad. Habría que decir, por tanto, algo que quizá sorprenda sobremanera: **el grupo subvierte constantemente el propio discurso sanitarista**⁷⁷.

Ciertamente, no se llega a decir que sea malo cuidarse, pero sí se llega a decir que es malo cuidarse **demasiado**. Por eso son precisamente más importantes los talleres asociados a la rehabilitación, porque tras ellos lo que late es la promesa de huir de una relación con el propio cuerpo centrada obsesivamente sobre el cuidado. Por recuperar la terminología propuesta anteriormente, tras la rehabilitación está la promesa de recuperar la salud **como potencia**, tras el cuidado de sí se advierte justo lo contrario, la salud como castración, como investidura del cuerpo como cuerpo enfermo.

El grupo huye, efectivamente, de esa "debilidad" de abandonarse a la enfermedad, de perderse en su cuidado. Por ello se propone como valor el no ir **demasiado** al médico. La razón no es la que supone el sanitario, que el autocuidado haya generado salud y, como consecuencia, menor acceso a los servicios sanitarios. El renegar del médico es anterior y, además, contrario al mismo autocuidado. La máxima es "no cuidarse demasiado", no dar tanta importancia a las propias enfermedades; no ir, por tanto, al médico cada vez que la aprehensión se instale.

Esto ha evitado muchas, muchas consultas a los ambulatorios. (E.A. Nº 2)

Tiene mucho sentido, concienciarnos, porque es cierto que muchas veces ante una duda que nos surge en casa, pues acudes al médico, a ver ¿a quién vas a ir?, al médico, pues a lo mejor si estuvieras un poco informado (...) te esperas y dices: no tengo que salir corriendo. (G.D. AULA C)

Pero si promocionaran más todo esto, no habría ni la cuarta parte enferma, ni en el ambulatorio. Además te mentalizan, para no atiborrarte de medicamentos, sino lo justo y necesario. Si puedo, ni los tomaría. (G.D. AULA B)

Que si pastillas para aquí, pastillas para acá, pastillas para no sé qué... Parecían farmacias ambulantes. Y era que solamente estaban pensando en lo que dolía y en medicarse. Yo procuro ir a aula, hacer manualidades, todos los trabajos posibles y distracciones para no pensar, en lo que uno se va deteriorando, ni en las enfermedades. No obsesionarse. (G.D. AULA B)

⁷⁶ En los propios grupos aparecen ejemplos de este tipo de mujer, un tipo de mujer claramente disfuncional al grupo, pero sobre el cual se desarrolla toda la estrategia informal de éste. Todos conocemos este tipo de mujeres (y también de hombres; no creemos que el sexo sea en este caso la variable determinante) en residencias de mayores; mujeres que ya sólo saben hablar de su enfermedad y de lo que hacen para cuidarla, como si no hubiera otra cosa que pudiera suscitar su interés. Todos intuimos que este tipo de personas están **muy cerca de la locura**.

⁷⁷ Entendiendo por tal, obviamente, el que hemos analizado, el que pretende instalar la salud como un fin en sí mismo. Es toda una paradoja que, cuando finalmente encontramos el sujeto ideal para el autocuidado, no podamos dejar de percibirlo como una especie de loco.

Yo no es que me queje. Yo no pienso que sea para aprender a envejecer, sino para cuidarte. Te he dicho que la fisioterapia, te ayuda a que con muchas consultas... Y quien dice el fisioterapeuta, te digo otros temas. Que si nos educaran y nos enseñaran, no estarían las consultas tan llenas.

Y las residencias con tantos mayores. (G.D. AULA B)

Al saber sobre la enfermedad a veces se le reconoce ese valor, el de **evacuar la aprehensión**. La diferencia entre lo que es normal y lo que es enfermedad es muy importante para estas mujeres, porque están implicadas en un proceso (colectivo) de *"normalización de la vejez"*. La idea aludida anteriormente, sugerida desde uno de los talleres, de que la tristeza era normal en la vejez es un buen ejemplo de lo que se quiere decir: lo que las mujeres demandan⁷⁸ son elementos (saberes) que les ayuden a contrarrestar la tendencia acusada a concebirse como enfermas. Cuando las mujeres nos dijeron en algún momento, *"hemos aprendido a resignarnos"* creemos que traducían un sentimiento más positivo que negativo hacia la vejez; nos decían que habían conseguido incorporar su propia vejez como un estado normal y no patológico⁷⁹.

- Tenemos, por tanto, un elemento positivo de los cursos, que habría que reconocer⁸⁰ y habría que ampliar: el proponer a las mujeres saberes, habilidades y discursos que le permitan **normalizar su vejez**, reconciliarse con ella y no negarla, como en última instancia "hace" el aludido discurso dominante sobre la salud. Este discurso dominante, al plagar a esta etapa de la vida de deberes de salud impide indirectamente que aquella pueda ser concebida como algo distinto a un estado de enfermedad.

El saber sobre la enfermedad tiene, por tanto, un valor ambivalente. Puede servir, efectivamente, para evacuar la aprehensión, pero también puede servir para instalarla. Y está claro que hay una tendencia acusada en estos grupos a rechazar la conformación de talleres concebidos directamente como **saber sobre enfermedades**.

64

- ¿Y ESTO QUE OS CUENTEN COSAS DE ENFERMEDADES COMO...OS GUSTAN?

- A mí me angustia mucho, yo prefiero no saber (...)

- Hombre, siempre está bien pues tener una información más que nada para prevenir. (G.D. AULA C)

- En la lógica del cuidado mutuo sí que se da, en cualquier caso, cierta entrada a talleres semejantes. Si una compañera tiene tal enfermedad –y no es nada extraño en estas edades que prácticamente todas tengan algún tipo de enfermedad–, sí que hay tendencia a demandar un curso a medida para ella, **para que sepa manejarse con su enfermedad**. Pero no sólo para ella: para cuidarla hay que saber también lo que le pasa y lo que le puede venir bien. De hecho, cuando se pide a las mujeres qué nuevos cursos podrían interesarles, es aquí donde con más facilidad identifican su demanda: *"como Fulanita tiene tal enfermedad, sería bueno que tuviéramos algún curso al respecto"*⁸¹.
- Lo que se rechaza directamente es el saber por el saber, la curiosidad morbosa instalada sobre la enfermedad. Incluso para esos cursos adecuados a la enfermedad de las otras, el enfoque no resulta

78 Insistimos: colectivamente; desde el discurso individual es imposible llegar a estas conclusiones. Desde el discurso individual lo que se impone es el cuidado de sí y la desidia asociada.

79 Incorporar la vejez como enfermedad es, en el fondo, una forma de no aceptación de los límites que impone. Una vejez enferma puede tener cura; una vejez sana no tiene cura. Resignarse es, por tanto, aceptarse como viejo y no como enfermo.

80 Hablamos de los talleres de saber envejecer.

81 Esta lógica se extiende también a otros ámbitos no relacionados tan directamente con la salud. Siempre que alguna mujer del grupo tenga un problema, el grupo demandará un saber al respecto para tejer su red de cuidado. Por ejemplo, un problema de violencia doméstica identificado en una mujer del grupo dará lugar inmediatamente a la demanda de un curso al respecto; tema que posiblemente carecería de más mínimo interés si esa circunstancia no se diera. Ante todo, por tanto, para que el grupo establezca su demanda tiene que haber previamente identificado un **sujeto carente**, un sujeto que se objetive como necesitado de auxilio.

indiferente: la enfermedad debería de trabajarse no tanto del lado de la limitación –de lo que no se puede hacer–, como del lado de lo que todavía permite hacer –las posibilidades que todavía se presentan para la vida. Dar ánimos, a fin de cuentas, a la mujer enferma, demostrarle que todavía tiene potencia para vivir y disfrutar.

- Ya están los médicos para decir lo que hay que hacer. El dictado, la obligación, tienen ya su lugar social establecido, y su figura de autoridad indiscutida. El taller sobre la enfermedad, si tiene sentido fuera del ámbito de la consulta médica, es desde el lado aludido de la **rehabilitación**: saber lo que se puede hacer, saber cómo encontrar la salud⁸² en la enfermedad.

Porque el médico te dice que no comas esto ni esto, pero no te dice por qué. Pero el que nos dio la charla, nos lo explicó muy bien (...) El medico te dice, tienes el colesterol muy alto, te da el papelito y a casa. Y llegas a casa, pones el papel allí y nada. (G.D. AULA B)

- Te sacan de la duda (...)

- No es como en el libro que lo lees y dices bueno

- Pero en vivo es mucho mejor

- Claro resuelven las dudas que las personas tienen (...)

- (...) vas a un médico y te piensas que tiene una cola en la sala de espera y vas escuetamente, que me duele la garganta, que me duele esto y no te dedican a explicar un poco el porque pasan esas cosas. (G.D. AULA C)

Dudas que a lo mejor al médico no te atreves, pues yo lo hago así o así y simplemente que te digan (...) a ver si ahora voy a coger algo, o yo no lo he entendido y lo estoy haciendo mal (...) Es importante tener una base de todo, que te sepas desenvolver en situaciones y ellos nos dan esa tranquilidad, esa confianza, ese saber lo que haces o lo que no debes hacer. (E.A. N° 1)

- Hay que tener en cuenta de que estamos las más de las veces hablando de **enfermedades crónicas**, enfermedades en las cuales la curación no es un estado penoso transitorio que hay que pasar para recuperar el equilibrio anterior de la salud. La enfermedad crónica impone una curación permanente, y el riesgo que se advierte es precisamente que el sujeto desarrolle una identidad de enfermo, que se olvide de la vida por su cuidado.

Pero, sea el pronóstico más o menos grave, todas están enfermas, y todas ellas tejen su hilo de la ayuda mutua desde la enfermedad. "Cuidarse", en cualquier caso, tiene en este intercambio ese sentido de rehabilitación, de buscar la salud en la enfermedad.

Creemos que cuando las mujeres nos dicen que prefieren un **enfoque preventivo** de la enfermedad, **en realidad** nos están hablando de esto: utilizan las palabras del discurso ideológico dominante de la prevención para dar cuenta de una necesidad que, en sentido estricto, no es del orden de la prevención. Cabría decir, **nosotros** estamos en la prevención; **ellas** están en la rehabilitación; pero utilizan nuestras palabras para hablar de su necesidad, y manejan nuestras recomendaciones originadas desde la prevención para sus propios fines, que no son, estrictamente hablando, fines preventivos.

A modo informativo, había cosas que digamos que nos sonaban y habíamos oído, pero en cuanto a prevención todo lo que se ha dicho sobre información nos ha venido fenomenal. (G.D. AULA C)

82 Entendida desde la vieja acepción: la potencia de obrar.

Hay temas que no, que son tabúes, como pueden ser un cáncer de eso no quieren... pero por ejemplo el día del cáncer de mama vino Juana y antes de empezar la charla les hizo una (¿) de lo que era la prevención y eso les encantó. (E.A. Nº 2)

...la preventiva, sale un tema de estos y todo el mundo saca la orejita a pasear. (E.A. Nº 2)

La prevención tiene sentido para evitar la enfermedad. Ellas, sin embargo, están ya del lado de la enfermedad; todo el discurso médico y social las ha colocado ahí. Si no son diabéticas son hipertensas, o tienen el colesterol alto, o tienen artrosis, etc., etc. Las recomendaciones que les transmitimos son recogidas inmediatamente como formas de **no empeorar** en la enfermedad, más que como formas de evitarla. La salud no es el objetivo; el objetivo es no estar todavía más enferma. La prevención se coloca, por tanto, no del lado de la plenitud (mantener la salud), sino de la falta (impedir males mayores). Lo que hace realmente la prevención es mantener a la mujer en la conciencia de su limitación y de su precariedad.

Lo que a ellas les anima, sin embargo, es la posibilidad de vivir sin esa conciencia de limitación y de precariedad. Por eso utilizan la palabra prevención, por lo que tiene de promesa implícita de plenitud (de salud). Pero al utilizarla de este modo están cambiando insensiblemente su contenido: no nos están hablando tanto de lo que no deberían de hacer como de lo que podrían hacer. La prevención, por tanto, menos como un límite que como **un margen de maniobra**. Cuando nos escuchan traducen nuestras recomendaciones en ese registro, no buscan límites, buscan márgenes desde los cuales actuar sin sentirse constreñidas por la enfermedad.

Nótese que en esa búsqueda de márgenes está implícito el concepto fundamental de **riesgo**. En su ayuda mutua estas mujeres incorporan la idea de que para vivir positivamente con la enfermedad hay que asumir un riesgo, un riesgo controlado, pero, al fin y al cabo, un riesgo.

66

- Hombre, un día sales y te puedes permitir...

- Pues yo no.

- Yo no lo miro, me lo como y luego me voy.

- Pero porque no tienes nada de hígado...

- Qué dices, si estoy esperando para operarme... sabes qué pasa, que dentro de lo que tengas tampoco puedes vivir amargada porque entonces te mueres. Lo que no puedes es comerte unos callos ni una fabada con chorizo pero otras cosas sí.

- Yo no, yo ni unas lentejas.

- Lo que te pasa a ti es que no te quieres morir y eso no es... (Risas). (G.D. AULA A)

Nos explicamos. Los hábitos saludables están ahí no como límites absolutos, sino como límites relativos. Ciertamente, nadie se toma normalmente las recomendaciones de hábitos saludables de forma estricta, pero en estas mujeres la trasgresión tiene un sentido todavía más profundo: la posibilidad de **desafiar** a la enfermedad, de hurtarle, aunque sólo sea testimonialmente, la dictadura que sobre el propio sujeto que pretende imponer.

El saber **hasta donde puedo llegar** es mucho más importante para ellas que el saber **lo que no debo de hacer**. El matiz es muy importante, y marca la línea divisoria entre el lugar del médico y el saber que cabe esperar de unos talleres de educación para la salud. Si en los talleres sólo me dicen lo que no debo de hacer obtengo una información redundante⁸³; si me dan, sin embargo, pistas de hasta donde puedo llegar o, lo que es lo mismo, cómo puedo vivir razonablemente bien desde mi enfermedad, estaré obteniendo un saber muy valioso para la ayuda mutua.

83 Con el agravante de que, además, está menos legitimada. A la hora de imponer normas siempre tiene más autoridad el médico que la enfermera: su saber debería de ser de otra naturaleza (menos dictatorial, más comprensivo, más humano).

Esta reflexión sobre la prevención creemos que es muy importante, entre otras cosas, porque creemos que la demanda de la mujer al respecto puede ser fácilmente malinterpretada.

- **En primer lugar**, cuando la mujer está demandando más saber preventivo, no estará nunca pidiendo que le digan qué es lo que tiene que hacer para no contraer determinadas enfermedades. Que le den, por ejemplo, un curso sobre cómo prevenir el cáncer es para ella completamente impertinente. No quiere saber nada del cáncer **a no ser que lo tenga, o que lo tenga alguna de sus compañeras**. A pesar de las apariencias, no están demandando ningún saber para prevenir enfermedades posibles; ya tienen bastante con lo que tienen como para tener que introducir nuevas limitaciones en sus hábitos, o para incorporar nuevas aprensiones⁸⁴.
- **En segundo lugar**, el vivir saludablemente no es un valor eficiente en las redes de ayuda mutua. Es una consecuencia de lo anterior, aunque quizá sorprenda la formulación. Entre ellas no se ayudan mutuamente transmitiendo dictados de lo que deben de hacer para mantener su salud. Se ayudan más bien con lo contrario, proponiendo pequeñas trasgresiones, cuyo valor para la comunión afectiva es inestimable. En la ayuda mutua se dan cuenta inconscientemente de la trampa implícita a colocar la salud como fin en sí mismo.
- **En tercer lugar**, la demanda de saber se coloca sobre enfermedades comunes al colectivo, o enfermedades graves que afectan a sus miembros. Se han hecho ya cursos al respecto, cuya valoración es positiva, pero que, creemos vislumbrar, han dejado un cierto poso de insatisfacción, que explicaremos más tarde. Hay, en cualquier caso, más temas sobre los que incidir: "el manejo del dolor" propuesto en uno de grupos abre una vía interesante; aunque no sea directamente una enfermedad, es consecuencia de muchas enfermedades y, también, de los efectos invalidantes de la propia vejez. En efecto, no es tan fácil distinguir para estas mujeres entre los efectos invalidantes de la vejez y los de la enfermedad. Cualquier tema que incida en tales efectos invalidantes será, como consecuencia, bien venido⁸⁵.
- **En cuarto lugar**, los cursos deben de incorporar claramente el enfoque (o posicionamiento) de la **rehabilitación** frente a los otros enfoques posibles: el del **saber de la enfermedad** y el de la **prescripción de comportamientos**.

Merece la pena que nos extendamos en esta última afirmación. En primer lugar, está la cuestión ya aludida de que el sanitario de EpS entra en estos campos en competencia con el médico: el médico es quien tiene que proporcionar saber sobre la enfermedad y prescribir los comportamientos consecuentes. El sanitario de EpS debe de saber cuál es su sitio, y no generar interferencias innecesarias, que le complican la identificación de su propia identidad profesional, y que complican también la vida al enfermo, dado que se tiene que enfrentar a dos versiones de lo mismo, con la consecuente confusión.

Luego, siempre está el médico detrás. Porque una persona que tiene azúcar, necesita ir al endocrino. Las charlas en el aula, es muy familiarmente. (G.D. AULA B)

84 Debe entenderse que el otro discurso sigue estando ahí a pesar de todo: lo que ellas deberían saber para prevenir la enfermedad sigue presente como demanda. Estamos hablando aquí de **lo que efectivamente aprovechan**, que es algo completamente distinto. Ya hemos dicho que a estas mujeres se les podrían dar cursos sobre todo, su demanda de saber es insaciable; pero no debemos sentirnos satisfechos con difundir un saber vacío, inhábil para la vida, y que lo único que provoca es generar más dependencia sobre nosotros mismos.

85 Ya se han hecho cosas en esa dirección, como se ha visto. Nos cuesta, desde nuestra formación, adivinar temas nuevos. Aquí el sanitario posiblemente tenga desde su formación más ideas que nosotros; todo el desarrollo de la geriatría moderna posiblemente abra muchos campos a esta vía de la rehabilitación. Creemos que en este punto el sanitario no debería inhibirse en proponer nuevos cursos, sin necesidad de esperar a que las mujeres lo demanden. Si se tiene claro cual es el sentido de la demanda de las mujeres (y esperamos haber sabido aclarar algo al respecto), el propio saber técnico es el que tiene que entrar entonces en acción proponiendo nuevas posibilidades. Un funcionamiento democrático no debe de excluir nunca el saber del técnico, que para algo le tiene que servir (y servir a los otros) el haber estudiado lo que se ha estudiado.

Pero nuestra reflexión quería en este caso ir más del lado de relativizar dos "certezas" que circulan en el ámbito profesional. La primera sería la de que el saber sobre la enfermedad aumenta siempre el empoderamiento del enfermo. Ya hemos visto que no es así en estas mujeres, que literalmente huyen de la aprensión; y saber más, como es obvio, aumenta la aprensión y la consecuente imposibilidad de huir de la condición de enfermo. A los enfermos crónicos, como criterio general, hay que ofrecerles otro modo de empoderarse con su enfermedad.

La segunda certeza a discutir sería la de que las prescripciones médicas son siempre beneficiosas. Lo que es bueno para la preservación del cuerpo no siempre tiene que ser bueno para la preservación el alma. El enfermo crónico –y la vejez misma, entendida como la etapa en que se instala la enfermedad crónica- tiene unas necesidades especiales. La calidad de vida del enfermo tiene que primar sobre cualquier otra consideración; resulta absurdo, e inhumano, condenar al enfermo al cuidado de su propia enfermedad. Y esto en los mayores es todavía más evidente, y cualquiera de estas mujeres te lo dice sin ambages: prefieren vivir menos con calidad de vida que más sin ella. El fantasma que se les instala fuertemente en su edad es la visualización un futuro terrorífico marcado por la más absoluta de las incapacidades.

Como vemos, estas mujeres, aparentemente ignorantes, aparentemente dependientes, nos están enseñando a nosotros muchas cosas. Pero para que pudiéramos percibir su saber, hemos tenido previamente que aislarlas de que lo que genera su impotencia, la dependencia del saber y del poder, y reintroducirlas en su potencia: el cuidado de los otros. Ahí son **sujetos**; en el otro lugar, en el que creemos que está incidiendo un adoctrinamiento insensato⁸⁶, son **objetos**, mujeres ignorantes a la expectativa de que alguien las redima de su ignorancia.

Un último punto para concluir el análisis. Dijimos anteriormente que los talleres sobre enfermedades habían dejado un pozo de insatisfacción. El síntoma era el siguiente: la sensación de que **no se ha profundizado**, de que todo había quedado en un plano muy superficial. Aparentemente nos estaban pidiendo, por tanto, cursos más avanzados o más largos. Buceando en esa demanda llegamos a una suerte de callejón sin salida, porque tampoco estaba claro que demandaran más rigor o más tiempo. Tiempo no tenían, porque había otras cuestiones en sus agendas a las que no estaban dispuestas a renunciar por un taller de salud⁸⁷; y tampoco parecía claro que iban a sentirse demasiado cómodas en cursos de profundización.

68

No pero es que 2 al mes no tenemos tiempo tampoco, tendríamos que alargar en vez de 1 día a la semana, 2 días. Y mucha gente tampoco podría a lo mejor, dedicar 2 veces a la semana. (G.D. AULA C)

Al año siguiente lo que más nos ha ido gustando lo hemos ido pidiendo otra vez, para que nos lo den más extenso. (E.A. N° 3)

Pues que a veces por decir algo, los tienen que poner algo más largos, porque nos quedamos cortos. (G.D. AULA C)

86 Somos conscientes de que este juicio es difícil de asimilar para quienes están comprometidos en la lucha por redefinir el rol de la mujer en la sociedad. Parece deducirse del análisis una crítica a la revisión del rol femenino fuera de la esfera del cuidado; y, ciertamente, hemos hecho afirmaciones que aparentemente cuestionarían la idoneidad de semejante revisión. Quisiéramos puntualizar, en cualquier caso, dos cosas. Estamos ante mujeres mayores, que han desarrollado toda su vida una práctica social basada en el cuidado de los otros. Pretender que **precisamente estas mujeres** cambien radicalmente su modo de concebir la vida nos parece que conlleva una cierta crueldad innecesaria; es toda una vida la que hay que revisar, en una edad en que posiblemente lo más saludable sea realizar el inventario del sentido de la propia vida. Valorizar, en última instancia, lo pasado, más que colocarlo sin más en el lugar de la equivocación. Pero, por otra parte, nos parece que la negación absoluta del valor del cuidado y su sustitución por el cuidado de sí es una forma terrorífica de propiciar una sociedad individualista. El cuidado de otros es malo cuando es un deber, obligación, cuando es una norma de la cual uno puede escapar; entre otras cosas porque lo que produce es una situación de servidumbre: el que debe de cuidar se convierte en siervo del cuidado. Fuera de una estructura de dominación, el cuidado es una forma natural de relacionarlos los/as unos/as con los/as otros/as. Desde luego, más natural que el individualismo, que sólo nos permite relacionarnos con los objetos.

87 Insistimos, no somos tan importantes. Pero eso no es malo: hay que saber para qué uno es importante y en qué medida para actuar. Desde la limitación es más fácil de actuar que desde la omnipotencia.

Debido a que tienen un tiempo limitado para hablarnos, pues a lo mejor, no nos lo dicen con la intensidad que se debería decir. Como solo es una hora, hora y media, pues del tema del que nos está hablando, no les ha dado tiempo a hablarnos más ampliamente de ese tema. Entonces aunque fuera repetitivo, porque debido a que a lo mejor, no sé si serán siempre los mismos, pero que ampliaran más los conocimientos, aunque sean de los mismos temas. (G.D. AULA B)

A la luz del análisis podemos introducir una hipótesis para comprender su insatisfacción. Posiblemente tenía que ver con que no encontraron en esos cursos lo que buscaban, con que no consiguieron profundizar en lo que realmente les importaba. No podemos verificar si esa hipótesis es cierta o no, habría que revisar el contenido de los cursos y su enfoque. Pero no es difícil desde aquí intuir que fueron cursos (algunos de ellos o todos) enfocados más desde el saber y la prescripción médica que del lado de la rehabilitación.

IV. DISCUSIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR

El documento que hemos reproducido más arriba ha sido objeto de discusión en el interior del equipo técnico. En tal discusión se presentaron determinadas cuestiones polémicas, que creemos obligado reproducir aquí. Hemos preferido no modificar el documento inicial, y dar cuenta de la discusión de forma independiente. Con ello pretendemos respetar el carácter de la evaluación en el que nos habíamos comprometido; una evaluación "abierta", en la cual cada agente tuviera la posibilidad de redefinir sus propios presupuestos de actuación, sin verse constreñido a partir de un juicio cerrado realizado desde fuera.

En tal contexto, el documento inicial es sólo eso, **un punto de partida para la discusión**. Como tal, tenía que ser necesariamente un **texto polémico**, más empeñado en abrir líneas de discusión (y de evaluación) que en cerrarlas bajo la forma de un esquema sin fisuras, en el cual se eliminara cualquier atisbo de contradicción. De hecho, hemos renunciado a realizar el consabido capítulo de conclusiones, precisamente para evitar dar ese cierre que obturara la posibilidad de que el texto pudiera ser trascendido en el contexto de la discusión.

Lo que se expone a continuación es, por tanto, el primer paso de esa discusión del texto; una discusión realizada desde dentro del equipo de investigación, pero también desde fuera del texto que se había elaborado inicialmente.

4.1. Las contradicciones del texto

Es cierto que el texto presenta una impresión final de **desconcierto**. Desconcierto porque cuestiones que en una parte aparecen valoradas negativamente, aparecen desde otra parte valoradas positivamente. Al lector le cuesta trabajo escoger con cuál quedarse y, por tanto, decidir qué evaluación -si la positiva o la negativa- es la que prima.

72

Ciertamente, como se dijo, hay en el texto un desconcierto, cabría decir, **programado**. No es posible generar discusión, polémica, sin desconcierto. Pero ello no quiere decir que el analista (como sujeto de supuesto saber⁸⁸) tenga "la solución", y que haya decidido introducir a sus lectores en una especie de jeroglífico con una solución predeterminada. Simplemente, al analista ha llegado hasta donde ha sido capaz de llegar con el esfuerzo realizado; y ha preferido no efectuar el trabajo suplementario de intentar resolver sus contradicciones para dejar que el grupo las elabore desde sus propios referentes.

4.2. Una tercera vía para el cuidado

La posibilidad de resolver la contradicción tiene que ver, efectivamente, con una reflexión acerca del cuidado en salud. No todos los miembros del equipo de investigación se sentían cómodos con la aparente "salida" propuesta desde el lado del cuidado de los otros: lo positivo aparecía del lado del cuidado de los otros, lo negativo aparecía desde el lado del cuidado de sí.

La incomodidad se elaboraba desde un planteamiento de la feminidad, a la vez ideológico y personal. Una feminidad que se agota en el cuidado de los otros traduce, indudablemente, una subjetividad alienada, desposeída de realidad, incapacitada para reconocerse a sí misma. Parecería, por tanto, que nosotros estuviéramos implícitamente proponiendo devolver a la mujer al ámbito de su alienación, al ámbito del cuidado de los otros. Y el estudio es, efectivamente, muy cáustico cuando aborda el tema central de la autoestima; y con ello parecería como si obturáramos una salud "natural" y ampliamente experimentada a la desvalorización femenina.

El planteamiento de "redimir" a la mujer desde el cuidado de sí está en la calle, está en el ámbito de las prácticas sociales ya establecidas, del cual es un ejemplo nuestro propio objeto de investigación. Y el planteamiento que lo

88 Al analista, como el profesor, está siempre en ese lugar que Lacan denominó como el del "supuesto saber". Es un lugar imaginario, porque, como es obvio, ni el analista ni el profesor lo saben todo; pero es un lugar "eficiente", porque sobre él se instalan un sinnúmero de relaciones de poder (ya hemos visto ejemplos de ello en los propios cursos)

justifica es claro: si la mujer ha vivido durante toda su vida una existencia desvalorizada, insertémosla en espacios y desarrollemos prácticas en donde pueda recuperar ese valor negado.

- Semejantes prácticas son –admitimos que el informe no ha incidido demasiado en este punto– prácticas de **revalorización de la feminidad**. No habría, por tanto, sólo un sujeto personal, sino también un sujeto colectivo (la mujer) al cual revalorizar.
- También, como se sabe, los espacios son (suelen ser) espacios femeninos, espacios en los cuales la mujer busca colectivamente una redefinición de su modo de estar en el mundo como tal mujer.

Hay todo un trabajo, por tanto, no sólo de recuperación de la autoestima personal, sino también de recuperación de la autoestima femenina⁸⁹. Y muchas de las actividades en las que se embarca a estos grupos están muy relacionadas con esto. Hay interés y audiencia hacia temas como puedan ser la violencia de género, u otras cuestiones en las cuales la mujer pueda sentirse genéricamente agredida, tachada, minusvalorada, etc. en su condición femenina.

Semejante trabajo tiene sentido, creemos, como reestructuración de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Habría aquí una meta **real**⁹⁰, capaz de dar sentido a la actividad de estos grupos. Nuestro problema es que tenemos serias dudas de que este efecto se consiga; es decir, que el grupo tenga, o sea capaz de elaborar un sentido "exterior" a su actividad; que se supere los estrechos límites de lo que cabría concebirse como un grupo de **autoayuda**.

Es decir, estaríamos ante grupos en los cuales prácticamente todo se agota en el ámbito del cuidado, sobre mujeres que, por una u otra razón, se sienten enfermas o vulnerables. Si se quiere, podríamos hablar de víctimas⁹¹, pero ello no mejoraría en exceso el diagnóstico, porque estaríamos dentro de un complejo similar: mujeres que se enfrentan a la realidad desde la posición subjetiva de quien espera que alguien las cure o las redima.

Y es eso lo que hemos encontrado, y es ese el lugar desde el cual se inició al análisis del valor de los talleres de salud. Un lugar de impotencia, frustración, castración, etc.; a fin de cuentas, un lugar de enfermedad, de **profunda** enfermedad, pues engloba no sólo lo corporal, sino también lo anímico. El vínculo con la salud se establece desde ahí, como posible cura de un mal que aparentemente no tiene cura.

Y es en este contexto en donde se introduce la diferenciación entre el cuidado de sí y el cuidado de los otros. Simplemente, veíamos a las mujeres más vivas, más vitales cuando desarrollaban el cuidado de las otras que cuando desarrollaban su propio cuidado; también observamos que los cursos se aprovechaban más y eran, por tanto, más "terapéuticos" dentro de la lógica del cuidado mutuo que dentro de la lógica del cuidado personal. También encontrábamos mujeres más "críticas", con mayor capacidad de elaborar los contenidos que les daban cuando se ponían en la posición de ayudar a las otras que cuando se ponían en la posición de ayudarse a sí mismas.

Los talleres tenían, por tanto, una doble perspectiva desde la cual evaluarse: desde su virtualidad para incidir negativamente en el agravamiento de los síntomas (impotencia, dependencia, frustración, castración), o en su virtualidad para "reducir" esos síntomas (potencia del lado del cuidado de los otros). En el primer caso hablamos de un efecto analgésico, que valía únicamente cuando se administraba; en lo segundo creímos intuir un efecto más duradero y más estable, siempre –está claro– dentro de los límites del grupo y de su artificialidad⁹².

89 Que sería, por tanto, **una** autoestima "de género".

90 Admitimos que el término "real" se muy difícil de definir. Por nuestra parte tiene un sentido fundamentalmente intuitivo, asociado a la intersubjetividad, a la colectividad y a la historia. Real es lo que nos hace sentirnos parte de un proyecto colectivo de transformación de la realidad.

91 Del hombre, de una sociedad machista, etc.

92 El propio grupo no dejaba de ser, en efecto, un efecto analgésico.

No creemos, en cualquier caso, que estas conclusiones puedan extrapolarse a cualquier grupo de mujeres. Son las mujeres de esta edad, de esta generación, de este contexto (urbano), y de este tipo de grupos (autoayuda) las que nos ofrecen este resultado.

De haber una tercera vía para el cuidado, creemos que habría que buscarla en otro contexto. Posiblemente se encontraría si estos grupos tuvieran la capacidad final de superarse como tales grupos de autoayuda, y encontraran finalmente un lugar "real" donde ubicarse y una tarea "exterior" que realizar⁹³. Pero quizá en ese lugar y ante esa tarea los talleres de salud, tal como están concebidos, dejen de tener el mismo sentido que tienen actualmente. Quizá desde ese lugar exterior la demanda sea al fin anterior a la oferta⁹⁴: que sean finalmente los grupos los que **exijan** que se les preste un servicio o un saber.

4.3. Acerca de los conceptos de "rehabilitación" y "prevención"

También en el interior del grupo técnico se generó una discusión en torno a la idoneidad y el sentido de los términos propuestos de "rehabilitación" y "prevención".

Tal como están formulados dichos términos se pueden generar equívocos, fundamentalmente si se leen desde el acerbo conceptual de la ciencia médica. Realmente, el sentido de tales términos tiene más que ver con el lenguaje común que con el lenguaje técnico sanitario.

Se escogió la palabra común "rehabilitación" para proponer un posible enfoque conceptual a los cursos desde el lado del cuidado de los otros. Su sentido no es, por tanto, el restringido de la rehabilitación física o psíquica ante un suceso traumático, ni el más extenso de la prevención secundaria. Se pretendía en el texto nombrar un significado nuevo, que tuviera que ver con un abordaje distinto de la incapacidad asociada a la enfermedad o a la vejez misma, adecuado para orientar conceptualmente la derivación más "positiva" de los talleres de salud.

El cuidado de los otros desde la óptica de la cuidadora ha sido siempre un **cuidado integral**. Quiere ello decir que el cuidado en salud no adquiere una dimensión independiente, sino que se complementa con otros cuidados, con una orientación final clara: la de mantener el, cabría decir, "sentimiento vital" de la persona⁹⁵. Este es el cuidado que desarrollan estas mujeres entre ellas; por ello relativizan las prescripciones saludables⁹⁶, para integrarlas en el marco del cuidado global. Y por eso escogimos la palabra "rehabilitación", porque nos parecía en su sentido originario más adecuada a la estrategia desarrollada por las mujeres de "habilitar" la vejez, de sacar de ella lo más positivo, a pesar de las limitaciones que conlleva.

Hay que aceptar que las prescripciones saludables pueden tener el efecto contraproducente de generar incapacidad vital, de deshabilitar a la persona para la vida. De hecho, la valoración más negativa de los cursos iba en esta dirección: la de generar un abundante campo de prohibiciones y reglas imposibles de incorporar. Se entiende que un sanitario ponga la preservación de la vida por delante de cualquier otra consideración, pero también hay que entender que no sólo de salud vive el hombre (o la mujer), que el motivo para vivir es más importante que la vida misma.

Una última reflexión acerca del concepto de prevención. Las mujeres utilizaban mucho esta palabra para nombrar el ámbito de sus deberes en salud. Su traducción a la terminología médica es también difícil, ¿hablaban de prevención

93 Pocos indicadores hemos encontrado de una evolución semejante. Sí que ciertos grupos parecen evolucionar hacia actividades externas, pero la lógica de esa extensión traduce el mismo concepto de autoayuda.

94 Por mucho que intentemos creer lo contrario, **somos nosotros**, y no las mujeres los que hemos insertado los talleres en su realidad y los que hemos creado, por tanto, su necesidad.

95 Podríamos utilizar palabras más simples: intentar que la persona sea lo más feliz posible.

96 Este es el "sentido crítico" al que aludíamos.

primaria o de prevención secundaria? No creemos que se pueda efectuar ninguna traducción; se trata de lenguajes diferentes.

Tal como utilizan el término las mujeres, la prevención es, en esencia, una **negación de la vejez**. Es decir, la posibilidad imposible de que la vejez no se instale mediante la sujeción a disciplinas que verosímilmente la eviten. La prevención está, por tanto, del lado de los beneficios imaginarios del discurso dominante de la salud como cuidado obsesivo del cuerpo. Por eso, en el texto, oponíamos directamente rehabilitación y prevención, porque eran dos términos que tenían sentido desde esquemas simbólicos distintos, y que remitían a estrategias distintas de asunción de la vejez.

Por concluir, haremos una reducción ilustrativa. En el estudio había fundamentalmente dos tipos de mujeres: mujeres que no querían ser viejas (y que se vinculaban al discurso individualista de la prevención) y mujeres que buscaban resignarse y reconciliarse con su vejez (y que se vinculaban a un discurso comunitario de rehabilitación mutua). Nosotros deberíamos de decidir qué tipo de mujer queremos y qué tipo de estrategia estaríamos dispuestos a favorecer.

V. DISCUSIÓN CON EL EQUIPO DOCENTE

5.1. Introducción

En el presente capítulo reproducimos un intercambio de puntos de vista entre el equipo docente y el equipo investigación. La base es un documento elaborado por el equipo docente, en el que se refleja la discusión interna entre sus miembros sobre los resultados del estudio y sus posibles derivaciones prácticas en la reformulación de aspectos relativos a los cursos. El equipo investigador introdujo sus comentarios en ese texto, con lo cual el resultado final cobra la apariencia de un diálogo entre el equipo docente y el equipo investigador.

Ese documento comentado fue la base de discusión para una reunión conjunta final, que supuso el cierre final del proceso de investigación. Lo que sigue es una ilustración de todo este proceso, que corresponde a lo que el proyecto se propuso como "fase de intervención".

5.2. Documento interno de discusión

5.2.1. Propuestas del equipo docente

EQUIPO DOCENTE:

Iniciamos una reunión conjunta entre los miembros del equipo docente ayer día 20 de diciembre de 2005, comenzando cuarenta y cinco minutos después de lo acordado. Ante ese hecho, comentamos la dificultad para dedicar un tiempo a educación para la salud dentro de nuestra actividad, tanto para el diseño, como para la programación e investigación, por lo que la primera propuesta que nos planteamos fue cerrar la agenda dándole la misma importancia a esta actividad que al resto.

Se inicia la reunión, comentando uno de los miembros del grupo:

Estoy desanimada, creo que no hemos hecho nada y las hemos hecho más dependientes. Creo que no se han modificado actitudes, era como ir al cine, un entretenimiento, la EPS, corre el peligro de convertirse en mercancía.

Creo que es cuestión de género, por lo que nos demandan lo que sea, el rol de cuidadora se les agota y no saben que hacer, por lo que intentan rellenar los huecos vacíos.

Replica otro miembro del grupo:

Creo que han sido útiles los grupos y que en todo caso tendríamos que haber dado un corte para evaluar a corto plazo.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Estamos de acuerdo con éste último en el sentido de que la actitud no puede ser derrotista. El estudio identifica dos importantes peligros:

- *La dependencia.*
- *El consumismo sanitario.*

Tener claro que éstos son los dos riesgos a los que nos enfrentamos es para nosotros, creemos, un paso adelante, puesto que aumenta nuestra capacidad crítica y nuestro control sobre lo que hacemos.

EQUIPO DOCENTE:

Finalizó la sesión comentando la persona inicialmente más desanimada que la habíamos convencido de otros enfoques.

Como resultado de la discusión se realizaron las siguientes propuestas de cara a la acción:

- a) Que analicen su realidad y busquen sus propias alternativas sobre lo que quieren hacer en su vida.

EQUIPO INVESTIGADOR:

¿Cómo hacer operativa esta propuesta?

Nos resulta difícil pensar en la implantación en los grupos de sesiones de autoanálisis. Ni las mujeres lo entenderían, y nosotros posiblemente quedaríamos en ello fuera de juego (no sabríamos cómo hacerlo).

La propuesta implicaría, a nuestro juicio, dos líneas de trabajo:

- *La primera nos comprometería a nosotros. Hacer cursos de salud más adaptados a las necesidades vitales de estas mujeres (elección de temas y elección de contenidos dentro de cada tema).*
- *Al decir "más adaptados" pensamos preferentemente en el término propuesto de "rehabilitación", que tenemos la prevención de que no haya sido adecuadamente entendido. Semejante término a lo que alude, en última instancia, es a la adaptación de los mensajes de promoción de la salud a las limitaciones y condicionantes de vida de las mujeres. Cambiar la **prescripción** "científica" (que alude al deber, y que introduce impotencia y dependencia) por la **recomendación sensible** a las condiciones vitales. Un ejemplo quizá pueda aclarar la diferencia: no es lo mismo decirles sin más a las mujeres lo que deberían comer (según la dieta mediterránea) que proponerles "trucos" para comer lo más saludablemente posible sin necesidad de invertir demasiado tiempo en la compra y elaboración de los platos (algo que es para ellas complicado, dadas sus limitaciones físicas y anímicas), y sin renunciar a un cierto espacio para el goce (que es vital para que sigan manteniendo su deseo de comer y de vivir).*
- *La segunda las comprometería fundamentalmente a ellas. Revisar colectivamente los propios cursos de salud desde el punto de vista de la adaptación a su propia situación vital. Pensamos en la introducción de una posible dinámica de evaluación, que implique no sólo el valor global del curso sino, fundamentalmente, la revisión de su adaptación y viabilidad práctica: ¿hasta qué punto lo que he aprendido me ha servido a mí o a otras mujeres, y de qué forma me hubiera servido mejor?*
- *Se nos ocurre (sin reflexionar demasiado en su viabilidad práctica) la idea de una mini-sesión de evaluación colectiva de la sesión anterior (ha pasado un tiempo, pero no se ha olvidado) antes de iniciar la sesión siguiente. Lo que ahí se pueda hablar serviría tanto para el reforzamiento del conocimiento (memorización, actualización) en las propias mujeres, como para la revisión de contenidos y enfoques de los propios técnicos (en la dirección aludida de la rehabilitación), que puede servir para nuevas sesiones en el mismo grupo o en otros.*

EQUIPO DOCENTE:

- b) La promoción en la educación no sexista en la juventud y la infancia.

EQUIPO INVESTIGADOR:

*Desconocemos cuál ha sido la vía que ha llevado a esta proposición. Sin embargo, creemos que siempre es interesante y conveniente para el empoderamiento de estas mujeres el ofrecerles, en general, contenidos, objetivos y marcos de posicionamiento personal frente al mundo (más que frente a ellas mismas, personalmente o con relación al grupo de autoayuda); en última instancia, posibilidades de **salir de sí mismas** y de **sentirse útiles** en el mundo real (en el cual tienden a sentirse, como vimos, impotentes e inútiles).*

- *La propuesta creemos que es buena en esa dirección. Piénsese que esta mujer puede encontrar en semejante curso una oportunidad para sentirse útil con sus nietos o, de modo más general, con los jóvenes y niños con los cuales pueda relacionarse de forma directa o indirecta (los nietos/as de otras mujeres, los jóvenes de la parroquia, etc.)*
- *La clave, creemos, es **generar inquietud** frente a temas (de salud; puesto que somos sanitarios) que interesan al destino de la colectividad (y ubicar, por tanto, a la mujer dentro de ella; sin pretender, obviamente, exceder los límites de una implicación necesariamente "modesta" en tales cuestiones). En*

interés por la **violencia de género** estaba en esa dirección; pero creemos que hay muchos más temas que pueden interesar a las mujeres desde este punto de vista de fomentar la instalación de **vínculo social**, que no necesariamente tienen que pasar siempre por el universo, ya relativamente incorporado, de la autoestima femenina.

- Se nos ocurren, en esta dirección, posibles temas, que en modo alguno están desvinculados del mundo de la educación para la salud:
- Las concepciones y pautas de relación con la salud y la enfermedad de los hombres.
- La problemática de salud de los mayores asociada a sus condiciones de vida.
- La salud en las residencias.
- Tabaco (por ejemplo, la nueva ley).
- Alcoholismo.
- Drogodependencias en jóvenes (por ejemplo, en Moratalaz).
- Plan de Participación Comunitaria del Distrito de Moratalaz.
- Las ciudades saludables.
- La salud de los inmigrantes (lógicamente, el tema debería de estar más centrado en las dificultades de vida y de acceso a los servicios sanitarios).
- Etc.

EQUIPO DOCENTE:

- c) Realizar análisis de la demanda del grupo sobre nuevos temas sin la mediación de la coordinadora, realizándolo directamente con el grupo.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Tenemos cierto miedo a que con el informe se haya cuestionado innecesariamente el "buen hacer" de las coordinadoras. Las coordinadoras han hecho lo que han sabido y han considerado mejor; eso nunca debe de llegar a cuestionarse, ni tampoco, creemos, su utilidad como mediadoras.

Sí que estamos de acuerdo, en cualquier caso, de que, tanto en la evaluación como en las propuestas de nuevos cursos, se de más acercamiento directo con el grupo. Anteriormente se propuso una vía posible para la evaluación (revisión de la sesión anterior), que creemos que puede mejorar el intercambio entre los técnicos y las mujeres, que puede ayudar más que una evaluación final genérica.

Del lado de la propuesta de nuevos cursos, sinceramente creemos que hay que ser **más directivos**. Nosotros deberíamos de proponer los cursos (a partir de lo que sabemos, pero también de lo que sabemos que a estas mujeres les pueda interesar o venir bien), y dejar a las mujeres el papel de elegir entre distintas alternativas. Quizá por este camino nos sorprendamos de que aparezca un interés acusado en temas que nunca habían surgido espontáneamente antes en las mujeres⁹⁷.

97 Esta propuesta no debe interpretarse en clave de una suerte de despotismo ilustrado. Es obvio que las mujeres son quienes finalmente deben de decidir. Pero es obligado apuntar que existen límites objetivos a esa decisión, que a veces son pasados por alto desde posiciones en exceso ingenuas. Uno de los límites que queríamos resaltar aquí es el del "sentido" de la intervención como de "Educación para la Salud"; creemos que es completamente legítimo que el grupo de intervención desestime el atender a demandas que no son de educación para la salud y que, por ello, están fuera de su ámbito de competencia (lo cual no quiere decir necesariamente que se niegue a asesorar el respecto). Otro límite es también el de la capacidad del propio grupo discente para identificar e interpretar sus propias necesidades, y traducirlas, a la postre, en demandas hacia el equipo docente. No creemos que sea dirigismo el que el grupo docente, desde su experiencia, interprete la demanda y proponga al grupo discente actividades distintas a las que había demandado espontáneamente.

EQUIPO DOCENTE:

d) Plantearnos otros enfoques:

- No trabajar en redimirlas para que no se sientan más culpables; cuidarse de enfoques culpabilizadores.

EQUIPO INVESTIGADOR:

De acuerdo, pero hay que tener bien claro qué se quiere decir con ello. Lo que proponemos es una actuación sensible a su propia realidad (rehabilitación)

EQUIPO DOCENTE:

- Reforzar lo que tienen y con ello trabajar en que se adapten a su situación.

EQUIPO INVESTIGADOR:

No entendemos muy bien lo que se quiere decir; habría que matizar un poco la estrategia al respecto.

- *Desde luego, abundar en la idea de que toda la existencia anterior ha sido un error, es un mal camino (es a partir de ahí donde surge la pulsión por redimirlas). Es más, creemos que tendría que lucharse activamente en contra de esta idea, que está instalada en ellas, y que las coloca frente al mundo en una posición de pasividad y dependencia. Lo que hicieron **estuvo bien hecho**, fue valioso, y se traduce en un saber importante, que debe de ser reconocido. Como estrategia general, **hay que enseñar a estas mujeres a valorar su historia y su experiencia**; enseñarlas a reconocer su valor para sí mismas y para los demás.*
- *Ellas son mujeres viejas. Desde luego, no parece un camino razonable el proponerlas la juventud como modelo, e instarlas implícitamente a actuar como si fueran jóvenes. De alguna forma, insensiblemente, estamos trasmitiéndoles ese mandato, que implícitamente les devuelve al complejo de la desvalorización personal. Para salir de ese problema, habría que **dar valor a la vejez**, que no es exactamente lo mismo que decirles a las mujeres que se conformen con su vejez. No se trata de conformarse, sino de descubrir las posibilidades que ofrece la etapa de la vida en la que se está. No nos interesan mujeres conformistas, pero tampoco mujeres ilusas.*

EQUIPO DOCENTE:

- e) Reforzar su actitud de cuidadora.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Nos da miedo transmitir la idea de esta manera. Si por "cuidadora" entendemos "mujer que no sabe qué hacer si no tiene a alguien a su cargo", preferiríamos utilizar otro término.

Quizá el término "sensible a los demás" nos ayude mejor a establecer un camino. Hay que despertar y reforzar la sensibilidad hacia los otros, que está presente en el rol de cuidadora, aunque limitado las más de las veces al núcleo familiar⁹⁸.

EQUIPO DOCENTE:

- f) Partir de lo que pueden hacer y no del "no puedes".

EQUIPO INVESTIGADOR:

Partir de lo que pueden hacer es inexcusable.

⁹⁸ Habría que insistir, en cualquier caso, en que sigue siendo importante en nuestra sociedad realzar el valor de los cuidados, ya que por desgracia continúan siendo minusvalorados al no entrar dentro la lógica del mercado productivo. La diferencia estaría entonces en poner su atención en aquella parte de la vida que no tiene que ver con el cuidado, y en que la legitimidad para existir y para ser persona no depende de su función en el mundo.

EQUIPO DOCENTE:

g) Normalizar la vejez.

EQUIPO INVESTIGADOR:

De acuerdo. La vejez tiene cosas muy positivas, y hay que saber evidenciarlas.

EQUIPO DOCENTE:

h) Respetar los dos tipos de mujeres: las vinculadas a la prevención y las vinculadas a la rehabilitación.

EQUIPO INVESTIGADOR:

No entendemos muy bien la propuesta.

Es cierto que en los grupos debemos considerar que hay mujeres fundamentalmente sanas y capaces, y mujeres no tan sanas y relativamente incapacitadas. Las primeras posiblemente se sientan más cómodas con temas genéricos de prevención, y las segundas más preocupadas por cómo manejar en concreto su enfermedad o su incapacidad. Necesariamente, por tanto, deberíamos de atender a las dos, y el contenido de los cursos debería de oscilar, en función de la composición de los grupos, entre temas más orientados a la prevención y temas más asociados a la rehabilitación ante determinadas incapacidades más o menos presentes.

- Al respecto, quizá fuera de utilidad que dispusiéramos (mediante encuesta) de un diagnóstico en estos términos de la situación en salud de las mujeres de cada aula. Ello nos ayudaría sobremanera a determinar qué temas podrían ser de interés más o menos mayoritario⁹⁹.

En cualquier caso, en el informe utilizamos los términos "prevención" y "rehabilitación" en otro sentido, más orientado al enfoque general de los cursos. Se proponía un enfoque general (rehabilitación) más sensible al postulado general de "añadir vida a los años en vez de añadir años a la vida". En este sentido, nuestra propuesta era clara: que la obtención de la calidad de vida tuviera más importancia en los planteamientos y la orientación de los cursos que la prevención de la enfermedad. En nuestra propuesta, por tanto, no había intención de diferenciar el planteamiento en función del tipo de mujer.

EQUIPO DOCENTE:

i) Los planteamientos que se hagan que sean desde un enfoque positivo.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Quizá con esto querías decir lo mismo que acabamos de decir.

EQUIPO DOCENTE:

j) Hemos trabajado los temas de forma superficial con la idea de que tuvieran una visión de un poco de todo, por lo que hay que abordar la profundización en ellos.

k) Adaptarse a su petición profundizando en los temas seleccionados.

EQUIPO INVESTIGADOR:

*De acuerdo en la idea de profundizar, siempre y cuando tengamos claro en qué sentido debemos de profundizar. No creemos que las mujeres pretendan convertirse en especialistas en determinados temas médicos. Posiblemente la profundización debería ir en la dirección de ofrecer a las mujeres más **claves prácticas** para dominar e incorporar a su vida el tópico en cuestión en la dirección propuesta de la rehabilitación.*

99 Incluso podría plantearse realizar talleres en los que el objetivo fuera claramente el manejo de una determinada enfermedad, en el sentido rehabilitador antes mencionado, dirigidos sólo a las personas interesadas (que probablemente fueran enfermas y familiares), pero no insertados en la programación general.

EQUIPO DOCENTE:

l) Los temas elegidos trabajarlos profundizando en las 3 áreas: conocimientos, actitudes y habilidades.

EQUIPO INVESTIGADOR:

De acuerdo, siempre y cuando no perdamos la perspectiva de que estamos ante población adulta, a la que no hay que vencer, sino con-vencer¹⁰⁰.

EQUIPO DOCENTE:

m) Valorar a cada grupo en su contexto y con sus características, individualizando en la programación y en la intervención.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Ya propusimos antes una posible encuesta. A parte de datos de salud, deberíamos de conocer claramente la composición en función de la edad, la clase social y la situación civil o familiar.

EQUIPO DOCENTE:

n) Desarrollar habilidades de cuidadoras, potenciándolas.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Nos remitimos a lo dicho anteriormente al respecto del cuidado. Las habilidades sirven poco si no se tiene a quien cuidar; la propuesta va más en la dirección de trascender el cuidado personal hacia un cuidado más comunitario (que conllevaría otras habilidades a desarrollar).

EQUIPO DOCENTE:

o) Petición Alzheimer (AULA C), plantearnos desarrollar habilidades de cuidadoras en relación con esta enfermedad creando agentes de salud en esta patología o en otras que también puedan ser demandadas.

EQUIPO INVESTIGADOR:

*No tenemos claro que ésta sea la dirección a seguir, puesto que implicaría responsabilizar a determinadas mujeres en tareas que no tendrían que ser de su exclusiva competencia. Habría que precisar bien la razón de la demanda del AULA C: ¿viene por un interés genérico o indeterminado asociado al miedo a envejecer, o porque en ese grupo hay muchas mujeres con el problema concreto de tener que atender a personas con tal incapacidad? Nos extraña, por nuestra parte, que la demanda venga por ahí. Posiblemente, una o dos mujeres están sufriendo ese problema y las demás proponen el tema **para ayudarlas**. El curso demandado no sería, por tanto, el del cuidado del Alzheimer, sino el cuidado de las cuidadoras de personas con Alzheimer, lo cual es bastante distinto.*

No nos gusta la vía de formar agentes de salud¹⁰¹. Aparte de parecernos relativamente injusta, creemos que implica conocimientos bastante indiferentes a la mayoría de las mujeres de los grupos. Quizá hayamos sido

100 Cuando se trata de actitudes, ni siquiera habría que convencer, habría que facilitar. Si la persona tiene una determinada actitud juzgada por nosotros como negativa, nuestra función no sería atraerla hacia el lado contrario, sino analizar con ella las causas que la llevan a tener esa actitud, las posibles consecuencias y, en caso de que decida cambiar de actitud, facilitarle las habilidades que necesite para efectuar ese cambio.

101 Esta afirmación, en su literalidad, ha sido muy cuestionada, tanto por miembros del equipo docente como del equipo investigador. Hemos preferido mantenerla tal cual porque estaba inserta en un documento previo. No obstante, es conveniente que se discuta aquí su alcance. Parece claro que cualquier actividad de Educación para la Salud tiene como objeto preferente el formar agentes de salud; no tendría, por tanto, sentido que se recomiende al grupo docente que abandone semejante estrategia, prácticamente constitucional a su actividad. En el texto, en cualquier caso, no se pretendía cuestionar esa finalidad general, sino sólo la tendencia específica a sobre-responsabilizar a la mujer, desde su función previa de cuidadora, en actividades directas de cuidado. Lo que nos preocupaba era el posible refuerzo del rol de cuidadora, el transmitir a la mujer, directa o indirectamente, su responsabilidad en el ámbito del cuidado, como si su propio sentido personal se agotara en realizar o no un cuidado directo de personas. El agente de salud es, efectivamente, alguien que puede difundir buenos hábitos en salud; pero eso es algo muy distinto a que, además, devenga responsabilizado de los resultados.

nosotros quienes hayamos introducido al respecto un factor de confusión. Cuando hablábamos del cuidado fundamentalmente nos referíamos al cuidado que desarrollan las mujeres entre sí en el seno de las aulas. En ese contexto, se demandaban cursos para ayudar a la compañera que tenía tal o cual problema de salud o de otro tipo; no se trataba tanto, como consecuencia, de capacitarse para cuidarlas, como de saber cómo ayudarlas y empatizar con ellas en la situación delicada en que se encuentran. En general, no es tanto el tratamiento (médico) de la enfermedad lo que interesa, como el tratamiento (psicológico y social) de la persona que se encuentra en una situación vulnerable determinada.

EQUIPO DOCENTE:

p) Establecer talleres con una continuidad semanal, no mensual como ha ocurrido.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Tenemos dudas de que esta posibilidad interese al grupo. ¿Qué ganaríamos, en cualquier caso, con ello?¹⁰²

EQUIPO DOCENTE:

q) En cada taller sería recomendable la participación de 2 educadores de los cuales uno mantendría la continuidad con el grupo para mantener el hilo conductor del proceso educativo.

EQUIPO INVESTIGADOR:

Si esto es posible, nos parece una buena idea.

EQUIPO DOCENTE:

r) Realizar dinámicas más participativas para romper la dependencia técnico-usuario.

EQUIPO INVESTIGADOR:

*La actividad de la participación hay que dotarla de contenido. Si la tarea únicamente es hablar, tampoco creemos que los niveles de participación alcanzados precisen de mejora. Otra cosa es que el grupo tenga **una tarea concreta que realizar** que suponga su participación (seguimos con la idea de implicarlas en una evaluación continua¹⁰³).*

EQUIPO DOCENTE:

s) Valorar como devolver a los grupos esta investigación sin que se sientan criticadas.

EQUIPO INVESTIGADOR:

¿Han sido criticadas las mujeres en el informe?

102 Esta idea de realizar sesiones intensivas fue reconsiderada en la reunión conjunta posterior. En el epígrafe siguiente se refleja la discusión realizada al respecto.

103 Cabría identificar al menos dos niveles de participación por parte de las mujeres:

- Uno más nuclear, que tendría que ver con lo comentado anteriormente (análisis de su realidad, búsqueda de alternativas, etc.), cuya pertinencia debería de ser analizada cuidadosamente.

- La participación durante los talleres, que a mi modo de ver es de vital importancia para que pueda llevarse a cabo la recomendación sensible a las condiciones vitales de la que se ha hablado. Esa participación tendría varios objetivos, entre los cuales destacaría los siguientes: a) Dar a conocer la realidad del grupo al profesional y hacerla consciente para las propias mujeres; y b) en la búsqueda de soluciones a los problemas, ellas mismas pueden aportar ideas muy interesantes, o permitir adaptar los consejos del profesional

Nuestra preocupación iría referida no tanto a dotarla de contenido (contenido siempre va a tener, se trata de sus vidas y nadie mejor que ellas para hablar), como a la importancia de emplear técnicas o dinámicas que permitan conseguir el objetivo final, y que el grupo no se convierta, como quien dice, en un corral de gallinas en el que cada una habla de una cosa distinta y, en conjunto, se divaga sobre el tema.

5.2.2. Propuestas del equipo investigador

ORGANIZACIÓN DE LAS TEMÁTICAS. En los grupos creemos que es interesante desarrollar los siguientes bloques de temáticas, con las cuales se podría elaborar el cóctel de la programación anual.

1º La prevención del deterioro. Lo que mueve a las mujeres a demandar saberes en esta dirección es, fundamentalmente, el mandato que se imponen de no ser una carga para sus familiares. Sienten la obligación, por tanto, de cuidarse para alargar el tiempo de su **autonomía**.

Básicamente, este bloque implicaría cuatro temáticas generales de autocuidado¹⁰⁴:

a) **Alimentación.**

b) **Ejercicio físico.**

c) **Ejercicio mental.** (memoria, relajación, etc.)

d) **Autocuidado psicológico** (depresión, duelo, afrontamiento de la vejez, afectividad y educación sentimental; reelaboración de su biografía, etc.)

En todos estos temas el problema fundamental a abordar es, posiblemente, **la desgana**, o la pérdida de motivación. Al respecto habría que trabajar, en el diseño de los cursos, con dos estrategias:

a) La **relajación** de ciertas prescripciones: dar lugar al placer, a la excepción, la trasgresión controlada, etc.

b) La propuesta de **fórmulas lúdicas**, de entre las cuales la más eficiente es el trabajo reforzado en grupo¹⁰⁵.

2º El cuidado de las otras. El interés por la enfermedad se desarrolla ante la necesidad de cuidar a las otras del grupo que están enfermas o tienen algún otro problema grave que afecta a sus vidas. El saber que interesa no es tanto el saber de los riesgos, de las causas o del proceso de la enfermedad (ámbito ante el que se desarrolla, además, una elevada aprensión), sino el de los cuidados o la ayuda que quepa prestar a una persona que se encuentra en tales circunstancias, unido a la posibilidad de comprender de forma empática sus problemas.

En este capítulo es obligada una adaptación a la demanda, puesto que son los problemas concretos y reales de las mujeres de los grupos los que motivan el deseo de saber. Sabemos, en cualquier caso, que es muy probable que aparezcan temas como los siguientes, típicos de la vejez:

- La artrosis.
- La diabetes.
- La hipertensión.
- El dolor.
- La depresión.

¹⁰⁴ En cualquier caso, sería importante crear conciencia de que el objetivo es mantener la autonomía, y no ese ideal de salud consumista al que frecuentemente apelamos los profesionales. Transmitir la idea de la salud como un medio (en este caso para conseguir la autonomía y todo lo que ello conlleva), y no como un fin en sí mismo. En este caso, por ejemplo, por intentar llevar a la práctica la devolución a los grupos de este estudio, podría realizarse con ellas una reflexión previa sobre todo esto, antes de empezar directamente a hablar sobre, por ejemplo, alimentación.

¹⁰⁵ Sobre todo, me parece importante tener en cuenta que cada uno mejor que nadie sabe calibrar la balanza entre "cuidarse y vivir". Lo que interpretamos los profesionales como desgana, en ocasiones no es más que una opción personal de vida que hay que respetar, de la misma manera que se hace con un paciente que decide no someterse a una intervención. Nuestra función por lo tanto sería la de crear conciencia, no mala conciencia.

- El duelo (como se ve hay temas que pueden ser tratados desde los dos puntos de vista, como prevención y como ayuda a los sujetos que padecen el problema)
- La invalidez-dependencia.
- El cuidado a dependientes (alzheimer, etc.)
- El cáncer.
- Etc.

2º **La sensibilidad hacia los demás.** Como dijimos más arriba, creemos que es muy importante de cara a la, podríamos decir, "salud social" de estas mujeres el despertar su sensibilidad y aumentar su conocimiento hacia problemáticas generales que afectan a la salud de la comunidad.

Temas posibles al respecto han sido ya indicados más arriba. Probablemente ellas mismas puedan generar también otros temas que les más sean afines que los propuestos.

5.3. Discusión final: decisiones operativas

Como se dijo, el documento anterior sirvió de base para la última reunión de discusión entre el equipo investigador y el equipo docente. Previamente se realizaron otras dos reuniones, en las que se intercambiaron impresiones acerca del texto de evaluación; pero en realidad sólo en esta última¹⁰⁶ se avanzó claramente en la propuesta de **nuevas vías de acción**. En este epígrafe pretendemos resumir las decisiones más importantes tomadas al respecto.

En el plano organizativo, destaca como innovación la instalación para el futuro de una nueva figura y de una nueva función: la de **responsable de grupo**. Cada grupo de mujeres, cada aula, tendrá a partir de ahora un responsable estable en el equipo docente, que asistirá a todas las sesiones de formación que se realicen, con independencia de que sea o no en ese momento el encargado de impartirlas.

Semejante innovación puede aparecer a primera vista como puramente marginal o secundaria; pero, si se piensa bien, se advertirá su elevada importancia potencial de cara a paliar problemas detectados en la evaluación y, por tanto, para mejorar sensiblemente las intervenciones realizadas.

- El panorama anterior era, efectivamente, el de una panoplia de intervenciones diversas, que efectivamente tenían sentido y unidad, pero un sentido y una unidad que remitían en gran medida un **saber exterior** que había que **conculcar**, más que a las necesidades reales y vitales de los grupos de mujeres a quienes se dirigía. Un esquema que, básicamente, a lo que llevaba es a reproducir **la dependencia**, que es, como se vio, uno de los problemas estructurales esenciales de este tipo de grupos de mujeres.
- La figura de un responsable estable augura la posible instalación de un **diálogo fructífero entre oferta y demanda**, entre los docentes y las mujeres; diálogo que, en cierto modo, existía ya antes (por la mediación de la coordinadora y por las evaluaciones realizadas), pero que en la práctica tenía un carácter más formal que real. En realidad, quienes decidían y conformaban los cursos eran los propios técnicos; unos técnicos que, además, apenas podían asegurar un feed-back con los grupos, puesto que cada intervención individual era, inevitablemente, puntual y discontinua.

La figura del responsable estable, desde ese diálogo entre oferta y demanda, asegura muchas cosas.

- Asegura, obviamente, que los cursos propuestos correspondan más atinadamente con los núcleos de interés concretos de las mujeres. Para ello es claro que tiene que desarrollar una **experiencia concreta**, que integre los éxitos y los fracasos de las sucesivas experiencias docentes realizadas con el grupo, estableciendo correcciones, y configurando progresivamente una oferta más adaptada.

106 Que estuvo precedida de una reunión interna del equipo docente, que refleja a modo de acta el documento anterior.

- Una oferta más adaptada, pero también necesariamente **más profunda**. La superficialidad en que se han movido hasta ahora los cursos -y que representaba, como se vio, una de las "críticas" más claras que las mujeres efectuaban sobre ellos- podría superarse siempre y cuando exista una figura vigilante de la satisfacción o insatisfacción de las mujeres ante las sucesivas sesiones. Es claro que este responsable debe pulsar las reacciones de las mujeres ante cada intervención y, por tanto, realizar una **evaluación continuada** de todo el proceso.
- El responsable de grupo se convierte en un elemento clave para asesorar en la preparación de cada sesión formativa al técnico que puntualmente se encargue de ella. Indicarle, por ejemplo, qué enfoque debe de adoptar, en qué puntos interesaría más incidir, o qué dinámica es la más adecuada o más efectiva en relación al tópico en cuestión. La función es interesante, porque en muchos de los casos el técnico docente se siente, al menos en las primeras sesiones, inseguro y desorientado ante la forma en que debe de enfocar una tarea en muchos casos nueva para él¹⁰⁷.
- El responsable, en la medida en que acude a todas las sesiones, puede y debe asumir un papel en ellas que exceda la función pasiva del observador. Idealmente esa figura debería de ser la encargada de dirigir la **dinámica participativa grupal**, relevando eventualmente al técnico de esta función en la cual puede perfectamente no estar dotado y que exige, además, un conocimiento **concreto** y en profundidad del grupo en cuestión¹⁰⁸.
- El que haya alguien estable que en todas las sesiones organice, supervise y excite la comunicación grupal creemos que obvia uno de los "frenos" más importantes que el grupo docente ha manifestado a lo largo de todo el proceso de evaluación en relación a posibles mejoras en la tarea docente. Nos referimos a la presunta incompetencia del técnico sanitario en cuestiones, cabría decir, "psicosociales". Es cierto que semejante formación es bastante deficiente en el currículo de los profesionales sanitarios, pero también creemos que la capacidad para comprender y ponerse en el lugar del otro es universal, y que cualquiera puede desarrollarla siempre y cuando disponga de interés y tiempo para dialogar e intercambiar con el otro¹⁰⁹. El responsable, en la medida en que se coloca en una relación continuada con el grupo, inevitablemente desarrollará tarde o temprano un saber concreto "psicosocial" sobre ese grupo, que suplirá con creces la falta de dominio previo en saberes abstractos de psicología o sociología¹¹⁰.
- Al final de todo, el responsable de grupo será el encargado de, conjuntamente con el grupo de mujeres, evaluar globalmente la experiencia y de realizar la programación anual. Está claro que esta vía favorece la mejora de tales procesos, en el sentido de hacerlos más directos y menos arbitrarios e insensibles a la realidad del grupo.

107 Creemos que, incluso, este marco de actuación podría favorecer una mayor participación en las sesiones de educación para la salud de profesionales otrora reacios a este tipo de actuaciones (nos referimos fundamentalmente a los médicos).

108 No parece obligado, en cualquier caso, establecer en todos los casos de antemano el responsable de la dinámica grupal, decisión que dependerá en gran medida del profesional que esté colaborando en ese momento. Habrá algunos que podrán dirigir el grupo sin problemas, otros que precisen colaboración a la hora de diseñar y elaborar el taller, pero que luego puedan dirigir el grupo, y otros cuya su aportación sea exclusivamente la de ofrecer conocimientos específicos en una materia. En cualquier caso, habría que insistir en que el papel del responsable no sea el de un observador completamente pasivo, ya que durante la dinámica puede perfectamente, desde su experiencia acumulada, facilitar la expresión de ideas o pensamientos por parte del grupo.

109 Ello no excluye la posibilidad de que los profesionales puedan en un momento determinado hacer uso de los recursos existentes en su entorno cercano, solicitando colaboración o asesoría de otros profesionales que sí tengan esa formación (por ejemplo, la Agente de Igualdad, etc.)

110 Ello no es óbice para que no se recomiende la formación en tales aspectos. Especialmente, la formación en técnicas de **dinámica de grupos** parece particularmente recomendable. No obstante, insistimos, creemos que es un error el poner la falta de formación como obstáculo. Carece de sentido que, para hacer educación para la salud, el técnico sanitario se convierta en psicólogo o en sociólogo: lo que se precisan son técnicos sanitarios "sensibles". Por lo demás, ningún psicólogo ni ningún sociólogo podrían hacer adecuadamente educación para la salud.

- Como última ventaja quisiéramos hacer notar su valor de cara a equilibrar el nivel de responsabilidad entre todos los miembros del equipo docente. Aún cuando no se haya tocado directamente el tema en el informe, creemos que es un problema importante relativo a la organización la existencia entre los miembros de distintos niveles de responsabilidad y compromiso en el devenir de los cursos. Al crear la figura del responsable estable de grupo equilibramos la responsabilidad de todos, porque cada uno de ellos obtendrá un ámbito de competencia **que no se puede delegar**, porque está basado en un compromiso directo con cada grupo de mujeres. A la larga ello favorecerá, incluso, la comunicación interna en el grupo docente, porque el intercambio de experiencias se percibirá prontamente como una necesidad ineludible entre sujetos que comparten responsabilidades y tareas similares.

Otra propuesta importante de acción surgida de ese proceso de discusión fue la de realizar intervenciones docentes **más intensivas**. Hasta ahora las sesiones se programaban **una vez al mes**, sobre temas normalmente desconectados unos de otros. En semejante contexto es obvio que hay poca oportunidad tanto para profundizar en los temas como para asentar en la práctica los conocimientos adquiridos; dos problemas detectados en el estudio, cuya solución, en cualquier caso, chocaba de algún modo con el problema de una agenda sobre-saturada de actividades por parte del grupo de mujeres.

En la discusión se decidió negociar individualmente con cada grupo de mujeres la posibilidad de realización de tales "cursos intensivos", pero quedó un tanto en el aire la cuestión fundamental de su definición: qué temas merecían un abordaje semejante, cuál sería la dinámica docente adecuada y cuáles serían los recursos técnicos necesarios. Hay que aceptar, en cualquier caso, que esta proposición de un **nuevo formato** en los cursos abre la posibilidad de incidir en profundidad en temas especialmente importantes para la salud las mujeres.

El estudio puede dar pistas al respecto de prioridad de unos u otros temas desde la perspectiva de las mujeres; pero, en cualquier caso, creemos que ese nuevo formato abre un camino interesante en la dirección de organizar la programación desde el **tratamiento contiguo de temas afines o relacionados**. Con independencia de que podamos o no aumentar la frecuencia de los cursos, creemos es una buena idea ordenar los temas de forma que unos cursos remitan con facilidad a otros y que estén, por tanto, lógica y vitalmente relacionados.

En un sentido similar, también sería probablemente una buena idea el **abordar secuencialmente cada tema desde varios puntos de vista**, y repetir aproximadamente esa pauta en temas sucesivos. Por ejemplo, si tratamos una enfermedad, abordar en una primera sesión su conocimiento de su naturaleza clínica, en una segunda sesión su prevención (prevención primaria) y en una tercer sesión su rehabilitación (prevención secundaria)¹¹¹.

Es claro que ambas pautas de organización, a parte de favorecer la memorización y la repentización, generan un proceso más intenso de inmersión en el tópico que a la larga debe de favorecer la eficacia de cara a incidir en el comportamiento.

5.4. Valoración subjetiva final del proceso por parte del equipo docente

Como cierre final al proceso el equipo de investigación pidió a los miembros del equipo docente que hicieran una **valoración personal** de lo que supuso para ellos el proceso de evaluación. Creemos que ese punto de vista privado es importante de cara a determinar el resultado final de la experiencia de evaluación. Siempre es importante que, como resultado de una evaluación, se produzcan cambios objetivos en la forma de funcionar, pero es usual ignorar –en gran medida porque es muy difícil de aprehender– el que quizá sea el cambio más trascendente, el que se produce en los

111 Teniendo en cuenta, además de la secuenciación, la ponderación –y su consecuente traducción en tiempo de dedicación– vinculada a la importancia que cada punto de vista tiene vitalmente para las mujeres (el punto de vista de la rehabilitación, como se ha visto, es previsiblemente el más importante, y el que, como consecuencia, mayor dedicación debería de obtener)

sujetos (en sus actitudes, en su forma de abordar a partir de entonces la tarea), que es al fin y al cabo lo que garantiza que se produzcan en el futuro cambios sensibles en una u otra dirección.

A continuación se presentan los resultados de esa valoración subjetiva. No encontramos otra fórmula para dar cuenta de los cambios producidos a nivel personal que la expresión literal declarada de los sentimientos de lo que para cada uno de los integrantes del equipo docente supuso el propio proceso de evaluación. Semejantes "declaraciones" creemos que no precisan de ningún tipo de comentario: expresan por sí mismas lo que para cada sujeto, en su radical particularidad, ha percibido como un cambio.

Docente nº 1:

- *Agradecimiento a todos los que ha colaborado en esta evaluación por la dedicación, tiempo y esfuerzo que supone.*
- *Sensación gratificante por que otros opinen de lo que he hecho y creo.*
- *Pensar y reflexionar sobre lo aportado y lo que se puede aportar a estos grupos de mujeres.*
- *Ver que no estamos tan equivocados*
- *Positivo el sentarse a pensar, hablar y reflexionar sobre lo que hacemos y podemos hacer, para mejorar nuestra forma de diseño y planificación de las actividades de EpS con estos grupos.*
- *El tener presente que los grupos de mujeres es lo fundamental y las que va dirigida nuestra actuación y hacer.*
- *Que las mujeres de cada grupo son diversas y distintas entre sí y entre los grupos.*
- *Estoy de acuerdo en que un producto inicialmente tosco, ha ido convirtiéndose paulatinamente en un producto más elaborado, debido a la adecuación de la demanda de las mujeres, de las monitoras y por supuesto de los profesionales de la Salud, lo que ha producido una adaptación de la actividad más concreta a las necesidades de las mujeres.*
- *Creo que deberíamos continuar con estos grupos, después de la lectura del trabajo y reflexión, porque ambos nos necesitamos, ellas (las mujeres) aumentan sus conocimientos y les ayuda en su quehacer diario y nosotros tenemos que aprender nuevas cosas que poder ofrecer a la población, y a su vez ellas solicitan ya que la Educación para la Salud es algo que puede y debe ser demandado por la población.*
- *Creo que el Feed-Back entre el docente (técnico) y el grupo (mujeres) sí se daba.*
- *Me parece que las monitoras del grupo han sido fundamentales como cadena de transmisión de las necesidades y preferencias del grupo, aunque tenemos que considerar que en esta nueva etapa se dé más proximidad y protagonismo a las mujeres del grupo, para decidir temas y realizar la evaluación.*
- *El que seamos nosotros los que decidamos los temas que tratar, sabiendo de antemano cuales son sus preferencias y al final sean ellas las que decidan entre los temas seleccionados (las alternativas).*
- *Tenemos que reflexionar en que "hay que enseñar a estas mujeres a valorar su historia y su experiencia" cosa que en algún momento no tuvimos en cuenta o no se lo supimos hacer ver, dando la importancia que tiene la vejez, ya que la juventud es una etapa que ellas tuvieron y pasó sin que eso sea malo o peyorativo.*
- *También es verdad que a veces pensamos que deben ser cuidadoras, y el término "sensible a los demás" me parece que está bien y puede ser el apropiado.*
- *Al referirnos a profundizar en temas, no era el formarlas en especialistas, sino que tuvieran más recursos y conocimientos mediante la incorporación a su vida de lo que tienen a su alrededor y puede incorporar a su quehacer diario.*

- *El deseo de alargar la autonomía que tienen estas mujeres para no ser una carga para su familia, es lo que nos llevaría a tener en cuenta lo que proponéis como equipo investigador, que serían temas de auto-cuidado como la alimentación, ejercicio físico, ejercicio mental y auto-cuidado psicológico, cosa que nosotros utilizamos más en el cuidado de las otras y no de ellas.*
- *Aunque si debemos tener en mente los temas que les interesan para el cuidado de los demás (artrosis, diabetes, hipertensión, duelo, depresión.....) ya que hemos constatado que tienen una predisposición a preocuparse por la salud de los otros.*
- *Quisiera agradecer personalmente el esfuerzo que os ha supuesto al grupo investigador la elaboración de este magnífico trabajo, el interés y entusiasmo que demostrasteis desde el primer día, ya que era muy difícil el poder haberlo hecho nosotros que no sabíamos cómo ni dónde encontrar bibliografía en la cual poder apoyarnos. También el que fuerais personas ajenas a nuestra organización, vuestras opiniones basadas en la metodología y análisis han sido objetivas y con otro tipo de implicación.*
- *Para terminar, daros las gracias por haber hecho que despertáramos y nos sentáramos a pensar para analizar lo que hacíamos, y reflexionar como hacerlo mejor, ya que es una parte importante de nuestro hacer diario y que tenga sentido el ser útiles a los demás.*
- *Muchas gracias a todos.*

Docente nº 2:

- *Tener la oportunidad de realizar una evaluación a un proceso de EPS, que tan difícil es de encontrar en la bibliografía, y que parece que siempre se hace en otros países (Canadá, Finlandia...)*
- *Trabajar con una institución (Salud Pública) que siempre valoramos como fuera de la acción, por lo que la aportación de análisis, metodología, me ha supuesto valorar otras opciones de profesionales que trabajan en este campo desde otro lugar.*
- *Que sea el grupo de mujeres el evaluado me aporta otras visiones que no tenía y, dado que es con el grupo que trabajamos mayoritariamente en salud tanto en domicilio, como en consulta. como en EpS grupal, me parece que ya este dato justifica lo evaluado.*
- *El informe me ha hecho moverme en dos posiciones, encontradas: Desde la primera parece que lo hecho sí que tiene una repercusión en salud, y desde la segunda puede que no tenga ninguna y sí que tenga otras repercusiones en otros ámbitos.*
- *La propia discusión entre nosotros (EAP) me ha posibilitado ver a mis compañeros desde otro lugar.*
- *Pensar que en este Proyecto el objetivo era acercarnos a la población desde otro lugar, no desde el del técnico sanitario y su espacio. Parecería que hemos sido muy técnicos.*
- *También otra premisa que lo hacía diferente es que los temas fueran negociados con ellas, para que no pasara lo que venía pasando con procesos de EpS grupales, que se iniciaban pero luego no había continuidad en la asistencia; y los temas fueran más los que los profesionales considerábamos oportunos, bien por petición institucional (cartera de servicios), bien porque nos venía bien ó creíamos que era una necesidad de la población.*
- *En estas intervenciones si se ha conseguido la permanencia en la asistencia y continuidad, pero parece que la investigación deja entrever la dependencia.*
- *El pensar los enfoques desde otro lugar (mensajes positivos, valorar su existencia, enfoques solidarios, convencer, no vencer, no culpabilización).*
- *Otra aportación es trabajar en potenciar el empoderamiento en las mujeres; me parece que tengo que profundizar en este apartado.*

- *Otra aportación, que creo queda recogida, es pasar del descuido al interés por el cuerpo. No obstante, siempre aparecía un "pero": es malo cuidarse demasiado, que el cuidado no sea la actividad vital exclusiva. Es por lo que creo que a lo mejor puede haber otras actividades tan importantes en el aula como la de salud. Creíamos que le iban a dar más importancia a las actividades de salud de lo que aparece en el análisis.*
- *El pensar que las mujeres buscan una solución a su angustia y que les damos al respecto normas de salud. Sin embargo, yo tenía la percepción de que no trabajábamos tanto desde la norma. A veces podemos confundir los mecanismos de participación con que estos conlleven ausencia de pautas normativas.*
- *De nuevo, cuando lo leo, me parece un nuevo documento, que me vuelve a hacer replantear otros aspectos que no había considerado en lecturas anteriores.*
- *El primer planteamiento: darme cuenta de que el objetivo prioritario era la extensión de la actividad y la adaptación a las demandas; aunque hemos visto cómo esta adaptación era, en cierto modo, ficticia, que fue el resultado del dialogo entre coordinadoras y sanitarios, no entre grupo y docentes.*
- *También me resulta importante la difusión, porque la evaluación descubre aspectos novedosos, que no estamos teniendo en cuenta en las actividades comunitarias, y es importante difundir.*
- *Otra novedad es trabajar sobre los **presupuestos** (los que tiene el profesional, que puede que no los tenga la institución; los que tienen los usuarios, que puede que en principio no tengan la necesidad y se le cree en el desarrollo de las actividades.*
- *El haber conocido la evaluación como un dialogo entre los dos sujetos: mujeres y sanitarios que, aun no estando presentes, estaban en los informes y el análisis. Y el Equipo investigador que, en ese equilibrio entre la distancia y la cercanía, ha permitido la revisión crítica y ese dialogo.*
- *En relación a los objetivos, creo que se han cumplido y que han surgido otros no esperados, como el conocimiento de las mujeres desde otros lugares que no se manifiestan en los grupos; es decir, el interpretar esos discursos nos ha acercado más a su realidad, y a la nuestra en relación con ellas. Otro objetivo que no estaba planteado es un enfoque del cuidado desde las necesidades de las mujeres distinto a como lo entendemos los sanitarios, que es de utilidad tanto para la actividad grupal, como para la individual.*
- *Diría que la frase estrella de este documento, por literaria, poética y alentadora, es: Si no reflexionamos posiblemente seremos más felices, pero nuestra acción será siempre ciega para nosotros mismos. Y si actuamos ciegamente perdemos el control de nuestra acción, no somos sujetos, sino objetos de ella.*
- *Para el ejercicio de la omnipotencia del sanitario, nada como saber que las mujeres van al aula sobre todo para:*
 - Superar ánimo.
 - Huir de la soledad.
 - Salir de la depresión.
 - Salir del infierno.
 - Salir de casa, una evasión.
 - El cuidado de sí.
- *Es una institución terapéutica, de autoayuda, dependiente, la familia sustitutoria. Pasar de aprender a actuar sería la actividad comunitaria, generar la acción social ¿Pero cómo? ¿Quién?*
- *El espacio terapéutico que cumple el Aula las hace más dependientes, es la familia sustitutoria. Plantearse pasar de aprender (a cuidarse, a mejorar la autoestima) a la acción comunitaria, generar acción social ¿Cómo se hace esto?*

- *El otro capítulo es los hombres, los grandes ausentes ¿Cómo conseguimos una vía de compenetración con sus parejas, que sienten este espacio como una amenaza para el hombre y para la pareja?*
- *Otro aspecto tan de moda es el discurso de la autoestima: actúa como culpabilizador de no saber cuidarse, "autoestimarse"...*
- *Parece que no es que se hallan olvidado de su cuidado, sino que a los que cuidaron se han olvidado de ellas.*

- **Las pistas que nos ofrece esta evaluación:**

Talleres relacionados con:

- *Duelo*
- *Depresión*
- *Envejecimiento*
- *Bálsamos para la soledad*
- *Ejercicio grupal*
- *Manejo del dolor*

- **Enfoques que nos ofrece:**

- *Cuidarse para ampliar los límites, no para ser esclavo del cuidado.*
- *Recuperar el valor de enseñar. Los viejos enseñaban y pareciera que ahora los espacios son para aprender; tienen que volver a ser aprendices para tener valor.*
- *¿Dónde están los hombres? Están al margen, conseguir una vía de compenetración con su pareja.*
- *La actitud, de que todo lo que me den me vale. "Ellos saben" (los técnicos).*
- *Trabajar saberes que les permitan normalizar su vejez, reconciliarse con ella y no negarla.*
- *La figura del responsable del grupo, que se mantendría como hilo conductor, y a la vez equilibra el reparto de competencias.*
- *Que las intervenciones sean más intensivas en la profundización de un mismo tema (conocimiento clínico, prevención, rehabilitación).*
- *Entender que se ayudan permitiéndose transgresiones. Quieren saber hasta donde pueden llegar, no lo que no pueden hacer.*
- *La preservación del cuerpo no siempre es buena para el alma.*
- *No tener el prejuicio de no proponer temas los técnicos...*

Docente nº 3:

- *La investigación me ha dado la oportunidad de reflexionar sobre qué estamos haciendo con estos grupos.*
- *Creo que para nadie es nuevo el hecho de replantearnos nuestras actitudes, aptitudes, habilidades, contenidos y formas de hacer las cosas.*
- *En parte, la sensación de no haber hecho todo lo que realmente se debe. Muy posiblemente ello sea consecuencia de no haber tenido una planificación correcta y habernos dejado llevar por sus indicaciones y sus demandas, aunque hayan sido claramente dirigidas.*
- *Mi visión sobre mí misma es que necesito más formación de éste tipo. Posiblemente no sepa manejar actitudes; a pesar de poner todo mi empeño en poner empatía, necesito más conocimientos al respecto.*

- *Sobre todo me ha hecho reflexionar sobre las alternativas de las mujeres de estas características y las posibilidades reales que tenemos a nuestro alcance para poder ofrecerles y responder a su demanda, cosa que para mí es harto difícil, (vuelvo de nuevo a mis limitaciones). Considero que es algo que todavía tengo pendiente.*
- *La posibilidad de ser evaluada desde fuera por alguien externo y sin ningún tipo de implicación ha sido muy gratificante y, sobre todo, aleccionador en tanto en cuanto las cosas se ven desapasionadamente y, por supuesto, de forma mucho más objetiva.*
- *He compartido opiniones con mis compañeros y, por primera, vez he conseguido tener tiempo para hablar de todo ello, y así poner en común nuestros sentimientos, sensaciones y desazones.*
- *Ha sido una gran oportunidad para plantearnos nuestro trabajo, saber qué estamos haciendo y por dónde continuar.*

5.5. Valoración subjetiva final del proceso por parte del equipo investigador

Quizá el elemento que más ha preocupado durante todo el proceso al equipo investigador ha sido el riesgo de introducir en el grupo docente una suerte de nihilismo, de pérdida de principios, y de generar, como consecuencia, **impotencia para la acción**. Este es, efectivamente, el riesgo que se corre cuando se revisan y evalúan los presupuestos para la acción: al relativizar necesariamente dichos presupuestos¹¹² podría parecer que el suelo que pisamos se nos torna inestable.

De hecho, en varios de los momentos del proceso de intervención se percibieron claramente en el grupo docente¹¹³ los síntomas de esa preocupante enfermedad del ánimo del nihilismo: la sensación de que la experiencia previa carecía de valor y el derrotismo vinculado a cualquier posible acción futura realizable desde los propios presupuestos. Ciertamente, nos sentimos en tales momentos alarmados e, incluso, culpabilizados ante los efectos de nuestra intervención. También nosotros tuvimos la impresión de que lo que hicimos carecía de valor, y también pensamos que habíamos embarcado inconscientemente al grupo en una tarea insensata y sin fundamento. A nosotros también nos atacó, como se ve, la enfermedad del nihilismo.

Pero fue finalmente el grupo docente quien nos sacó de esa negatividad. El grupo superó prontamente su desorientación y empezó a **actuar**; es decir, a plantearse nuevas metas y nuevos instrumentos para desarrollarlas. Parte de ese proceso de "vuelta a la acción" aparece reflejado en los epígrafes precedentes de forma parcial y difusa, pero, desde luego, también de forma **inconclusa**. En algún momento hay que parar y reflejar en un informe los resultados de un proceso de evaluación participativa; pero es evidente que el proceso en sí mismo no tiene fin, siempre que persista el grupo en su tarea, y siempre que mantenga el ánimo de mejorarla.

Esta reflexión concluye en una enseñanza, que quizá también le sirva al grupo docente para seguir su andadura: lo que nos salva, lo que legitima nuestra tarea no son tanto nuestros principios como la posibilidad de ser útiles a los otros sobre los que actuamos. A nosotros, como evaluadores, nos habéis salvado vosotros en la medida en que habéis sabido incorporar nuestro trabajo en vuestra acción. A vosotros, como educadores, os tienen que salvar las mujeres de las aulas, en la medida en que consigan, utilizándoos, mejorar su propia vida y su percepción de salud.

112 Relativizar no quiere decir –es importante que esto se entienda– desautorizar o negar su valor. El enfrentarnos a los principios como contingentes es, en cualquier caso, necesario para poder comprender al otro; que es la labor fundamental en la que nos habíamos embarcado.

113 En unos miembros más que en otros.

Es evidente, en cualquier caso, que todavía queda en el corto plazo una tarea que concluir, la tarea de devolver a las mujeres de las aulas los resultados del proceso de evaluación. Se trata de una acción prevista, cuya trascendencia no se le escapa ni al equipo docente ni al equipo investigación, pero cuyo cumplimiento depende sustancialmente de que las propias mujeres la demanden. El compromiso de pulsar el interés de los grupos y de, en su caso, organizar sesiones de devolución de resultados ha sido ya establecido entre el equipo docente y el equipo investigador. De semejante proceso cabe esperar, como es obvio, la modificación de muchas de las conclusiones consideradas hasta el momento; pero esta dinámica **permanentemente inconclusa** es precisamente la característica definitoria de la investigación-acción: el crear dispositivos que exciten en los agentes la discusión y la reelaboración de su práctica.

VI. DOCUMENTO RESUMEN

6.1. Situación de partida de las mujeres

- Sentimientos previos en las mujeres objeto de estudio de desorientación, depresión, frustración, angustia, soledad, etc. vinculados a circunstancias propias de la etapa vital (debilitación de los vínculos con hijos y nietos, jubilación del marido, viudez, primeros síntomas de la vejez, etc.)
- Miedo a la disminución del impulso vital, al dejar de valer en la misma medida para los otros (reducción de las demandas de cuidado de los seres queridos) y por no sentirse adecuadamente recompensadas en un plano afectivo por su entrega a lo largo de su vida (en tanto que madres, esposas, etc.)
- Propensión acusada a huir del espacio y del tiempo del hogar (que les devuelve constantemente cierto sentimiento de vacío existencial) y a ocupar el tiempo fuera de casa con amigas, apuntándose a múltiples actividades.

6.2. Efectos de las aulas

- Las aulas cobran para las mujeres una gran importancia, en la medida en que obtienen en ellas:
 - **Un espacio estable de relación personal** fuera de casa.
 - **Una oferta periódica de actividades** adecuadas a sus intereses para ocupar el propio tiempo.
- De la **relación interpersonal** que facilitan las aulas se obtiene fundamentalmente:
 - Un **fuerte apoyo emocional** de otras mujeres que se sienten en una situación vital similar.
 - La oportunidad de desplegar con ellas **la práctica de cuidado**, con una similar significación a la que desarrollaron en su vida con los propios familiares.
- De **las actividades** obtienen fundamentalmente:
 - a) Un modo programado de ocupar su **tiempo libre**.
 - b) Una oportunidad para **compartir** con otras mujeres.
 - c) La posibilidad, mediante el **conocimiento**, de superar carencias o frustraciones personales, y de afrontar positivamente su propia existencia (contrarrestando las tendencias depresivas aludidas)
 - d) Las actividades actúan, en este contexto, en gran medida como **analgésicos** para paliar cierta angustia vital previa.
- **La admonición a la autoestima** resume el enfoque fundamental de las intervenciones externas (desde diversas instituciones) que sobre los grupos se realizan. Las mujeres están, como efecto de esas intervenciones, implicadas en mayor o menor medida en un proceso ideológico personal de revisión de su "modo de estar en el mundo", cuyo objeto consiste recuperar la conciencia de valor, en tanto que personas, pero también en tanto que mujeres. De lo que se trataría idealmente es de superar una condición personal **pasiva, dependiente y desvalorizada** (asociada al rol femenino tradicional) por una condición **activa, independiente y valorizada**.
- El análisis se centra en identificar posibles **efectos contraproducentes, desviaciones o callejones sin salida** frente al objetivo general del **empoderamiento femenino**. Se ponen en evidencia los siguientes "problemas", que exigirían de acciones destinadas a corregirlos:
 - a) Se constata una **fuerte dependencia frente al grupo**. La realidad de las mujeres fuera del grupo sigue siendo la misma, puesto que apenas se plantea como objeto de transformación. Lo que encuentran dentro del grupo es una realidad alternativa que les sirve de bálsamo momentáneo, pero, en la medida que no se consigue transformar sensiblemente la situación de partida, la dependencia frente al grupo y su actividad se cronifica.

- b) El grupo no puede percibirse, como consecuencia, como algo provisional; para ellas opera como un lugar querido como **definitivo** de sociabilidad en el que encuentran un modo satisfactorio de equilibrar su experiencia vital.
- c) El grupo actúa en gran medida como un **espacio de "confidencia" femenina**, lo cual deja fuera de juego al hombre (a la pareja masculina), siendo, a pesar de los intentos, casi imposible en la práctica su incorporación a las aulas. Aun aceptando la función positiva que cumple ese espacio femenino desde la óptica de la revisión y la crítica de los roles tradicionales de género, se genera indirectamente el efecto contraproducente de dificultar a muchas de las mujeres la resolución de problemas en el marco de su realidad vital "real" de pareja.
- d) Las mujeres operan en relación a las actividades en gran medida como **sujetos pasivos y acríticos** frente a una institución externa que les ofrece actividades, supuestamente adecuadas a sus necesidades, y un espacio para realizarlas. No pueden, en ese contexto, sino demostrar gratitud por lo que se les ofrece gratuitamente, lo cual refuerza indirectamente la dependencia y las convierte en relativamente incapaces para juzgar o evaluar la oferta de actividades.
- e) El discurso de la autoestima corre el peligro de reproducir implícitamente mensajes e imperativos propios de la sociedad de consumo. El cuidado de sí (la atención al propio capricho) se contrapone al cuidado de los otros, actividad que deviene desvalorizada, de modo que toda la vida anterior de estas mujeres tiende a reinterpretarse negativamente en clave de equivocación o fracaso.
- f) La avidez por el aprendizaje que presentan estas mujeres refleja, entre otras cuestiones, esa desvalorización de su propia experiencia vital anterior. Lo hecho hasta ahora carece en gran medida de valor; se impone hacer borrón y cuenta nueva, y afrontar la propia experiencia desde nuevos parámetros que deben de aprender e interiorizar. Semejante proceso de aprendizaje implica el abordaje de la autoestima como un proceso iniciático de revolución "interior", altamente exigente, y desconectado de la propia experiencia y de la realidad en la que viven.
- Como correcciones frente a los problemas detectados se sugiere:
 - La reorientación de la finalidad y de la actividad de los grupos hacia el exterior, hacia la comunidad. Se propone, por tanto, introducir a los grupos en un **proceso constituyente** de identificación de su sentido en el marco de la realidad en la que viven.
 - Superación, por tanto, del estrecho margen del grupo como terapéutico, o de ayuda mutua a sus miembros. Lo terapéutico del grupo debería de estar vinculado a la actividad externa, y dejar de ser un fin en sí mismo, para pasar a ser un medio para otros fines.
 - El grupo debería de ser finalmente quien demandase actividades vinculadas a sus propios objetivos (como formación o capacitación, por ejemplo), y no un mero objeto de intervenciones externas supuestamente adecuadas a las carencias de sus miembros.
 - El nuevo sentido de la actividad de los grupos debe estar vinculado, lógicamente, a los intereses particulares de sus integrantes, pero también a la **situación vital común**. La situación vital más común de estas mujeres es la propia condición femenina, y los problemas vinculados a la jubilación de su actividad como cuidadoras y al proceso de envejecimiento en que están inmersas. La posibilidad de constituirse como grupo activo (sea formativo, sea de auxilio, sea reivindicativo) en la comunidad al respecto de esta problemática posiblemente sea la reconversión más "natural" de este tipo de grupos.
 - La diferencia consiste en conseguir pasar de la pasividad a la actividad, de la impotencia a la potencia, de la dependencia a la autonomía, de la atención a uno mismo a la atención a los otros, de la autoestima como proceso personal al empoderamiento como proceso en relación.

6.3. Efectos de los talleres de salud

- Los talleres de salud aparecen en estos grupos como actividad integrada y coherente con resto de actividades de las aulas. Presentan, como consecuencia, también los mismos vicios estructurales que aquellas.
- **El cuidado de sí en salud** aparece como un mandato auto-impuesto para conseguir salir de la depresión vital previa. Sintoniza, por tanto, perfectamente con el mensaje general de la admonición a la autoestima: cuidarse es una forma también de auto-valorarse. El cuidado físico y el cuidado psíquico son las dos caras de una misma moneda; ambos son necesarios en la estrategia vital individualista de colocarse a sí mismas (en cuerpo y alma) como objeto de solicitud.
- La salud se convierte, de esta suerte, en un fin en sí mismo, en un valor absoluto. Pierde en ese tránsito su sentido originario de potencia para la vida; hay que cuidarse, pero no está bien claro para qué. Cierta promesa de **rejuvenecimiento**, de superación posible de las carencias y frustraciones de la propia vejez es lo que moviliza fundamentalmente el interés por los cursos.
- Pero el autocuidado se impone desde la razón y desde el deber, las propias tendencias y los sentimientos van por otro lado, por lo que a menudo los aprendizajes de los talleres de salud no son fácilmente aplicables. Las mujeres saben lo que "deben" hacer pero no siempre se sienten capaces de ponerlo en práctica, e intentan paliar su culpa reiterando su demanda de conocimiento; de ahí que sigan pidiendo más talleres de lo mismo y que no les importe repetir.
- Frente a la elección de temáticas de los talleres de salud también muestran un elevado grado de **dependencia**. La monitora del grupo interpreta las necesidades de las mujeres, pero las propuestas de nuevas temáticas para los cursos de salud surgen con dificultad porque aquellas se colocan en la posición previa de ignorancia: necesitan que alguien piense por ellas y que determine qué es lo que les puede venir bien.
- La superación de esa posición dependiente exige de la reorientación anteriormente propuesta del sentido de la actividad de los grupos. Mientras semejante cambio no se dé, es muy difícil que se genere una demanda autónoma hacia los talleres de salud, realmente imbricada en las propias necesidades.
- Lo dicho opera más como crítica a la actitud de las mujeres hacia los talleres que como cuestionamiento real de planteamiento presente en ellos, que en gran medida sintoniza con **necesidades reales** surgidas del propio contexto de vida de estas mujeres, y no únicamente con necesidades imaginarias vinculadas, en última instancia, a la negación de la vejez y, en general, de su propia realidad.
- Por necesidades en salud reales entendemos aquellas que se desprenden de forma inmediata de la experiencia como auxilio necesario para el desarrollo de la actividad vital cotidiana. Se propuso en el texto el término "**rehabilitación**" para aludir a un tipo de intervención alternativa en salud que tuviera como objeto mejorar la competencia vital de las mujeres en su contexto vital frente a las limitaciones físicas, psicológicas y sociales a las que se enfrentan, por oposición a la tendencia espontánea a establecer un conjunto de prescripciones y proscripciones bajo la promesa de una imposible jovialidad.
- Y todo ello también desde el reconocimiento de que toda la actividad vital de estas mujeres adquiere sentido en el universo simbólico del cuidado a los otros. Quiere ello decir que es prácticamente imposible implicar a este tipo de mujeres en el propio cuidado si ello no se integra, en tanto que actividad con sentido, como extensión natural del cuidado de otros.

6.4. Por dónde podemos seguir

- Implicarse, junto con el resto de profesionales de otras instituciones que operan con estos grupos y con las propias mujeres, en un proceso constituyente de **redefinición del sentido y la finalidad de las aulas**. Es muy posible que estos grupos tengan ya la madurez suficiente (experiencia, cohesión, capacidad, etc.) para

realizar este cambio de orientación; que supondría, en cualquier caso, una revolución (necesaria) en su modo de actuar.

- Intentar conseguir, por tanto, que las propias mujeres encuentren **una razón de ser a las aulas**, en la que puedan sentirse reconocidas e implicadas, que trascienda los estrechos límites del grupo de autoayuda volcado sobre sí mismo, y que genere, como extensión natural, una actividad autónoma dirigida al exterior.
- Sólo en un contexto semejante la mujer puede llegar a reconocer su actividad como una actividad con valor, y **superar de una forma real y no sólo imaginaria la vivencia previa de desvalorización** (la autoestima no se consigue sólo proponiéndoselo: es imprescindible hacer cosas que uno mismo y los otros reconozcan como valiosas; la autoestima verdadera implica la actividad, no la introspección; está más del lado del "hacer" que del "ser").
- También por esta vía cabría **superar el círculo vicioso de la dependencia**, que es posiblemente el mayor lastre con el que se parte para la oferta de cursos y actividades, incluyendo los talleres de salud. Es difícil que las mujeres aprovechen e integren en su vida unos conocimientos que demandan y reciben desde la frustración vital y sobre los cuales se proyecta una expectativa de redención personal. Desde la desvalorización no es posible mantener una relación productiva y medianamente crítica con el saber.
- El saber sobre la salud (cualquiera que sean los contenidos y el enfoque con el que se plantee en su origen; el problema al que se alude en el informe está más del lado de la recepción que de la emisión), la Educación para la Salud corre el peligro de convertirse en este contexto en "consumismo sanitario", en recepción pasiva y acrítica de normas de salud desconectadas de la situación vital, que se incorporan como deberes, y sobre las cuales se proyecta la promesa imposible de superar las frustraciones personales (concretamente: promesas de juventud y felicidad)
- Ciertamente, la Educación para la Salud debe conectarse con la propia experiencia vital de las mujeres. Eso lo saben los técnicos de salud, y hay que reconocer que ha habido un esfuerzo importante en esa dirección, aunque se puede todavía mejorar mucho al respecto. Pero pervive el problema aludido de la forma en que las propias mujeres demandan y reciben esa información.
- Es, por tanto, necesario que en el propio diseño de los talleres de salud se establezcan estrategias que incidan directamente en las causas que condicionan esa forma de relacionarse con los mensajes sobre salud, así como en desarticular el modo establecido de relacionarse con ellos.
- Como sugerencias generales para enfocar la actuación desde ese punto de vista se plantea lo siguiente:
 - Dedicar más tiempo y dedicación al análisis, la planificación, puesta en común y evaluación del desarrollo de los cursos, con un mayor acercamiento e implicación con los grupos de mujeres.
 - Luchar constantemente en contra de las tendencias de las propias mujeres a desvalorizar su experiencia vital, tanto la anterior como la actual.
 - Orientar los talleres de salud hacia la ampliación de sus capacidades para sentirse más autónomas y menos dependientes; buscar, en cualquier caso, "lo posible", lo que ellas pueden hacer y desear hacer, sin caer en la tentación de culpabilizarlas desde la prescripción de normas genéricas y rígidas de comportamiento saludable.
 - Animarlas y ayudarlas, por tanto, a encontrar su **propio modo de cuidarse**, que no tiene necesariamente que ser el mismo para todas, ni ubicar la obtención de la salud física en el centro de la actividad vital. Un cuidado, por tanto, integral, cuyo objeto sea mejorar la propia experiencia y la capacidad para hacer cosas en el propio contexto de vida.
 - Incorporar una **dimensión o derivación lúdica y relacional** a cualquier actividad, recomendación o práctica asociada a la salud (oportunidad para divertirse, oportunidad para encontrarse, oportunidad para ampliar las relaciones).

- Introducir **sensibilidad hacia lo comunitario** desde el prisma de la salud:
 - *Mejorar, en primer lugar, la comprensión de la problemática socio-sanitaria común de las mujeres de su propio segmento étareo y social, introduciendo elementos para analizar, comprender y abordar su propia situación sanitaria colectiva. Incorporar y/o reforzar un **enfoque de género en salud** vinculado a su propia experiencia.*
 - *Mejorar también, en segundo lugar, la comprensión de la realidad socio-sanitaria de otros segmentos comunitarios con los que se entra en relación (hombres, niños, jóvenes, inmigrantes, etc.)*
 - *Favorecer, potenciar y auxiliar (como recurso) cualquier iniciativa ayuda mutua en salud: a otras mujeres, a otros colectivos.*
- Evaluar finalmente el impacto que las intervenciones educativas tienen en la calidad de vida de las mujeres, no sólo en su salud. Un concepto amplio y holístico de la salud como el que se propugna para la Promoción de la Salud desde la Conferencia de Ottawa debe de implicar también una revisión, real y no sólo nominal, del concepto de salud restringido implícito en la práctica cotidiana sanitaria.
- Evaluar los talleres exclusivamente desde la satisfacción de las mujeres, como si se tratase un producto de consumo, es también una mala forma de evaluar. El interés debería estar focalizado en determinar del grado en que sus necesidades reales han sido cubiertas. El cuestionamiento de la realidad, que puede ser un paso necesario para la transformación de la realidad social buscada por la Educación para la Salud, no tiene por qué llevar necesariamente a una satisfacción inmediata en los destinatarios de las intervenciones.
- Como último punto quisiéramos dejar claro el reconocimiento por parte del equipo evaluador del extraordinario valor la experiencia de Educación para la Salud llevada a cabo tanto por los profesionales sanitarios docentes y el de las propias mujeres implicadas en los talleres de salud. El que se hayan encontrado tras la evaluación "deficiencias" o posibles líneas de mejora en el planteamiento no empaña en modo alguno la valía intrínseca de la experiencia de partida; una experiencia inusual de intervención comunitaria en salud que, aunque sólo sea por el hecho de haberse desarrollado de forma continuada en el tiempo y con un elevado grado de implicación y satisfacción de sus "usuarias", merece todo el respeto y todo el apoyo que se le pueda prestar.
- Estamos ante una experiencia viva; las mujeres siguen demandando nuevas intervenciones, nuevos talleres. Esa vitalidad es la mejor prueba de que es necesario seguir adelante; sería una equivocación y un auténtico despilfarro frenar un proceso que tiene todavía muchas posibilidades de desarrollo. Lo que esperamos es que esta evaluación sirva para orientar y hacer más productivo ese desarrollo futuro.

DOCUMENTOS

COLECCIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

Nº 1	Guía para el diagnóstico y manejo del Asma
Nº 2	Sida y Escuela
Nº 3	La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid
Nº 4	El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco
Nº 5	Alcohol y Salud
Nº 6	Actualizaciones sobre Tabaco y Salud
Nº 7	Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos
Nº 8	Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico
Nº 9	La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid
Nº 10	Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid
Nº 11	Discurso del personal sanitario de la Comunidad
Nº 12	Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología
Nº 13	Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid
Nº 14	Manual de Inmunizaciones
Nº 15	Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares
Nº 16	La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid
Nº 17	Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y los profesionales opinan
Nº 18	Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid
Nº 19	La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid
Nº 20	Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid
Nº 21	Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea
Nº 22	Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario
Nº 23	Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
Nº 24	Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria
Nº 25	Guía para la realización de Auditorias medioambientales en las empresas
Nº 26	Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid
Nº 27	La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid
Nº 28	Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994
Nº 29	II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid
Nº 30	Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid
Nº 31	Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos
Nº 32	Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid
Nº 33	El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo
Nº 34	La actividad física en la población adulta en Madrid
Nº 35	Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid
Nº 36	Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid
Nº 37	La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid
Nº 38	Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden
Nº 39	La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid
Nº 40	Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid
Nº 41	La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios
Nº 42	Dietas mágicas
Nº 43	Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas
Nº 44	Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis
Nº 45	Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños

Nº 46	Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid
Nº 47	Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid
Nº 48	Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid
Nº 49	Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas
Nº 50	Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños
Nº 51	Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid
Nº 52	La infestación por piojos
Nº 53	Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público
Nº 54	Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación
Nº 55	La Tuberculosis: un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios
Nº 56	Guía de autocontrol en obradores de pastelería
Nº 57	La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX
Nº 58	Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo
Nº 59	Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica
Nº 60	Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo
Nº 61	La enfermedad celíaca
Nº 62	Programas de Salud Pública 2.000
Nº 63	Memoria 1.999. Programas de Salud Pública
Nº 64	Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2.000-2.003
Nº 65	Memoria 1.996-1.999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid
Nº 66	Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad pro cáncer en Madrid
Nº 67	Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid
Nº 68	Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid
Nº 69	Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria
Nº 70	Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid
Nº 71	El farmacéutico agente de salud
Nº 72	Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres
Nº 73	Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid
Nº 74	Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal
Nº 75	Tratamiento de la pediculosis de la cabeza
Nº 76	Programas de Salud Pública 2.002
Nº 77	Mortalidad en Vallecas
Nº 78	Planes y Programas de Salud Pública 2003
Nº 79	Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerrequisitos en las empresas alimentarias
Nº 80	Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria de Área 3
Nº 81	Control sanitario del Transporte de Alimentos
Nº 82	Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid
Nº 83	Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid
Nº 84	Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid
Nº 85	Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid
Nº 86	La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas
Nº 87	Memoria 2.002. Programas de Salud Pública
Nº 88	La promoción de la salud en el medio rural: Necesidades demandadas expresadas por las mujeres
Nº 89	Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2.000. Sistema de Información sobre salud de carácter sociocultural
Nº 90	Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid

Nº 91	Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante
Nº 92	La Violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud. Informe del estudio cualitativo
Nº 93	Las Concepciones de Salud de los Jóvenes. Informe 2.004. Volumen I: Discurso sobre la Salud y la Enfermedad
Nº 94	Las Concepciones de Salud de los Jóvenes. Informe 2.004. Volumen II: Prácticas y Comportamientos relativos a los hábitos saludables
Nº 95	Estructura e la Industria Alimentaria y las tendencias del consumo en la Comunidad de Madrid.: Base para la realización de estudios sectoriales
Nº 96	Situación actual del mercado lácteo en la Comunidad de Madrid Base para la realización de estudios sectoriales
Nº 97	Situación actual del sector cárnico en la Comunidad de Madrid: Líneas de mejora de la calidad
Nº 98	Detección precoz de hipoacusias en recién nacidos. Comunidad de Madrid 2.006-2.007
Nº 99	Actuaciones en Bioseguridad para prevenir las inoculaciones accidentales en el personal sanitario de la Comunidad de Madrid. Estudio piloto: Informe de resultados
Nº 100	La prueba del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH): hacia un modelo complejo de investigación e intervención
Nº 101	Comercio Minorista de carnes frescas y sus derivados en la Comunidad de Madrid. Orientaciones para elaborar una guía de Prácticas Correctas de Higiene (GPCH) y un sistema de Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC)
Nº 102	Memoria 2.005
Nº 103	Estudio de las Características de los productos de la pesca y acuicultura comercializados en la Comunidad de Madrid. Líneas de mejora de la calidad
Nº 104	El mercado de los aceites vegetales en la Comunidad de Madrid. Situación y líneas de mejora
Nº 105	El jamón ibérico: producción y consumo. Situación en la comunidad de Madrid y promoción de su calidad
Nº 106	Leches fermentadas en la Comunidad de Madrid: diagnóstico de situación del mercado y del etiquetado
Nº 107	Guía de orientación nutricional par profesionales de atención primaria

COLECCIÓN NUTRICIÓN Y SALUD

Nº 1	La dieta equilibrada, prudente o saludable
Nº 2	El desayuno saludable
Nº 3	Nuevos alimentos para nuevas necesidades
Nº 4	El agua en la alimentación (próxima publicación)
Nº 5	La alergia a los alimentos
Nº 6	El pescado en la dieta
Nº 7	El aceite de oliva y la dieta mediterránea
Nº 8	Frutas y verduras, fuentes de salud

COLECCIÓN DOCUMENTOS DE SANIDAD AMBIENTAL

	Manual para el autocontrol y gestión de abastecimientos de agua y consumo público
	Control del riesgo químico de sustancias y preparados peligrosos. Manual de buenas prácticas
	Guía para la prevención de la Legionelosis en instalaciones de riesgo
	Campos electromagnéticos: I Telefonía y Salud Pública

COLECCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Nº 1	Dormir bien: Programa para la mejora del sueño
Nº 2	La memoria: Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo
Nº 3	Salud Mental en el anciano: identificación y cuidados de los principales trastornos
Nº 4	El anciano frágil Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud
Nº 5	Prevención y promoción de salud del anciano institucionalizado: La residencia como espacio de convivencia y salud
Nº 6	La salud bucodental en los mayores: Prevención y cuidados para una atención integral
Nº 7	Guía de higiene integral en residencias de personas mayores
Nº 8	Derecho a una visión en los mayores: Evitar la ceguera evitable. Prevención y cuidados para una atención integral
Nº 9	Actividad física y ejercicio en los mayores. Hacia un envejecimiento activo
Nº 10	La enfermedad de Alzheimer y otras demencias



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación



Comunidad de Madrid