Documentos Técnicos de Salud Pública

88

La promoción de la salud en el medio rural

necesidades y demandas expresadas por las mujeres

Instituto de Salud Pública

Madrid

Documentos Técnicos de Salud Pública

88

“La Promoción de la Salud en el Medio Rural: Necesidades y Demandas Expresadas por las Mujeres”

Instituto de Salud Pública

Madrid

Diseño, Coordinación y Supervisión de la Investigación.
Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
Luis Seoane Pascual.
Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud.
Marisa Pires Alcaide. y Mª Luisa Lasheras Lozano.
Programa de Promoción de Salud de las Mujeres.

Dirección y Realización:
Servicio de Promoción de la Salud.
Luis Seoane Pascual.
Mónica Morán Arribas.

Redacción del Informe:
Luis Seoane Pascual.

Edita
Instituto de Salud Pública
Consejería de Sanidad.
Comunidad de Madrid

Fecha del Informe Final.
Diciembre de 2002

www.madrid.org/sanidad
Depósito Legal: M-37953-2003
I.S.B.N.: 84-688-3596-X
Imprime: **Industria Gráfica MAE**

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN GENERAL 7

1.1. Antecedentes 7

1.2. Planteamiento. La elección de la metodología de investigación 7

1.3. Objetivos de la investigación 8

1.4. Diseño de la investigación 10

2 EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN 13

3 EL MODO DE VIDA RURAL 13

3.1. Un modo de vida diferente 15

3.2. Lo positivo de vivir en el campo. Rasgos utopicos de la ruralidad 16

3.2.1. La tranquilidad 16

3.2.2. La sociabilidad 19

3.2.3. La vida saludable 20

3.2.4. Recapitulación 21

3.3 . Las carencias del modo de vida rural 22

3.3.1. Los valores dominantes y el modo de vida rural 22

3.3.2. Las carencias de trabajo 24

3.3.3. Las carencias de ocio 29

3.3.4. La falta de servicios 41

4 LA PERCEPCIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES RURALES 45

4.1. La percepción de salud desde la protección frente a la enfermedad en el medio rural 45

4.1.1. El problema de las urgencias 46

4.1.2. La atención especializada 47

4.1.3. La atención primaria 52

4.2. La percepción de salud desde los condicionantes generales del modo de vida 61

4.2.1. Problemas de salud asociables a la relación con el cuerpo 63

4.2.2. Problemas de salud asociables a la relación con los otros 76

4.2.3. Problemas de salud asociables a la relación con la actividad 87

5 CONCLUSIONES 95

5.1. Acerca de las demandas de salud de la muje rural 95

5.2. Las necesidades de salud de la mujer rural 98

PRESENTACIÓN

La Promoción de la Salud, por su propia naturaleza práctica, exige de intervenciones ajustadas y concebidas desde la idiosincrasia particular de cada colectivo social, especialmente en lo que respecta a su forma particular de vivir y relacionarse con la salud. La metodología cualitativa supone una forma privilegiada de acceder a este tipo de información (más cercana y, a la vez, más profunda), necesaria para orientar e implementar los programas.

En este caso, el Programa de Promoción de la Salud de la Mujer precisaba de una aproximación cualitativa al ámbito de las necesidades y demandas de salud de la mujer rural, que sirviera para perfilar la estrategia de intervención y definir prioridades desde una perspectiva de género. Se disponía en el Sistema de Información sobre Salud de Carácter Sociocultural (un Sistema de Información propio de carácter cualitativo, que aporta periódicamente datos específicos de las necesidades y demandas de salud de la población de la Comunidad de Madrid) de diferentes estudios relativos a la mujer urbana, pero las intuidas peculiaridades propias de la mujer rural sugerían la necesidad de realizar un estudio específico.

La presente investigación no debe entenderse, en la perspectiva de los estudios cuantitativos usuales, como una evaluación o una valoración global del estado de salud percibido por la mujer rural de la Comunidad de Madrid. La investigación se ha planteado desde su concepción como una búsqueda de problemas, y se ha detenido más en comprenderlos y explicarlos, y en sugerir posibles soluciones, que en determinar su peso o "cantidad" en el conjunto del territorio.

Un enfoque, por tanto, práctico, que se extiende con la realización de esta publicación. Nuestro interés es difundir un estudio valioso, especialmente para los profesionales de la salud que trabajan en el medio rural y, en general, para quienes, incorporando a su trabajo una perspectiva de género, trabajan en la dirección de la reducción de las desigualdades en salud.

Enrique Gil López
Director General del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

1

INTRODUCCIÓN GENERAL

1.1. ANTECEDENTES

El presente estudio se planteó a demanda de Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres del Servicio Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

La demanda surgió ante la toma de conciencia en el Servicio de la existencia de un **vacío de saber** en relación con las actitudes y demandas hacia la salud de las mujeres del medio rural de la Comunidad de Madrid. Mientras que la mujer urbana madrileña había sido objeto de múltiples estudios, la mujer rural planteaba un gran número de interrogantes en este tema particular de las actitudes hacia la salud, que sugirieron la necesidad de realizar una investigación *ad hoc*.

El conocimiento que se demandaba desde el Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres era, ante todo, un conocimiento **para la acción**. Una acción que se define desde el propio Servicio como de **Promoción de la Salud**. El objetivo estratégico de la investigación propuesta era, por tanto, el de obtener un tipo de información que permita orientar la intervención social sobre las mujeres rurales en materia de Promoción de la Salud.

1.2. PLANTEAMIENTO. LA ELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La intervención en Promoción de la Salud tiene que ver, en esencia, con el intento de modificar, mediante acciones de comunicación[1], hábitos, comportamientos y actitudes de vida susceptibles de tener efecto negativo sobre la salud tanto individual como colectiva.

Una intervención de Promoción de la Salud necesita para orientarse, no sólo de la evidencia de que ciertos hábitos, comportamientos y actitudes resultan ser insalubres y que tienen una implantación determinada en un colectivo[2];

[1] Entendiendo "comunicación" en su sentido más amplio, incluyendo tanto la acción directa como la indirecta a través de medios.
[2] Una información semejante sería objeto de otro tipo de estudio, más bien de naturaleza epidemiológica.

también es vital obtener un tipo de información, más social, que permita conocer las necesidades y demandas de salud previas de ese colectivo, de cara a ajustar la intervención a su objeto, y de cara a anticipar los efectos de la acción de promoción y, por tanto, poder orientarla de la forma más eficiente posible de cara a los objetivos generales de salud pública.

Surge, en ese planteamiento, la necesidad de conocer con detalle la relación que con la salud tienen los colectivos que van a ser objeto de intervención, ya que tal relación va a condicionar claramente las respuestas que a las intervenciones de promoción de la salud que se puedan arbitrar, así como la eventual adhesión. Las más de las veces en este tipo de acciones no se trata sólo de informar, también se trata de sensibilizar; la simple información no suele cambiar un comportamiento si tras él hay razones que tienen una fuerte relevancia para el sujeto.

La metodología cualitativa es, de entre las alternativas, la que mejor se ajusta a las necesidades de intervención que implican acciones de comunicación cuyo sentido es el **intento de sensibilizar** a una población de la necesidad de modificar o reforzar un determinado comportamiento o actitud.

Las razones de idoneidad de la técnica al respecto son fundamentalmente las siguientes:

1. El abordaje de la cuestión **desde el discurso espontáneo** de la gente. Otras metodologías no acceden al discurso desde su totalidad, con lo cual son menos potentes para abordar el tema fundamental del acceso a las motivaciones profundas[3] de un determinado comportamiento o de una determinada actitud.
2. Su virtualidad para operar como situación experimental de **test anticipado** de los posibles efectos de acciones de intervención sobre un colectivo dado. Dado que el test se efectúa en el marco contextual de un **discurso en acción**, es posible detectar más fácilmente qué efectos[4] puede tener sobre ese discurso una intervención dada.

La elección de la metodología cualitativa es, por tanto, en este caso, perfectamente adecuada con el tipo de intervención que se pretende llevar a cabo: diseñar, articular, conformar acciones de Promoción de la Salud en el sector de población de mujeres rurales de la Comunidad de Madrid.

1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación se planteó fundamentalmente como un **estudio de base**[5] de las **necesidades de salud** de las mujeres del medio rural de la Comunidad de Madrid.

El objetivo general de la investigación se resume, por tanto, en determinar lo que la salud representa para este colectivo, y en identificar qué actitudes, estrategias, comportamientos, hábitos, etc. se derivan de esa forma o formas de considerar o valorar la salud.

- Tácticamente la investigación estuvo orientada fundamentalmente a la detección de elementos actitudinales que pudieran favorecer o actuar como freno a intervenciones directas de Promoción de la Salud. Con otras palabras, la orientación táctica fue la búsqueda de necesidades y demandas en el colectivo en relación con el saber sobre temáticas y prácticas saludables.

[3] Que las más de las veces no son del todo conscientes para el sujeto y que, por tanto, no pueden ser puestas en evidencia desde la mera pregunta dirigida.
[4] Desde los más simples de la mera comprensión de la comunicación a los más complejos del convencimiento o la concienciación.
[5] Un estudio de base cualitativo es aquél que no implica directamente un test de una determinada acción comunicativa dada. Su objeto es sacar a la luz el "campo motivacional" asociado al ámbito de intervención general; en este caso las concepciones de salud de la mujer rural. Desde un punto de vista estratégico, el estudio de base es la primera acción de investigación en un ámbito de intervención dado que debe orientar inicialmente el diseño de acciones concretas, que pueden a su vez requerir también a posteriori de investigaciones puntuales tipo test.

Se planteó el siguiente **campo de investigación**:

a) El contexto vital de la mujer rural

- La vida rural y la vida urbana.
  i. Vivencia de la ruralidad.
  ii. Atención al discurso de abandono: ¿qué carencias básicas aparecen asociadas a la vida en el medio rural?
  iii. Atención al discurso contrario de la plenitud: ¿cómo se positiviza la elección por un modo de vida rural?
  iv. Dialéctica entre ambos discursos.

- Condicionantes de género asociados al modo de vida de la mujer rural.
  i. Roles masculinos y roles femeninos.
  ii. Dinámica de la relación entre géneros.
  iii. La mujer rural en sus distintas etapas de vida.

- Atención a la aparición espontánea en todos estos discursos de aspectos, temáticas, concepciones, etc. relacionadas con la salud.

b) Vivencia de la salud / enfermedad

- Valoración de la propia experiencia vital rural desde la óptica de la salud.
  i. Lo saludable del modo de vida rural.
  ii. Lo no saludable del modo de vida rural.

- Visión desde una perspectiva de género. Hombre y mujer.

- Visión desde las etapas de vida: infancia, adolescencia, juventud, madurez, vejez.

- Profundización en la perspectiva particular: mujeres rurales de tal edad.
  i. Ámbitos de salud relevantes (p.ej.: alimentación, cuidado personal, etc.).
  ii. Preocupaciones de salud más importantes.
  iii. Ámbito personal, ámbito familiar.
  iv. Necesidades o demandas de saber.
  v. Necesidades o demandas de cuidado.
  vi. Etc.

c) Valoración de la oferta sanitaria

- Imagen de la Comunidad de Madrid en lo relativo a la oferta sanitaria en el medio rural.
  i. Áreas, servicios, profesionales, etc. mejor y peor valorados.

- La figura concreta del médico generalista.
  i. Profundización en la relación que se establece con esta figura sanitaria y en las demandas de todo tipo que se establecen sobre ella.

- La figura del ATS.
  i. Ídem.

- La figura del farmacéutico.
  i. Ídem.

- El problema de los especialistas.

- El problema de los hospitales.

- Otros servicios identificados (conferencias, charlas, cursos, folletos, etc.)
  i. Conocimiento y valoración espontáneos.
  ii. Demanda y necesidad de este tipo de servicios.

d) La demanda de saber sobre la salud

- ¿Hasta qué punto existe una demanda previa de saber sobre temas de salud?

- ¿Hasta qué punto el autocuidado es la finalidad básica de esas demandas, si las hubiere?

- ¿Hasta qué punto el autocuidado puede compensar en algo los déficits sanitarios del medio rural?

- ¿Sobre qué agentes sanitarios se canaliza la eventual demanda?

- Listado espontáneo de temas de salud

de los cuales les gustaría recibir información. Justificación de cada elección.

- Reacciones ante un listado sugerido de temas elaborados desde el Servicio de Promoción de la Salud. Justificación de las elecciones y de las exclusiones.

1.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizaron **6 grupos de discusión** (+/- 8 personas) y **10 entrevistas abiertas** con mujeres residentes en zonas rurales de la Comunidad de Madrid, y **10 entrevistas** con personal sanitario del medio rural.

a) Variables configuradoras de la muestra de mujeres:

- **Edad**. Mujeres entre 40 y 65 años de edad. Se consideraron separadamente los siguientes segmentos:
  i. Mujeres entre 40 y 53 años.
  ii. Mujeres entre 54 y 65 años.

- **Nivel de estudios**. Todas las mujeres tenían un nivel de estudios primarios o inferior.

- **Residencia**. En todos los casos residían en municipios rurales de la Comunidad de Madrid.
  i. Residencia en municipios con centro de salud.
  ii. Residencia en municipios pequeños sin centro de salud.

- **Naturaleza del trabajo de la mujer**.
  i. Trabajo exclusivamente dentro del hogar
  ii. Trabajo dentro del hogar asociado a trabajo agrícola o ganadero que se realice en la propiedad familiar.
  iii. Trabajo dentro y fuera del hogar por cuenta propia o ajena.

b) Diseño de los grupos.

G.D. nº1:

- Mujeres de 40 a 53 años de edad.
- Residentes en municipios con centro de salud. Área Básica 8. Realizada en Cadalso de los Vidrios con residentes aproximadamente a partes iguales en Cadalso de los Vidrios, San Martín de Valdeiglesias y Cenicientos.
- El 50% trabajan dentro del hogar y el 50% trabajan fuera del hogar.

G.D. nº2:

- Mujeres de 54 a 65 años de edad.
- Residentes en municipios sin centro de salud. Área Básica 8. Realizada en Navas del Rey con residentes de Colmenar de Arroyo, Chapinería, Navas del Rey, Pelayos de la Presa y Rozas del Puerto Real.
- El 70% trabajan dentro del hogar y el 30% trabajan fuera del hogar.

G.D. nº3:

- Mujeres de 40 a 53 años de edad.
- Residentes en municipios sin centro de salud. Área Básica 5. Realizada en El Cuadrón con mujeres procedentes del pueblo y de municipios limítrofes.
- Trabajan exclusivamente dentro del hogar

G.D. nº4:

- Mujeres de 54 a 65 años de edad.
- Residentes en municipios con centro de salud: Área Básica 5. Realizada en Rascafría con residentes en ese mismo pueblo.
- Trabajan fuera del hogar (incluyendo participación en actividades agrarias de la propia unidad familiar).

G.D. nº5:

- Mujeres de 40 a 53 años de edad.
- Residentes en municipios con centro de

salud. Área Básica 1 Realizada en Villarejo de Salvanés con residentes en ese mismo pueblo.

- Trabajan fuera del hogar (incluyendo participación en actividades agrarias de la propia unidad familiar).

G.D. nº6:

- Mujeres de 54 a 65 años de edad.
- Residentes en municipios sin centro de salud. Área Básica 3: Realizada en Anchuelo con mujeres procedentes del pueblo y de municipios limítrofes.
- Trabajan exclusivamente dentro del hogar.

c) Diseño de entrevistas abiertas:

- 10 entrevistas a sanitarios rurales.
  - o 6 médicos rurales.
    - 3 de Centro de salud.
    - 3 de Consultorio.
    - Al menos uno en caza zona.
  - o 4 ATS.
    - 2 de Centro de salud.
    - 2 de Consultorio.
    - Uno en cada zona.
- 10 entrevistas a tipologías de mujer.

	ACTIVIDAD DE LA MUJER			
EDAD	**Ama de casa**	**Ama de casa + actividad agraria**	**Industria**	**Comercio y servicios**
40 a 53	EA1	EA2, EA3	EA4	EA5
54 a 66	EA6	EA7, EA8	EA9	EA10

2

EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Es muy importante tener en cuenta desde el principio la **parcialidad** del enfoque de la investigación. Se va a hablar de la mujer rural, pero no de cualquier tipo de mujer ni de cualquier ámbito o hábitat rural.

El **tipo de mujer** queda fundamentalmente condicionado por las siguientes variables predeterminadas:

- **La Edad**. La franja de edad entre 40 y 65 años de edad[6] nos configura un tipo de **mujer madura**. La elección nos permite hacer un recorrido por toda esta etapa de la vida femenina en el ámbito rural, que también tiene sus sub-etapas diferenciadas que serán estudiadas pormenorizadamente a lo largo del informe. Desde un punto de vista biológico, cabría identificar este periodo vital de la mujer como "climaterio", el tránsito de la madurez sexual a la senectud.

- **La clase social.** El indicador escogido fue el nivel de estudios, excluyéndose los niveles superiores, y reduciéndolo a los **estudios primarios**. Estamos, por tanto, normalmente, ante mujeres con una **débil cultura de base** y de **clase social modesta**. Este tipo de mujer es previsiblemente el más representativo de la población rural femenina de las edades escogidas del tipo de hábitat rural objeto de estudio.

El tipo de hábitat es también importante a la hora de precisar más concretamente los límites de la investigación. Prácticamente hemos ido a la búsqueda de aquellos ámbitos rurales más "extremos" dentro de nuestra comunidad autónoma. Por "extremos" entendimos en este caso los más alejados de su eventual consideración como "urbanos": buscamos localidades rurales con relativamente poca población y alejadas sensiblemente de Madrid Capital[7] y intentando representar la mayor diversidad posible al respecto.

[6] La elección inicial de este tramo de edad se debió a consideraciones exclusivamente prácticas; el estrato se consideraba como especialmente proclive a acciones de educación sanitaria.

[7] Es importante tener en cuenta el dato, entre otras cosas para evitar una lectura "evaluativa" del estado de salud de la mujer rural en el Comunidad de Madrid. En el estudio no hay pretensión de evaluar, sino de dar cuenta de las situaciones más extremas que puedan justificar la necesidad de intervenciones de educación sanitaria. Intencionalmente, por tanto, hemos ido allí donde los problemas de salud de la mujer rural pueden ser más extremos.

Todo lo que se va a hablar a partir de ahora se referirá a ese tipo de mujeres residentes en ese tipo de pueblos. Es su discurso sobre diferentes temas el que va a ser objeto de análisis; por lo tanto, es de suma importancia que no se pierda nunca de vista el horizonte de cuál es el perfil vital y social la emisora del discurso. Por nuestra parte, por pura comodidad, vamos a intentar ahorrarnos a partir de ahora la penosa tarea tener de que andar repitiéndolo constantemente.

3

EL MODO DE VIDA RURAL

3.1. UN MODO DE VIDA DIFERENTE

Por más que pueda resultar obvio, parece claro que vivir en un pueblo supone una experiencia vital "especial"; desde luego muy distinta a la de vivir en la ciudad.

Vivir en el campo o vivir en la ciudad son dos alternativas de vida que cualquier sujeto de nuestra sociedad ha contemplado en algún momento. No siempre es posible cambiar de **medio,** pero ello no es impedimento para que la posibilidad de optar exista. Las circunstancias de la vida impiden que uno sea totalmente libre en la elección del sitio donde vivir; alguien que desee vivir en el campo, por ejemplo, tendrá que determinar primero si puede allí ganarse la vida, o si tiene la aquiescencia de los otros con los cuales tiene compromisos vitales.

Imaginemos, en cualquier caso, que uno pueda decidir libremente. ¿Qué haría optar por uno u otro medio? Como si fueran objetos de consumo, ¿cuáles son los beneficios y los perjuicios de vivir en la ciudad y en el campo?

La vida rural, como se sabe, tiene en nuestra sociedad un cierto componente **utópico**. Sobre ella se proyectan gran parte de las carencias asociadas al modo de vida urbano, como si de una liberación se tratara. Siendo el urbano un modo de vida **enajenado**, el modo de vida rural se representa idealmente como el reencuentro del sujeto con su **naturalidad**, con su verdadera esencia. La vida rural representaría la posibilidad de no fractura del sujeto consigo mismo, con los otros y con su entorno. La posibilidad, por tanto, de la **armonía** y de la **felicidad.**

– *Aquí tienes una comunicación, otra calidad de vida, en cuanto a eso. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

Se trata, efectivamente, de una **visión imaginaria**. Pero hay que admitir la gran fuerza que tiene en la canalización de las insatisfacciones vitales de la mujer y del hombre modernos. ¿Quién no alberga la secreta esperanza de romper algún día con todo y huir definitivamente al campo? El negocio de los chales adosados vive de esa utopía. Y está claro que también el campo y el pueblo se pueblan los fines de semana de *"urbanitas"* que, al menos puntualmente, intentan compensar su desequilibrio vital con la utopía. El campo y lo rural, como se sabe, son objetos

de solicitud permanente desde el ámbito urbano. Y no parece que las cosas vayan para atrás al respecto: la seducción va en aumento.

El estudio que tenemos entre manos nos obliga a mirar **desde el otro lado de la barrera**. Es evidente que las cosas no son tan luminosas cuando la **trayectoria vital** ha obligado precisamente a instalarse en el medio rural. Pocas de las mujeres estudiadas han terminado por vivir en el campo por decisión propia; las carambolas de la vida han dado al final ese resultado. Pero lo cierto es que, las más de las veces, los rasgos imaginarios de lo rural sirven para convalidar el destino, para convertirlo de alguna forma en algo positivo, en algo asumible como una "decisión"[8] al menos igual de legítima que cualquier otra. Ese remedo de decisión suele tomar la forma de un **conformismo activo**; como quien hace de la necesidad virtud, el no poder plantearse las cosas de otro modo obliga a mirar preferentemente su parte positiva y a obviar, siempre que sea posible, su parte negativa.

- *Yo en mi pueblo estoy a gusto.*
- *Yo estoy a gusto"*
- *Porque te habitúas. Te habitúas también a donde estás.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ En todo ello juega, además –y es importante que se tenga en cuenta–, el sentimiento de **irreversibilidad** asociado a la etapa de la vida que nos toca considerar. La mujer adulta –lo mismo le pasaría al hombre adulto– siente que sus grandes decisiones vitales han sido ya tomadas y que no cabe, salvo locura momentánea, hacer ya replanteamientos sensibles. El conservadurismo de la edad juega a favor de reconsiderar al medio rural como un medio digno de ser vivido[9].

3.2. LO POSITIVO DE VIVIR EN EL CAMPO. RASGOS UTÓPICOS DE LA RURALIDAD

La vida en el campo no es precisamente un lecho de rosas, pero tiene ciertas cosas positivas que permiten compensar en algo las negativas. Sorprende, en cualquier caso, lo escasos que son los argumentos cuando los plantea la mujer rural, lo rápido que se acaban y la inconsistencia que terminan por mostrar.

3.2.1. La tranquilidad

La tranquilidad es el valor que más rápida y unánimemente es sacado a colación. La vida urbana, acelerada y estresada, tiene su contrapunto en una vida rural, presumiblemente tranquila y sosegada. La posibilidad de vivir relajado y sin agobios es, efectivamente, un componente fundamental de la utopía rural, la oportunidad de disfrutar en unas permanentes vacaciones, lejos de las obligaciones y de las tensiones que provoca el modo de vida urbano.

- *Esto en invierno es muy largo y muy triste. ¿Ventajas? Tranquilidad, paisaje, es la única ventaja que tiene, la tranquilidad sobre todo. Que no te despierta el ruido de los coches, que el tiempo aquí no vives con el reloj. (Mujer, 57 años. Rascafría)*
- *Es que cuando llegas aquí, dices ¡madre mía que a gusto, que tranquilidad!. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

– Lo cierto es que, a poco que se bucee en la vida **real** de la mujer rural, pocos indicadores hay de un modo de vida relajado. Muy al contrario, las tensiones asociadas a la vida cotidiana y la aparición de situaciones de ansiedad y de estrés son síntoma permanente, del que dan cuenta con asiduidad incluso los profesionales sanitarios consultados.

La tranquilidad, en efecto, es menos algo que

[8] Es inevitable que convirtamos las encrucijadas del destino en algo parecido a la toma de una decisión.
[9] El dato es importante de cara a nuestro objeto, puesto que sienta las bases de una posible participación activa en la comunidad de la mujer madura.

se vive que algo a lo que se recurre para **valorizar** la propia situación vital. El fenómeno no es tan extraño como cabría suponer; todos construimos nuestra imagen a partir de las imágenes que nos proyectan los otros. No cuesta nada incorporar a nuestra identidad un elemento que recibimos de fuera, siempre y cuando nos confiera un valor positivo para los otros.

- Un ejemplo típico es el de los tópicos de los caracteres nacionales. Pocos españoles, pongamos por caso, pueden identificarse vitalmente con el estereotipo del carácter español, abierto, juerguista y despreocupado; no obstante, es grato incorporar esa diferencia porque dota de un contenido distintivo positivo a la identidad española y regula las relaciones con los otros (los extranjeros) de forma equilibrada y previsible.

Al igual que el tópico de lo español en la regulación de las relaciones internacionales, la tranquilidad es un **contravalor** en la regulación de las relaciones entre el ciudadano rural y el ciudadano urbano. El español es juerguista como contravalor frente a los valores dominantes de los países más desarrollados, unos valores concentrados sobre el trabajo y la productividad; nosotros no somos tan productivos, pero nos lo pasamos mejor (al fin y al cabo eso es mejor que sentirnos individuos subdesarrollados). Incorporamos a nuestra subjetividad los valores de la fiesta y así, de paso, conseguimos hacernos atractivos como destino vacacional de los ciudadanos de los países desarrollados.

La tranquilidad es, por tanto, un contravalor eficiente para la ciudadana o el ciudadano rural. Efectivamente, también es útil, porque confirma y reafirma el valor del medio rural como destino de ocio o retiro de la ciudad del que depende, como se sabe, su futuro económico y demográfico. Por el momento, en cualquier caso, lo que nos interesa es hacer notar cuál es la necesidad subjetiva que justifica la elección prioritaria de ese contravalor de la tranquilidad.

- La tranquilidad es el valor de quien finalmente ha optado por renunciar a las principales exigencias de la modernidad: el éxito y el consumo. Con esa renuncia se gana menos dinero, se disfruta menos de los objetos, se pierde en prestigio y reconocimiento social, pero se vive una vida más tranquila.

- La vida rural supone, efectivamente, una **renuncia**, y, dado que no ha sido las más de las veces, como se ha dicho, una renuncia voluntaria, el sentimiento dominante en la mujer rural debe de ser algo semejante al asociado a una **claudicación.** El consabido *"por lo menos disfrutamos de tranquilidad"* no deja de traslucir un núcleo primario de profunda insatisfacción en relación al propio destino vital en el medio rural. Al fin y al cabo, lo que tiene valor está en la ciudad; en el campo no hay nada de valor aparte de la tranquilidad. Si el precio de la modernidad es el estrés ¿qué mejor compensación por no disfrutar de sus beneficios que la obtención de la tranquilidad?

Insistimos, la tranquilidad no es para la mujer una opción, sino un contravalor que pretende cerrar una suerte de **herida narcisista** muy profunda, cuyo valor de cara a explicar actitudes y comportamientos de la mujer rural es muy superior al de los tópicos de la utopía rural.

El que la tranquilidad aparezca como un valor tan sobresaliente en la vida moderna nos permite también hacer una reflexión acerca de la importancia que **el estrés**[10] está cobrando como, cabría decir, **patología de civilización**. Estamos en una sociedad (la urbana, pero, no hay que engañarse, también la rural; ambos mundos están separados nada más que en el registro de lo imaginario) que produce de forma bastante generalizada[11] un tipo de insatis-

[10] Por el momento, la definición de estrés que barajamos no es nada ortodoxa, y tiene la gran amplitud que realmente se observa en el lenguaje corriente.
[11] No deja de ser un dato que corroboran otros estudios y que confirma la cada vez mayor demanda de servicios "psicológicos" a la población.

facción que toma la forma de una patología psíquica, y que insta como solución espontánea más o menos transitoria al abandono de la actividad, a la búsqueda de la tranquilidad. Profundicemos un poco en el significado de esa noción común de estrés, porque ello nos servirá más tarde para abordar el fenómeno directamente en la mujer rural

  - *Tú piensas que en el pueblo no hay estrés, pues en los pueblos también hay estrés, por - que es que el estrés no es solamente el ago - bio de coger el metro, el autobús y llegar a tiempo al trabajo. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- El estrés –desde el discurso, no estamos haciendo una definición teórica– es una disfunción[12] asociada directamente a la actividad o, más bien, a la hiperactividad. Es el sufrimiento adosado al no poder parar implícito en el modo de vida moderno.

- El sufrimiento está muy asociado **al tiempo**, o más bien a la falta de tiempo. Las actividades se suceden de forma urgente como si no hubiese tiempo, con lo cual toda la experiencia se convierte en una carrera alocada (la imagen típica del urbanita corriendo a todas partes que con tanta frecuencia nos ofrece la mujer rural).

  - *Es que es distinto, pero tenemos otra cosa, en Alcalá van corriendo a todos los sitios, van corriendo al mercado, al llevar al niño al colegio, a recogerle. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

  - *A mí me agobia ver tanta gente de prisa y co - rriendo.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- El término *"alocado"* es conveniente en este caso porque alude a la dificultad para dar sentido a esa actividad frenética. Ciertamente, las actividades tomadas individualmente tienen cierto sentido todas ellas, pero tomadas en conjunto ofrecen la idea de una actividad insensata y maquinal. Un sentido razonable en cada actividad, pero un **sentido global** insensato.

- La insensatez se descubre ante preguntas transcendentales (*¿qué sentido tiene para mí vivir de esta manera? ¿a dónde me lleva todo esto?*), pero que implican directamente al *"yo"*, un yo que no se siente reconocido ni compensado en su actividad. Más que un efectivo cansancio por la realización de una actividad frenética, el tipo de cansancio y el tipo de sufrimiento asociados al estrés son puramente existenciales, es un yo impotente y alienado por no conseguir reconocerse en su actividad, que vive siempre como ajena, **debida a los otros** o a otros asuntos. Un yo, por tanto, **hipotecado** hasta la muerte[13].

  - *El estrés puede estar en casa, porque tienes un marido que viene y no te habla del traba - jo, o porque el niño se ha emborrachado el domingo y no sabes como entrarle para de - cirle tal, o un montón de cosas (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- No es difícil deducir que ese yo insatisfecho es precisamente el motor de la actividad frenética, la cual sólo ingenuamente podemos considerar como la causa del estrés. La búsqueda permanentemente insatisfactoria de fórmulas de expresión y realización del yo es lo que mueve a una actividad sin fin. Las industrias del consumo y del tiempo libre, en su permanente cambio de propuestas de realización del yo, alimentan ese motor indefinidamente; y tales actividades –no sólo el trabajo– terminan también por convertirse en actividad debida.

La tranquilidad de la utopía rural es la posibilidad ideal de frenar la máquina, o de hacerla menos exigente. Como el problema no está en

[12] Más que disfunción habría que hablar de **padecimiento**. El estrés se padece –se sufre– como se padece cualquier otra enfermedad. El tipo de padecimiento, en cualquier caso, es un padecimiento vital antes que físico, aunque pueda darse una somatización de ese padecimiento.

[13] Más tarde esta idea nos será de gran valor cuando abordemos el tema de la mujer rural cuidadora. Ni que decir tiene que esa posición tradicional de "ser para los otros" de la mujer rural fuerza de por sí ese padecimiento existencial hasta límites que pueden resultar insoportables.

el medio, sino en el sujeto[14], la utopía nunca se realiza prácticamente. El campo como compensación, pero nunca como alternativa. Y quienes viven en el campo –nuestras mujeres rurales lo saben sobradamente– necesitan de la ciudad, **no se puede vivir sin ella**.

- *Pues a veces con carencia, con aburrimiento, que dices, "¿qué hago, Dios mío, toda la tarde", un día, otro día, todos los días iguales. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Entonces, eso es lo que realmente aquí hace falta. Yo les digo: buscar un trabajo. No sé, no sé. Hay mucha gente que ha venido aquí a vivir buscando a tranquilidad y se ha tenido que volver a ir porque, claro, poco hay en el pueblo... actividades, es que no las hay.* ***Este pueblo es muy raro, no se organizan muchas cosas****. Entonces no tienen ni a donde ir, ni qué hacer, ni... Y muchas de ellas entienden que lo que les pasa es un problema de inactividad, de que necesitan comunicarse, de que necesitan también hacer cosas y no lo encuentran. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

- *La gente que ha nacido aquí está acostumbrada a esta tranquilidad pero llega un momento que si buscas la paz del campo, pero tanta paz del campo te aburre ¿eh? porque es demasiado. Por eso hay que ofrecerles algo. Es que... (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

3.2.2. La sociabilidad

Con menos potencia y asiduidad que el rasgo de la tranquilidad, aparece también en la utopía rural el rasgo de la **sociabilidad**. Las relaciones humanas son en el medio rural mucho más estrechas, más humanas; el sujeto se siente parte de una colectividad en la cual es "alguien", no un mero sujeto "anónimo", indiferente para los otros.

Hablamos anteriormente de una ruptura o fractura del sujeto consigo mismo y con su actividad: el resultado era el **estrés.** Se nos presenta ahora otra ruptura o fractura, la del sujeto con los otros: el resultado es la **depresión**. La depresión es, efectivamente, la otra gran patología psíquica de la civilización. La vida rural encarna –insistimos, como utopía, no como realidad- la posibilidad de superar el aislamiento y su sufrimiento adosado, el de la depresión[15].

- *Pues tampoco sé por qué las tienen las depresiones. Es más, me parece una enfermedad como, como, como un poco superficial, como que... que no entiendo por qué se coge, por más que lo pienso... como no sea porque la gente se sienta sola o que no se sienta querida no hay otro motivo... Yo no sé de medicina pero ¿de qué se coge una depresión? (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*

Veamos qué registros están implicados en esa utopía de sociabilidad:

✓ La sociabilidad implica una suerte de deseo de **amparo** frente a las catástrofes. Cualquier desgracia, cualquier revés de la vida puede ser conjurado porque se tiene la certeza de que por detrás existe una comunidad (primero la familia extensa, después el propio pueblo) que va a salir en su auxilio. El sentimiento contrario de desamparo, ligado a la ciudad, queda bien representado en la típica frase: *"puedes morirte, que nadie se va a enterar"*. Efectivamente, lo que está en juego es algo mucho más profundo que la mera utilidad de tener a quien recurrir en un momento dado; supone la certeza de que se es **alguien** para los otros. Se trata de una **transcendencia del yo en los otros**, de ahí que la muerte solitaria, como la de un perro, sea la más adecuada para sugerir de lo que auténticamente se pretende huir[16].

[14] En última instancia es el postulado individualista del yo como entidad separada del "nosotros", capaz de autorrealizarse autónomamente en el mundo lo que fuerza todo este sin sentido. Pero con ello quizá nos vayamos demasiado lejos en el análisis.
[15] No pretendemos hacer una definición médica o psiquiátrica de la depresión; nuestro análisis se mueve únicamente en el registro del **significado de los términos** en el discurso, en este caso de las mujeres rurales. Una definición intersubjetiva de la depresión puede no tener nada que ver con una definición clínica; pero hay que aceptar que esa definición intersubjetiva condiciona la forma en que se vive efectivamente una patología; lo cual tiene también un valor y una utilidad clínicos.
[16] Como se verá más tarde, ese sentimiento de amparo no atañe sólo a los pares, a los iguales, sino también a las instituciones, entre ellas, quizá con un valor simbólico especial, a las instituciones sanitarias. La **figura del médico rural** es clave en la construcción utópica de la sociabilidad rural en esta faceta del amparo: un médico siempre pendiente de uno, como si de un familiar se tratase.

- *Y luego allí metidas en el piso, porque aquí quieras que no, yo sí vecinas, un poquito nos vemos, come he dicho a hablar, sales a tu patio, estás con ellas, hablas, pero es que en Alcalá es que es distinto. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Si estás mala, ¿qué tal estás?, o ¿qué te ha pasado?, vas en Madrid, si a mí no me importa la vida de nadie, o sea, es otra. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

- *Aquí te pones enferma o lo que sea y enseguida te ayudan y en Madrid... (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

- *Y si es un funeral simplemente, pues va el pueblo entero (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

✓ El amparo no es sólo algo pasivo, implica **reciprocidad.** De la misma manera en que no soy indiferente a los otros, los otros tampoco me son a mí indiferentes. La conducta activa de la **familiaridad** con los otros, su incorporación como si de familiares se tratase, siguiendo y sintiendo su destino, es la otra cara de la moneda del amparo.

✓ La **solidaridad** es el resultado final. En el medio rural siempre hay alguien que puede prestar su ayuda solidaria; en el medio urbano uno sólo puede contar con sus propias fuerzas, que son, por definición, limitadas.

La faceta negativa de la sociabilidad, en la que nos extenderemos más tarde, es la pérdida de la **intimidad**. El sujeto se siente controlado y en cierto modo también perseguido por los otros. Un yo que no puede realizarse en los otros porque se ve demasiado visible y, en tanto que visible, se advierte vulnerable y como sometido a **censura**. La realidad de la sociabilidad rural es justo lo contrario del tópico, un mundo en el cual todos recelan de todos, en el cual mirar y no ser mirado se convierte en una auténtica obsesión. Al igual que la tranquilidad al final aburre, la sociabilidad también termina por hastiar[17].

- *Porque además tienes la ventaja de que en una hora estás en Madrid, y el día que dices: me aburro y me quiero... me voy al teatro, y me voy al teatro; me voy a dar una vuelta por Madrid.. Porque el piso lo sigo teniendo en Madrid. O me voy tres días, pues me voy tres días. O sea, que esa es... Porque hay veces que esto te hastía. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Es que un pueblo es un, aunque hemos empezado diciendo que no es como antes, pero en un pueblo se sabe todo, se sabe lo que tu haces, porque es que vas a la tienda, y enseguida te enteras, que estoy limpiando, que no estoy limpiando, en una ciudad es distinto, ella ha vivido en Alcalá y en su piso, son 3 puertas, puedes saber lo que hacen esas dos, pero no va a estar sabiendo lo que hace todo el bloque, ella que sabe si limpian o no limpian, o dejan de limpiar. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

3.2.3. La vida saludable

El tercer gran tópico de la ruralidad es la vida saludable. Todos participamos del tópico, y se nos presenta como incuestionable: vivir en el campo es más saludable que vivir en la ciudad.

- *...pero luego en cuanto ambiente de la naturaleza y de todo, ya lo quisieran. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Algunas veces cuando voy al piso de mi primo, vive en un séptimo, digo, mira si no ves nada, te vas a la calle en el ascensor, aquí enseguida, pum, ya estás en la calle, yo me levanto, abro la puerta y salgo y ya sólo de ver los árboles, los campos, es diferente. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

El prejuicio tiene que ver con la expectativa de recuperar la armonía entre el hombre y la naturaleza. Como si de una posible supresión del pecado original se tratase, el contacto directo con la naturaleza promete la vuelta a un cuerpo inmaculado, libre de pecado y, por tanto, libre de enfermedad. El retorno al paraíso.

El mito, como se ve, es de lo más antiguo, pero hay que admitir que en la modernidad está cobrando cada vez más fuerza. Todo el ecologismo moderno tiene su base afectiva[18] en un

[17] ¿Por qué se reproduce la fractura del yo con los otros en una sociedad rural? ¿Por qué la depresión vuelve a repuntar, quizá con más fuerza que en la ciudad, como síntoma del desencuentro colectivo? Diferiremos el intento de respuesta al siguiente capítulo.

[18] Lógicamente, no pretendemos tocar aquí su parte racional.

sentimiento de este tipo, en el deseo de recuperar la armonía entre el cuerpo y la naturaleza.

Es el cuerpo, por tanto, el que aquí nos interesa. Hablamos antes de la fractura del yo con su actividad (estrés), hablamos también de la fractura del yo con los otros (depresión); nos encontramos ahora con una nueva fractura, la del yo con su cuerpo[19].

A las claras, tenemos un cuerpo que no nos gusta, que no funciona como desearíamos, ya sea estéticamente, ya sea atléticamente, ya sea saludablemente. El cuerpo real es feo, torpe y propenso a la enfermedad, pero ello no nos gusta demasiado, desearíamos que fuera perfecto[20].

La razón (imaginaria) de ese desajuste del cuerpo es su desnaturalización; siendo, como es, originariamente parte de la naturaleza, en su esencia natural estaría también, por añadidura, su perfección. Su inclusión en un espacio artificial (el medio urbano) lo alteraría de modo que adquiriría un carácter imperfecto, degradado. La vuelta al campo permitiría imaginariamente reinvertir el proceso, acercar al cuerpo a su esencia ideal, a su equilibrio saludable.

Ese carácter terapéutico de la naturaleza se extiende también, paradigmáticamente, a la alimentación. Una alimentación auténticamente natural y saludable, estando como estamos en el medio urbano poblados de alimentos artificiales, sólo es posible en el medio rural, de ahí que las excursiones a ese medio suelan ser también exclusiones culinarias.

El sentimiento de tener un cuerpo esencialmente enfermo[21] es lo que está en la base de la cultura moderna del cuidado corporal. Es claro, en cualquier caso, que la vida en el campo no mejora en exceso las cosas, porque en realidad la enfermedad es algo tan natural como la propia salud y porque el cuerpo que buscamos no es un cuerpo real, sino un cuerpo imaginario.

3.2.4. Recapitulación

Como vemos, la utopía moderna confiere un enorme valor al medio rural, que se convierte en **objeto de solicitud** permanente por parte del medio urbano. La ciudadana y el ciudadano rural deberían de sentirse congratulados con esta imagen que proyecta su ambiente y su modo de vida. No observamos, de todas formas, que esa sobrevaloración afecte de modo sustancial a la vida cotidiana de las mujeres rurales.

La utopía, como era de esperar, no se vive, aunque se aproveche en tanto que generadora de recursos. Gran parte de las mujeres estudiadas, especialmente las residentes en pueblos de montaña, vivían más o menos directamente de los ingresos procedentes de esta redefinición del campo como espacio de ocio urbano, en la cual la zona rural de Madrid, como es obvio, es especialmente privilegiada[22].

No es lo mismo, como se dice alguna vez, ir al pueblo los fines de semana, que vivir permanentemente en él; no es lo mismo el verano que el invierno (*"Esto en invierno es muy largo y muy triste".Mujer, 57 años. Rascafría*); etc. **Las carencias** asociadas al modo de vida rural son, efectivamente, muy elevadas; la trastienda ofrece una imagen muy distinta a la que ofrece la tienda.

- *Es una cosa porque yo pensé que... un gran chasco que me llevé, pensé que en el pueblo*

[19] Nos cuesta en este caso encontrar un nombre para la patología. Los síntomas de esa afección son, en cualquier caso, conocidos por todos, y están en la base de la enorme inflación de la demanda, entre otras cosas, de la atención médica y del consumo de productos farmacéuticos y para–farmacéuticos.
[20] En el fondo parecería como si todos los grandes males de civilización tuvieran su origen en una búsqueda neurótica de perfección: la actividad perfecta, la amistad perfecta y el cuerpo perfecto.
[21] Por "esencialmente enfermo" no entendemos "propenso a la enfermedad", lo que daría lugar a y justificaría un comportamiento preventivo, que no es el tipo de comportamiento del que hablamos. La vivencia de la "antinaturalidad" del cuerpo es un tipo de enfermedad preexistente a la enfermedad misma; es un estado, no un proceso.
[22] Es perfectamente obvio que el mayor o menor aprovechamiento para el ocio del medio rural está, entre otras cosas, directamente en función de la distancia entre los pueblos y el núcleo urbano de referencia.

la gente vivía mucho más tranquila y es un engaño, es una engañifa... (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)

3.3. LAS CARENCIAS DEL MODO DE VIDA RURAL

3.3.1. Los valores dominantes y el modo de vida rural

Dijimos anteriormente que, en referencia al ciudadano rural en general, la tranquilidad era un **contravalor**; la afirmación era extensible a los otros rasgos utópicos de la ruralidad, la sociabilidad y la vida saludable. Los contravalores lo son frente a otros valores, que cabría calificar como dominantes, pero que sitúan al sujeto en una posición de inferioridad, en la medida en que no puede participar de ellos.

Realmente cualquier mujer rural sabe, aunque no esté dispuesta a declararlo, que su situación vital es para los otros una situación degradada, inferior, subdesarrollada... es indiferente el término que escojamos, la idea que pretendemos transmitir es la del sentimiento íntimo de **fracaso** que aparece adosado a la situación vital –ya prácticamente irreversible en la mujer adulta- de vivir en un pueblo. Hay que tener en cuenta que estamos ante mujeres de un modesto nivel social; pero, con independencia del dinero que se posea (muchas de ellas pueden tener una situación económica desahogada), el vivir en el campo es un elemento más que marca la situación social como inferior.

– *¡Yo que sé! Vamos, de bueno, pues la tranquilidad y... ¿y que más? Y de malo pues hay más cosas. Yo creo que hay más cosas malas.*

✓ Ciertamente, el ciudadano rural no está ya tan marcado como lo estuvo en otros tiempos con el estereotipo del *"paleto"*. La sociedad se ha hecho menos grosera en sus exclusiones, y también, posiblemente, la distancia cultural entre el ciudadano rural y el urbano se haya acortado: ya no se nota tanto que alguien es de pueblo. La pujanza de esos contravalores de los que hablamos anteriormente puede haber operado también en un sentido favorable. Aún así, la distancia sigue existiendo, porque el modo de vida en el medio rural es objetivamente **peor** –en relación a los valores dominantes- que el modo de vida en la ciudad.

– *Uy, yo de paleta, ya quisiera mucha gente de Madrid ser como los paletos (RG1 Villa del Prado. 53 A 56. Pueblos pequeños)*

Los valores dominantes en nuestra sociedad tienen que ver en con el concepto de **calidad de vida**. La calidad de vida de un sujeto (y su valor social adosado: "*tanto tienes, tanto vales"*) tiene que ver con la posibilidad de disfrutar una serie de bienes.

En el medio rural ante todo lo que hay son muchas **carencias**, carencias frente al estándar de vida que se supone que puede disfrutar hoy en día el individuo urbano. Es importante, por tanto, entender que la percepción de la calidad de vida en el medio rural se encuentra –tomando como referencia, obviamente, los pueblos que hemos decido estudiar– **bajo mínimos**. Vivir en estos pueblos, como consecuencia, es una forma marginal de vivir.

– Cierto es que, al respecto, hay grados. No es lo mismo un pueblo de mediano tamaño que opera como cabecera de comarca comercial o de servicios que un pequeño pueblo apartado[23], pero, en la medida en que lo que marca el estándar es la vida urbana, siempre nos encontraremos con una distancia significativa.

– *Bueno, también hay mucha diferencia. Yo, por lo menos, lo noto en mi pueblo, en Cenicientos, **está todavía mucho más rústico**. Y, por ejemplo, no es lo mismo vivir en San Martín, yo creo...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

Estamos utilizando términos que permiten una comprensión intuitiva del tema, pero que es obligado intentar definir. ¿Qué ingredientes tie-

[23] En nuestra investigación tenemos, efectivamente, mucha variedad al respecto, de la que intentaremos dar cuenta más tarde.

ne la calidad de vida que en un momento dado se considera mínima?

– En una primera visión, la calidad de vida se nos presenta como una **variable personal** ligada a los ingresos: uno tiene más calidad de vida en función de su nivel económico. En estas circunstancias cada cual tiene la calidad de vida que puede permitirse; quien tiene pocos ingresos puede quejarse de su destino, de su suerte, pero poco más. Y cabe imaginarse todos los niveles de vida posibles; sólo el nivel de subsistencia podría considerarse como un nivel mínimo, si introducimos una dimensión humanitaria en el tema.

Ciertamente, no se está hablando de un nivel de subsistencia, no es un problema de pobreza lo que hemos encontrado. Pero la calidad de vida moderna implica la concepción de un derecho; no un derecho de subsistencia física, sino un **derecho de subsistencia social**. Es, por tanto, un concepto relativo a cada sociedad, cada sociedad marca los suyos. Un inmigrante económico, por ejemplo, puede sentir que su calidad de vida ha aumentado sensiblemente al llegar a España; el español, sin embargo, posiblemente, considerará que calidad de vida de ese inmigrante está por debajo de los mínimos –lógicamente, suponiendo que las condiciones de vida del inmigrante sean las habituales.

En los pueblos se puede vivir, pero la calidad de vida está por debajo de los mínimos de subsistencia social. Es ese el sentimiento dominante de las mujeres y, por muy duro que parezca, debemos de dar cuenta de ello. Si, como hemos dicho, no es un problema económico de ingresos lo que está habitualmente en juego, ¿qué es lo que crea esa sensación?

El déficit de calidad de vida que se siente está menos asociado al propio nivel económico que a **las características del medio**. Es el pueblo lo que realmente aparece en falta. Es un medio vital que no ofrece lo mínimo que debería de ofrecer un medio vital civilizado. La mujer rural, posiblemente, tendrá en su casa todas las comodidades –es una ambición personal típica, que normalmente a estas edades ya ha conseguido realizarse[24]–, pero de puertas afuera la visión es de una profunda desolación.

– *Pues yo echo en falta pues salir a la calle y ver más movimiento, el poder irte a un cine, que no hay cine. Aunque tienes la televisión y todo, pero no es lo mismo, no es igual. Tener un cine, tener, no se, un sitio donde..., una buena cafetería, que tampoco hay. Sí, hay muchos bares, muchos restaurantes, pero en plan no para estar a gusto. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

¿Qué es lo que falta en el pueblo? Pues prácticamente todo lo que mínimamente debería de tener un medio autosuficiente. Hacen falta muchas, muchísimas cosas para que el medio ofrezca las condiciones mínimas para ofrecer una calidad de vida aceptable. La lista de demandas es infinita porque el modelo de referencia, en última instancia, es el de la vida urbana, el de la vida normal. Faltan comercios, faltan lugares de ocio, faltan infraestructuras deportivas, faltan colegios, faltan servicios sanitarios, faltan transportes, faltan alternativas de empleo, etc., etc., etc.

– *Es que en Madrid estás en la puerta, te cuesta la esta del metro nada y vas al quinto pino en Madrid y aquí cada vez que sales con el coche, son 5.000 pelas, si te quieres ir al cine, o si quieres hacer cualquier cosa en Madrid, no todo el mundo tiene 5.000 pelas para irse a Madrid todos los días. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

– *Otra carencia que tenemos es el transporte, el transporte está fatal. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

– *Ahora no, ahora está todo vacío (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

La mujer rural es, en efecto, ya lo iremos viendo, una demandante nata, porque su situación

[24] *Ahora tengo una casa que es un palacio para mí, porque he trabajado. Y otras que no lo tienen, pues porque no trabajan. Todo el mundo que trabaja puede tener una casa.(RG1 Villa del Prado. 53 A 56. Pueblos pequeños).*

vital es de una profunda insatisfacción ante la calidad de vida que obtiene de su medio, que es un medio realmente **empobrecido.** El individuo urbano no suele tomar conciencia de la importancia que tiene su medio porque tiene todo a mano, y está acostumbrado a ello; pero basta imaginarse una situación en que de repente desaparezcan los transportes, las tiendas, los cines, los bancos, los colegios, los consultorios médicos, etc. para darse cuenta que toda su calidad de vida se desmoronaría en un instante.

Y está claro que la mujer rural no es un sujeto **fuera del mundo**: tiene las mismas necesidades, los mismos deseos, las mismas aspiraciones que pueda tener una mujer urbana. El mundo urbano está demasiado cerca como para que no se produzca una asimilación; pero, además, está la televisión, que es, como se sabe, un medio potentísimo de homogeneización cultural.

No hay una cultura rural distinta que la cultura urbana. Lo que hay es una cultura urbana instalada en un medio precario. En gran parte, la historia que debemos de contar es la de las **frustraciones** que conlleva esa situación en el tipo de mujer rural que hemos escogido.

3.3.2. Las carencias de trabajo

En las edades objeto de estudio el tema del trabajo puede aparecer como un **problema menor**. Estamos normalmente ante familias ya establecidas, que han conseguido cierta estabilidad en sus fuentes de ingresos, y que tampoco se plantean, por su lugar en la curva de la vida, cambios sensibles al respecto.

Tampoco se han observado, ni directa ni indirectamente, situaciones de paro realmente graves o alarmantes desde el punto de vista de la estabilidad de los ingresos de la unidad familiar[25]. Se vive, o se sobrevive más o menos decentemente; aunque es obvio que siempre se necesita más, si consideramos, además, que, por selección, estamos ante familias modestas.

- ✓ La impresión es que en las áreas rurales estudiadas se ha producido un equilibrio bastante adecuado entre población y recursos. Por la emigración del campo a la ciudad la población se ha ajustado a las posibilidades del medio, creándose actualmente oportunidades incluso para el recambio generacional.

Prácticamente siempre que el trabajo aparece como problema lo es en relación al **trabajo femenino**. Se observa, particularmente en el segmento más joven de nuestro estrato (grupos de amas de casa entre 40 y 53 años) la necesidad y la demanda de una alternativa laboral **fuera del hogar**, que no siempre se corresponde con una oferta adecuada al respecto. Este tema deja de ser tan importante en las amas de casa de mayor edad; las trabajadoras de esas edades, en cualquier caso, tampoco observan una predisposición clara a abandonar su trabajo, a no ser que se den problemas de fuerza mayor relacionados con la capacidad física.

- – *"Yo lo que echo mucho de menos también en el pueblo es que haya más trabajo para las mujeres. Hay a mucha mujer que les gustaría tener...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- – *...pero que sí, necesita la mujer más..., porque hay mucha mujer joven que se casa, que a lo mejor... Yo veo, ahora mismo esta mujer tiene dos hijas, las dos están trabajando,* ***cuando se casan ya si viven en el pueblo se tienen que quedar en el pueblo, ya no tienen más opción de trabajar****, como antes que..., y decir: "bueno, pues, vamos a hacer... o quiero aspirar a otras cosas.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- – *"Yo lo que echo mucho de menos también en el pueblo es que haya más trabajo para las mujeres. Hay a mucha mujer que les gustaría tener...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

[25] Hablamos de la familia porque prácticamente todas las mujeres consultadas eran mujeres casadas, como es lo habitual en esta franja de edad. Las solteras y las viudas aparecen, y tienen en cierto sentido sus problemáticas especiales, de las que se intentará dar cuenta en su momento, pero hay que entender que la situación dominante nos obliga a considerar a la familia rural como una unidad altamente pertinente de análisis.

La demanda de trabajo femenina no aparece normalmente relacionada con problemas agudos de ingresos en la unidad familiar[26]. La necesidad de trabajo parte de modo explícito las más de las veces de una **necesidad psicológica** asociada al desempeño de la actividad principal, las labores domésticas.

- *A mí trabajo, lo que estoy haciendo, hoy ya no es tan necesario, porque ya se me han casado dos y me queda uno, tampoco es tan necesario, pero ya que lo he cogido, lo tengo en el pueblo, voy solamente por salir también de mi casa y por saber que estoy en otro sitio y me gusta, es que es así, pero como perder yo mi trabajo, como mi hija me dice un día, -mama, tendrás que dejar de trabajar, si dispone así, tendrás que dejar de trabajar, porque cuando tengamos hijos-, digo, -¡para!, para un poco, yo dejaré de trabajar si yo quiero y si me conviene (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Fíjate, estoy mejor trabajando. (...) y estás más activa. Porque ahora digo: "me voy a poner hasta tonta". Es que es así. Es que es así.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

El núcleo principal de insatisfacción asociado a la demanda de trabajo es el típico en este colectivo en el ámbito urbano: un sentimiento de **soledad y de aislamiento**, que se quiere compensar con una actividad que implica de por sí un grado de sociabilidad, de intercambio con otras personas. Si aceptamos la terminología antes propuesta, cabría hablar de **depresión**, dado que lo que está en juego es una fractura en las relaciones con los otros.

- *Yo tengo que comunicarme con unas personas que se cierran, que no se abren a la gente, entonces, ¿a quién tengo yo?, a nadie, nada más que tengo a mis gatos. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Si yo estoy trabajando, yo llevo seis meses en ayuda a domicilio, que lo he comentado, y es una rutina igual, porque es ir a las casas **a atender a los ancianos a hacer lo mismo que hacías en tu casa**. En la residencia, que hemos estado de prácticas, lo mismo, es una rutina diaria. Todo es una rutina.*

- *-" Sí. Pero yo creo que te relacionas más.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Te relacionas más por la gente que te (...) que una dice una cosa, que otra dice otra, que hablas..."(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Yo ahora mismo estaba con chicas jóvenes y me lo pasaba bomba, Y me lo pasaba bomba **y además me enteraba de todo(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)***

- *Y te relacionas con otras personas que no sean del contorno familiar...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *El trabajo también me gusta, y me gusta estar aquí en mi pueblo, **es mi pueblo y la gente me gusta**, pero además quiero algo más, algo que me entretenga más. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Pero, sin embargo, se las ve... hay mucha... ves a mucha gente que se queja que... "me encuentro triste", "deprimida... no sé por qué..." (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

Suponemos que esta depresión es más acusada en estas edades que en edades más tempranas, en las cuales la actividad directa de crianza de los hijos puede llegar a ofrecer mayores compensaciones emocionales. En el momento en que los hijos se hacen adolescentes o mayores se vuelven más independientes, y dejan de necesitar tanto a la madre[27]. Aparece entonces una **etapa de crisis** en torno a los 40 o 45 años, que bien puede provocar el deseo de encontrar otra actividad que ofrezca ciertas compensaciones, que puede ser el trabajo o puede ser otra de otro tipo.

- *Yo para mí es una compensación, que lo que hago fuera, por lo menos para mí, me satisface (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

[26] Lógicamente, el caso puede aparecer, pero no es la norma.

[27] Debe quedar claro que el problema realmente **no es de tiempo**, no es que se disponga de más tiempo libre, y que el aburrimiento provoque una necesidad de actividad. Las tareas de la casa son siempre **altamente exigentes**, y es, además, obvio que el número de tareas no disminuye cuando los hijos se hacen jóvenes o adolescentes. El problema no se sitúa ahí, sino en el intercambio emocional, que queda roto en el momento en que el hijo empieza a hacer su vida.

- *Y de verdad que no pienso que sea tanto, tanto, tanto, la necesidad por motivos eco - nómicos como por motivos de realización personal, o sea, de satisfacción personal, de sentirse bien. De decir: "¡joder..."!. Pues por - que muchas mujeres han estado trabajando, a lo mejor durante once, doce o catorce años y se han casado y lo han dejado ¿Me entien - des? Y entonces ahora ya tienen a los críos, que los tienen mayores, que ya no les nece - sitan tanto, que ya tienen diez años y son mucho más autónomos y (...) Hay ocasiones que te dicen: "oye, Cristóbal qué es mi vida. Qué es mi vida: esperar a que venga fulano, mi marido, mis niños al colegio... que hacen lo que les da la gana, ahora que si se van a las fiestas, que si... ¿y yo qué hago?". Entonces por ahí está un poco el tema. O sea, el cómo canalizar esas inquietudes. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

El trabajo tiene sus ventajas frente a otras actividades "sociales"[28]. Produce un aumento del nivel de ingresos más allá de lo necesario; esa condición superflua de los ingresos femeninos permite que puedan ser detraídos del consumo corriente e invertirse en "caprichos" que con asiduidad son caprichos femeninos[29]. También, por lo demás, ofrece la compensación simbólica del **equilibrio de los géneros**, especialmente relevante en la negociación cotidiana con el marido, e incluso con los hijos[30].

- *...y se vive de otra manera, te puedes dar más caprichos y ya miras la vida de otra ma - nera. Además aportas a la casa y no eres un poco mueble, no sé cómo decirte...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *...por ejemplo, yo veo, que **a lo mejor no vas más a la peluquería porque no tienes me - dios económicos**, porque con el sueldo del marido..."(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ En el ámbito rural, el abandono o el descuido de la mujer en las labores domésticas obtiene una clara penalización. De hecho, incluso esta tímida huída hacia el trabajo tiende a realizarse, cabría decir, **contra corriente**. Hay que armarse de valor y hacer oídos sordos del posible "cotilleo" maledi-ciente que la decisión indefectiblemente va a provocar en la comunidad. Resulta por nuestra parte difícil sopesar la fuerza que en la comunidad rural tiene esta tendencia conservadora. En todos los grupos se alude a ella constantemente como algo que inhibe cualquier posible huída de situaciones dolorosas asociables a los roles tradicionales de género[31].

Pues bien, lo que puede suceder es que esa demanda de trabajo no se corresponda con la oferta efectivamente disponible **en la localidad** del tipo de trabajo adecuado.

✓ Está claro que, por lo menos en estas edades, se busca un tipo de trabajo que pueda compaginarse con las labores domésticas: un trabajo situado en la propia localidad de residencia, y **a tiempo parcial**. Ni desde cuestiones afectivas (lo que apetece hacer), ni desde cuestiones morales (lo que se percibe desde fuera que es la obligación) se observa una predisposición clara a dejar en segundo término las labores domésticas. El trabajo que se busca –por eso tiene que ser a tiempo parcial y efectuarse en la propia localidad- tiene sentido para compensar, cabría decir, los efectos contraproducentes del trabajo en el hogar, nunca como búsqueda de otro modo de vida.

En las clases sociales que consideramos la salida laboral femenina más habitual es la del

[28] Está claro que idealmente se trata de un trabajo social, un trabajo que implique relación, porque éste es su principal atractivo.
[29] Ello enlaza con otra necesidad, a la que ya aludimos genéricamente en el primer capítulo, pero que se desarrollará más tarde para la mujer rural, la de la compensación del estrés del trabajo debido a otros (trabajo de ama de casa), con actividades y acciones **para mí**.
[30] La función del trabajo fuera de casa como actividad asociada al **empoderamiento** femenino, como elemento equilibrador de las relaciones en el ámbito familiar es de todos conocida.
[31] Lo curioso es que prácticamente **todas** las mujeres consultadas se situaban frente a los roles tradicionales de ama de casa una posición crítica. ¿Quiénes eran, por tanto, las maledicientes? O bien las mujeres de más edad –tiene sentido, porque ya entramos en otras generaciones que no vivieron directamente con tanta fuerza como las que son objeto de estudio la crisis del rol de ama de casa-, o bien son ellas mismas, que juzgan mal de las otras los que les gustaría hacer a ellas mismas. Quizá ambas cosas sean verdad, y que se dé esta extraña esquizofrenia asociada al vicio de poner verde a la vecina.

trabajo doméstico[32]. Realmente, las opciones no son muchas, si consideramos que se parte de una mano de obra débilmente cualificada, y si consideramos que este segmento difícilmente se va a poner en situación de competir en los homólogos trabajos típicamente masculinos presentes en el medio (actividades agropecuarias, construcción, minería, etc.), que suelen implicar, además, actividades con dedicación exclusiva. El trabajo doméstico, efectivamente, obtiene un relativo auge gracias a la conversión del medio rural madrileño en residencia secundaria de la ciudad, con lo cual esta necesidad laboral de la mujer rural obtiene con relativa facilidad una satisfacción.

✓ Actualmente, sin embargo, se ha observado en ciertas zonas[33] una competencia seria en la población inmigrante extranjera instalada, que directamente ofrece los mismos servicios a precios sensiblemente inferiores. Esta instalación constituye, como es claro, un problema, y puede estar en la base de la generación de conflictos[34].

- *Yo he oído comentarios de gente joven, pero gente joven, te estoy hablando de gente de 17 años, que iba conmigo cuando estaba dando clases a adultos y gente que me decía, que veníamos, O sea, que venían los de fuera, porque a mí ya no me consideraban esa gente ya de fuera, pero que venía la gente de fuera a quitarnos el trabajo, por ejemplo, dije, ¿pero bueno, como podéis decir eso?, pues si ves que van a montar no se qué, pues móntalo tú que estás aquí y lo conoces, vienen montan un restaurante, montan no se qué y lo único que vienen es a quitarnos el trabajo. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Aquí tenemos canteras que dan muchísimo dinero pero resulta que los que menos trabajan son los del pueblo, porque uno es de Galicia y hay un montón de gallegos. Resulta que la otra es de (...) y hay un montón de Alicante. Pero es que resulta que han liado a venir rumanos, se han liado a venir moros, se han liado a venir peruanos... (RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *"Y señoras que estaban aquí en Cadalso, pues en las casas echando horas, a mil y a mil doscientas pesetas, ahora no tienen ni casas porque...)*

- *Han venido las peruanas.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ No obstante, todo ello puede tener el valor de forzar la búsqueda de otras alternativas que impliquen una mayor cualificación y, por tanto, un proceso de formación. En la actualidad las expectativas de empleo asociadas a la apertura de centros geriátricos en el medio rural son muy elevadas. Tales expectativas están siendo canalizadas actualmente por los cursos de auxiliar de geriatría que en los momentos de la investigación estaban recorriendo nuestra Comunidad, aparentemente con un notable éxito.

- *Salidas profesionales, a nivel de aquí, el qué se podría hacer y cosas de ese tipo. Sí que podrían ser interesantes. O sea, ahora la gente está muy ilusionada con el tema de que van a montar una residencia, y quizás por eso el éxito de... (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

- *...de los cursos de geriatría. Que pienso que está hecho con mucha idea ¿no? Entonces, bueno, quieren montar una residencia. Estuvo aquí Gallardón. Entonces, la gente ya empieza a pensar en el futuro. Y está haciendo el curso de geriatría y tal, pues, porque la gente lo que está es deseosa de trabajar. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

Puntualmente también se percibe la falta de trabajo es **en relación a los hijos**. Parece muy difícil, si no imposible, que los hijos terminen por encontrar una salida laboral en el propio hábitat rural, con lo cual la separación familiar tiene que hacerse tarde o temprano inevitable.

[32] En un segundo lugar posiblemente estén todas las actividades asociadas a la restauración. Ambas actividades suelen tener los requisitos exigibles: trabajos a tiempo parcial ubicados en la propia localidad de residencia.
[33] En concreto, en las localidades de la Mancomunidad de los Pinares.
[34] Es posible imaginar conflictos de la misma naturaleza si consideramos a la parte masculina; tales conflictos pueden ser de más intensidad en este caso, dado que afectaría más a la parte "necesaria" de los ingresos familiares. En cualquier caso, la aparición de tendencias xenófobas en estos pueblos no parece ser anecdótica, a partir de los datos que nos ofrece la investigación.

- *...porque los hijos ninguno se dedica al cam - po, vamos, ninguno. (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*
- *Ya, pero ahora cuando termine los estudios.*
- *Pues ese es oro problema.*
- *Aquí no tiene trabajo.*
- *Aquí no tiene nada, ni trabajo, ni nada y no pensarás que se vaya a quedar aquí. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

Lo dicho es sólo relativamente cierto. Si los hijos quisieran o pudieran quedarse siempre habría una posibilidad, pero lo normal es que no quieran ni puedan por razones distintas a la propia oferta concreta de empleo.

✓ No es normal que los hijos quieran quedarse. Todos los indicadores apuntan a que ya desde la adolescencia se produce un claro desencuentro de los jóvenes con el "ambiente" que les ofrece el pueblo; un ambiente que se vive estructuralmente en falta, y que provoca constantemente la huída hacia otros pueblos y Madrid para la realización del ocio juvenil[35].

✓ Apurando más, cabría decir que ni siquiera **la madre** quiere, en realidad, que sus hijos terminen por vivir en el pueblo. Si el hijo o la hija encuentran una salida laboral en el pueblo ello significaría las más de las veces un **fracaso** en su propio proceso formativo, del cual en gran medida se hace responsable la madre. Lo normal es, por tanto, que, a pesar de las apariencias, la madre haga todo lo posible para que sus hijos terminen por encontrar una salida laboral fuera del ámbito rural.

- *No se han quedado aquí, porque he querido darlas una cultura que yo no he tenido, he te - nido que trabajar muchísimo, eso sí, lo que no hay aquí claro, las he querido dar unos es - tudios fuera, pero las ha pasado lo mismo que a ti, se educan en un sitio, una ha hecho auditoria, otra psicopedagogía, que aquí no hay sitio, y se han tenido que ir a trabajar a Madrid, pero no por ello dejan de venir aquí y cuando están aquí, saborear lo de aquí. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*
- *Pero vamos, ni se lo pido, porque compren - do que si está trabajando todo el día, aunque antiguamente sí lo hacíamos, yo ahora no quiero que lo haga mi hija, yo para mí era muy duro estar trabajando y además acudir al campo, entonces ahora no me apetece que mi hija lo haga. No se si será bueno en la sociedad que seamos tan flexibles o será malo, no lo se. Yo reconozco que forzamos menos a los hijos. A mí me forzaron a hacer cosas, yo los fuerzo la mitad. Parece que los protejo mucho. Pero vamos, no me ha dado mal resultado, porque han sido buenos estu - diantes y son buenos trabajadores, (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*
- *Pero lo pero de esta situación es que se va transmitiendo a la juventud. Entonces la ju - ventud está apática, no sabe que hacer, no encuentran aquí nada. Pero yo creo que es un problema que empieza desde la convi - vencia de los padres y los hijos, "pues aquí no hay nada, pues te tienes que ir a ese sitio, porque aquí no tienes futuro, porque tal, siempre con la idea de superación, que los hijos sean algo más que tú has sido, pero ahí, yo por ejemplo lo he vivido, y ahora me doy cuenta, ¿**hasta qué punto merece la pena de que tú quieras que tus hijas sean tal y tal y tal, si a lo mejor hubieran sido más felices aquí, contigo?** (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

✓ Sólo tiene sentido que el hijo se quede si previamente ha fracasado en sus estudios y en su formación laboral. Trabajar en el pueblo sería, por tanto, **un mal menor**, cuando todas las alternativas de promoción del hijo hayan fracasado[36].

✓ En el caso en que no hayan fracasado en sus estudios, los hijos es normal que tam-

[35] La huída hacia varios pueblos es un remedo de la posible huída a Madrid. La realización del ocio juvenil en varios pueblos ofrece la impresión de la variedad en la oferta del ocio, que es en última instancia lo que se busca; el propio pueblo siempre estará en falta, nunca será un lugar adecuado para el ocio.

[36] Con lo cual el efecto es el de una reproducción de la herida narcisista familiar, el del sentimiento de fracaso por no haber tenido otra alternativa que vivir en el pueblo. Ciertamente, lo ideal sería que la vida en el pueblo se asumiera de forma más positiva; pero poco observamos en esa dirección.

poco puedan realmente realizar su vida laboral en el pueblo. Es muy difícil que la oferta se ajuste a la demanda, que el pueblo pueda absorber la ingente variedad de alternativas profesionales que puedan darse. Aún en el caso en el que el hijo muestre -lo cual no es la norma, como hemos dicho- un interés afectivo por vivir en el pueblo, la necesidad de realizarse profesionalmente le expulsará indefectiblemente fuera de él.

Realmente, más que la demanda de salidas laborales para los hijos en el medio rural, lo que se observa es un **discurso depresivo** acerca de los efectos del despoblamiento juvenil en los pueblos y de la ausencia de recambio generacional. A nivel individual (sea por el deseo, sea por la necesidad) todo opera a favor de la huída a la ciudad de los hijos; a nivel colectivo es cuando realmente se perciben los efectos negativos de todo ello para la comunidad. ¿Cómo invertir, por tanto, el proceso, si no hay razones ni valores individuales que lo permitan? El **fatalismo** es la actitud que se deriva normalmente de todo ello: del pueblo no cabe otro destino que su fatal despoblamiento, si se consideran solamente las potencialidades de la población autóctona.

3.3.3. Las carencias de ocio

El ocio es realmente el gran problema del medio rural o, por lo menos, el gran problema de la mujer rural. Como vimos, también la demanda puntual de trabajo tenía un componente de ocio; toda una paradoja, se busca trabajo para encontrar una dimensión de ocio que falta en la vida cotidiana.

- *Sí, sí, sí, es que tú hablas con la gente y lo que quieres, "qué aburrimiento, si tuviéramos algo para divertirnos, qué aburrimiento, si hubiera algo más". "Qué largo es el invierno" (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *San Martín lo que necesita es algo para salir la gente de nuestra edad, más o menos...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

Lo que se buscaba en ese trabajo secundario era, como se vio, en lo fundamental, **sociabilidad.** En el ocio también se busca, entre otras cosas, sociabilidad, porque el sentimiento previo fundamental es de soledad y de aislamiento: el trabajo de ama de casa genera esos sentimientos. Físicamente es incuestionable la soledad del trabajo doméstico, una soledad que aumenta conforme los hijos se hacen mayores; pero también hay una soledad simbólica, que tiene que ver con lo que se obtiene a cambio: el débil reconocimiento de la actividad, no sólo en la sociedad en general, sino también en el propio núcleo familiar.

✓ Para entender ese sentimiento de soledad simbólico del ama de casa hay que considerar el tipo de compensaciones emocionales que precisa "la cuidadora"[37]; la soledad aparece, lógicamente, por falta de compensaciones. La compensación que precisa un ser volcado en los otros tiene que ver, de algún modo, con la pérdida de ser que ello supone. Son otros los que en realidad se benefician de la actividad, de la preocupación de la cuidadora; pero queda pendiente la pregunta de lo que "yo" tengo que obtener a cambio. La compensación es la **dependencia**, que los otros precisen de mí para ser; en cierto modo es la infantilización del otro lo que restaura el equilibrio. Pero lo normal es que el otro haga la vida por su cuenta, que se haga adulto (los hijos), o que se comporte como adulto (los maridos); es decir, lo normal es que los otros miembros de la familia terminen comportándose como seres independientes (de ella).

  - *No, pero mira yo tengo el mismo problema que tú y estoy casada, tengo mi marido, ¡eh! y tengo un hijo, y sin embargo pues tengo los mismos problemas, aquí se ha hecho, por ejemplo, lo de los animales, me apunto, ¿por qué me apunto?, pues por tener algo que hacer, que necesito actividad, ¿por qué crío gatos, por qué me he hecho cuidadora de gatos?, pues igual que si me hubiera hecho criadora de. Hubiera sido de cabras, o de vacas, me hubiera dado igual, el asunto es porque yo hablo hasta con los gatos a veces,*

[37] Utilizaremos a partir de ahora el término "cuidadora" para aludir a la profesión de ama de casa. Creemos que el término es mucho más expresivo de la función real que el de ama de casa.

claro, es la unión.(R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)

- *No, pero los hijos Cristina, llega un momento que también se van a estudiar y también te quedas sola. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

✓ En la modernidad esta necesidad de compensación se convierte en exigencia de corresponsabilización en las tareas domésticas. Conseguir que el hijo o el marido se hagan cargo de tareas domésticas puede convertirse en una compensación emocional. Pero está claro que –por lo menos en referencia a las mujeres de las edades que estudiamos- no es la demanda de un derecho lo que está en juego, sino una **demanda de amor**: si el otro se hace cargo de alguna de mis tareas es porque me quiere, porque me tiene en cuenta, porque existo para él. Y es cierto que en el medio rural es más difícil conseguir estas compensaciones; la parte masculina es muy celosa de su independencia y de la comodidad que le supone el tener una mujer siempre pendiente de sus necesidades.

- *Y tráeme no sé qué... y digo: "¡pero leche, hazlo tú también. **Recógeme** algo!"(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Hay mucho machismo todavía. En mi edad y en la gente joven, eh. Que las nuevas generaciones no creas que vienen mucho mejor. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

El resultado suele ser por parte de la mujer la búsqueda o el deseo de encuentro de un espacio **de expresión** de las propias frustraciones. El modelo buscado es normalmente es el de la "complicidad femenina"; una solución, cabría decir, "endogámica" en relación al sexo. Son las mujeres entre sí, dado que los hombres no entienden nada, las que deben de solucionar juntas sus frustraciones. Habría que decir, en honor a la verdad, que los hombres hacen lo mismo, erigiendo al bar del pueblo como el lugar permanente privilegiado de expresión del ocio masculino[38]. Esta separación de sociedades posiblemente no sirva nada más que para cronificar los desencuentros; pero el caso es que lo dominante es que las cosas vayan por ahí[39].

- *¡Ah!, nuestros maridos se van a un lado y nosotras nos vamos a otro y si ellos quieren que ir, que vayan, ellos están a lo mejor jugando en un bar y nosotras vamos a otro bar, cada uno juega su partida, ellos juegan (...) luego en el mismo bar y luego merendamos, nos lo organizamos nosotras, ellos van aparte y nosotras aparte, ellos se van a un bar y nosotras a otro y nosotras el día que se tercia (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Pues cada uno por un lado, porque aquí en realidad pocos matrimonios salen juntos a tomar el vermú, ni de paseo con sus hijos, ni nada (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Yo pienso que la mentalidad es que la reunión de los hombres es en el bar. Los hombres hablan de sus cosas en el bar alrededor de lo que sea ¿no? de su partida de cartas, su caña o su... su café. Y las mujeres no, son otra cosa. (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

- *Es que aquí la relación social es ir al bar y yo creo que van los señores por un lado y las señoras... Es que hay mucho machismo en este pueblo. De verdad, es peculiar. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

- *Yo pienso que la mentalidad es que la reunión de los hombres es en el bar. Los hombres hablan de sus cosas en el bar alrededor de lo que sea ¿no? de su partida de cartas, su caña o su... su café. Y las mujeres no, son otra cosa. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

Desde la óptica de la mujer rural, que es la que directamente nos atañe, esta búsqueda en el ocio de un espacio de complicidad femenina es **todo un problema**. Ciertamente, no hay un espacio físico adecuado, puesto que el bar del pueblo se lo han quedado los hombres[40]. Pero

[38] Parece que siempre necesitado de alcohol para ejercerse y manifestarse.

[39] Ciertamente, aparecen casos en que la pareja es el sujeto real del ocio, como va camino de convertirse en norma en el medio urbano. Pero por el momento constatamos que lo normal en los pueblos es lo contrario, que la pareja no sea una unidad pertinente para el ocio.

[40] Todavía es relativamente habitual que esté mal visto que la mujer entre el bar, todavía hay interdicciones al respecto que se empiezan a relajar, gracias a una reivindicación activa de grupos de mujeres de cara a la utilización de ese espacio tradicionalmente vedado. *"Porque todavía está mal visto la mujer en el bar. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo).*

el problema de dónde reunirse es secundario[41] en relación al problema principal de encontrar con quién o quiénes establecer esa relación de complicidad.

La mujer rural tiene, por tanto, el problema adosado de la impermeabilidad del medio (femenino) en relación a la expresión colectiva de las circunstancias y problemáticas asociadas a la condición de cuidadora. Algo así como si se obturara la válvula natural de escape de la presión psicológica acumulada.

- *Yo creo que esto es una base que vamos a tener las mujeres, de siempre, en Rascafría, hay algo en Rascafría, no se de qué, de mal rollo, no se sabe convivir (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

¿Cómo hablar (con las otras) de mis problemas, si ello necesariamente conllevaría su difusión más o menos malediciente a toda la comunidad? Lo que falla es la certeza del **secreto,** un requisito indispensable para que pueda instaurarse una relación de complicidad[42].

- *Yo muchas veces lo digo, pero decir las cosas como son, pero fulanita, "he oído esto" y la otra lo ha dicho de otra forma, lo tracamundean y te han formado un follón, un lío horrible, y es así, pero porque no dicen las cosas como son (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Sí, bueno, pero si lo veo en negativo, después cuando salga, voy a decir, ¡madre mía!, voy a criticar tu postura, y tu forma de hablar, pero como aquí no somos positivos, somos mas bien negativos, por eso no se pueden hacer reuniones de más gente, porque no, porque no, porque ha habido reuniones y han criticado lo que ha dicho la fulana, lo que ha dicho la mengana, porque ha sido sincera, eso pasa aquí. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

Esa visión idílica de la sociedad rural como espacio de comunicación, a la que se aludió en el capítulo primero, y que realmente opera en cierto registro imaginario como verdad, se demuestra en un registro más vital como mentirosa. La idea de una sociedad, por lo menos la femenina, profundamente hostil, cerrada e imposibilitada constitucionalmente para la comunicación "auténtica" se nos repite constantemente como síntoma. La imagen de soledad e incomunicación se nos reproduce en este nivel, si cabe de forma más angustiosa y frustrante que en el nivel familiar anterior. Aquí todo el mundo va a lo suyo, y si se interesan por el otro es simplemente para encontrar carroña para el cotilleo.

- *Aquí falta una cultura social de la gente, la gente no sabe tener relación con los demás, a no ser que vayan criticándoles, hablando mal de ellos, mira esta como va, aquella no se cuantos, ese mal rollo siempre de competencia, de saber, de que yo soy más lista que esta, porque aquella hace mejor las cosas que yo, yo no lo digo por mí. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Antes éramos más abiertos, más vecinos, más amigos y te enterabas, yo particularmente donde vivo, se puede morir medio pueblo y le pueden enterrar, que es que no me entero. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Todo el mundo encogido, la gente esconde sus sentimientos. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Yo creo que aquí mucho de lo que pasa es porque la gente le da miedo de la otra gente, y está esperando a hablar, a ver lo que va a decir esta si digo esto, que tiene miedo de la otra gente, con lo facilito que es. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

[41] Lo cual no quiere decir que no sea importante o relevante. En los pueblos la creación de espacios colectivos de reunión para las mujeres es clave para la dinamización, y para la superación colectiva de problemas asociados al modo de vida.

[42] El típico *"te lo cuento si no se lo cuentas a nadie"* expresa, no sólo la manifestación de la necesidad de expresión de un problema y la importancia de la comunión en el otro, sino también, a la postre, la evitación de efectos contraproducentes de cara a la misma solución del problema originario. Si a la confidenta se le habla de un problema con el marido, y ello lo difunde, a la postre el problema deviene agravado. Es obvio que muchos de estos problemas "familiares" se solucionarían mejor si el interlocutor de la confidencia fuera el natural, el directamente afectado (maridos, hijos, suegras, suegros, etc.) y no la vecina. Cierto voyeurísmo femenino se presenta ya en la mera propensión a la confidencia; no es de extrañar que a la postre lo íntimo termine por hacerse público. Ya el mero acto hablar sobre el marido con la vecina tiene algo de acto de cotilleo malediciente, una forma de *"ponerle verde"* (de castrarle, en cierto modo); basta con que el juego malintencionado siga su curso natural para que el mensaje termine en su original y auténtico destinatario.

– *Viven muy pendientes de la vida de los demás pero yo creo que porque la suya propia no tiene mucho interés. Entonces, entre las telenovelas y la vida ajena. Mucha cultura de telenovela también hay aquí. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

Visto desde otro punto de vista, el cotilleo tiene su sentido positivo en la sociedad rural. Es la forma en que los otros dejan de ser anónimos y pasen a ser, por el conocimiento de sus avatares, como de la familia. Vocación femenina, por tanto, de extender los lazos de relación, de extender el "cuidado" prácticamente al pueblo entero. Pero se trata de un juego peligroso y que a la postre genera su antítesis en la imposibilidad de relación humana. En el juego de mirar y no ser mirado todo el mundo tiene que ponerse a la defensiva para no llegar a ser despojado de su intimidad. El otro es un enemigo, a la par que un mirón.

Cierta dificultad, por tanto, para salir de la esfera individual y familiar, para entrar en un terreno de sociabilidad. Muchas mujeres quedan, como consecuencia, recluidas en sus casas, sin otro intercambio con el resto del pueblo que tópico social: los "buenos días", las "buenas tardes", el comentario del tiempo, y poco más. Realmente, un profundo aislamiento.

– *Por los quehaceres que ya no es como antes, yo escuchaba a mis abuelas, que la casa no era tan importante, era, salían al fresco, hablaban unos con otros. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

– *Era otra relación y es que ahora no puedes, o sea ni casa, ni vas a ningún sitio, porque el problema es que dices, no sé, yo no tengo trato con la vecina que tengo, sí, hola buenos días y me tengo que hablar un poco, pero ya para. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

– *Siempre lo estoy diciendo que me tengo que marchar, vamos que estaré unos años aquí, pero que yo mi vida no termina aquí.*

– *¿Y QUÉ TE HACE FALTA?.*

– *No se si echaré algo en falta, o que no me encuentro a gusto tampoco, porque vas a la tienda, te encuentras a alguna y a lo mejor no te paras ni a hablar, hola, adiós, porque no tienes mucho trato, porque no. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

– *Entonces ¿necesidades de la mujer en el ámbito rural? Pues, probablemente, lo que yo percibo cuando vienen a la consulta es que les falta tiempo para hablar con alguien. Es decir, aunque parezca que en el ámbito rural se da pie a hablar de muchas cosas tienen un handicap que es que no hablan de lo interesante o de lo que realmente les preocupa porque si no se sabe todo. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

A pesar del aparente muro que la sociedad rural impone para una comunicación auténticamente enriquecedora y ajustada a los problemas reales y vívidos de la mujer rural, se van creando **núcleos de sociabilidad** que, por el momento, aparentemente sólo atañen a las mujeres y que, desde luego, no implican actividades mixtas. Por alguna razón –que no es posible intentar desentrañar aquí, puesto que el hombre ha quedado al margen de la investigación– o bien las posibilidades de una sociabilidad se circunscriben al ámbito femenino o, por lo menos, ambas sociabilidades, la del hombre y la mujer, siguen caminos completamente separados.

La sociabilidad femenina en el ámbito rural tiene toda la apariencia de ser un fenómeno **inducido**. Instituciones de diversa índole han ido promoviendo la creación de asociaciones, actividades, cursos, talleres, etc., con objetivos de lo más diversos, pero que todos ellos han servido, aparte de para sus fines propios, para crear **espacios de sociabilidad**. Es decir, han servido para que las mujeres rurales encuentren el espacio, el tiempo y la oportunidad para la comunicación mutua.

– *Necesito algo más, algo que me llene, algo cultural, unas charlas, venir alguien y tener unas charlas con la gente. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

– *Sociales con emigrantes, que hay muchísimos aquí. Se podría hacer, pues no se, lo único que hicimos fue una vez con el Huracán Mix, a través de la asociación, salir a hacer una cuestación, para mandar dinero, la operación (...), no se, no se. Necesitamos a alguien que nos orientara además en lo que podemos hacer. Que yo ahora no se decirte*

exactamente, se podrían hacer cosas. Pero, ya te digo, que aquí la gente lo que piensa es salir un poco y divertirse (Mujer, 57 años. Rascafría)

✓ Entiéndase, la dinámica propia de la sociedad rural lleva a la incomunicación. Sólo una intervención externa, que junte a las mujeres para que puedan hablar y para que puedan hablar de sí mismas, puede invertir un proceso natural, que es claramente entrópico.

Estas intervenciones podrían no haber tenido audiencia; pero no parece ser el caso. Nos ha resultado difícil encontrar en la investigación elementos vírgenes al respecto, lo normal ha sido hablar con mujeres que habían participado o estaban participando en esos momentos; y lo normal también es una valoración muy positiva de tales experiencias en tanto **puntos de encuentro entre mujeres**, más allá de la valoración debida a la actividad realizada.

La demanda de tales actividades está, por tanto, garantizada; pero hay que aceptar que también hay muchas **resistencias** al acceso. Las resistencias vienen precisamente del lado apuntado del miedo a la desnudez pública; es muy comprometedor, efectivamente, colocarse en una situación apta para la confidencia, especialmente si no se puede controlar del todo quienes van a ser las otras. Las rencillas entre grupos de mujeres son típicas, y donde vayan las unas será difícil que vayan las otras. Normalmente estos grupos se forman a partir de afinidades generacionales[43], de situación vital[44] o, incluso, religiosas. Ni que decir tiene que todo ello complica sobremanera la proposición de actividades.

– *Sí, bueno, pero si lo veo en negativo, después cuando salga, voy a decir, ¡madre mía!, voy a criticar tu postura, y tu forma de hablar, pero como aquí no somos positivos, somos mas bien negativos, por eso no se pueden hacer reuniones de más gente, porque no, porque no, porque ha habido reuniones y han criticado lo que ha dicho la fulana, lo que ha dicho la mengana, porque ha sido sincera, eso pasa aquí. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

– *Pero yo te cuento un detalle, de Sagrario, por ejemplo, nuestra amiga, es de la misma edad que nosotros, de toda la vida, Sagrario, por ejemplo y como Sagrario, te la pongo como ejemplo, porque hay mucha gente, decimos mañana hay una reunión, vamos a venir aquí ¿y quién va?, ¡ah!, pues yo no voy, porque va fulana y yo con esa no tengo nada que ver, ese tipo de cosas, eso muchísima gente. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

Pero el móvil de acceso a este tipo actividades es muy potente: la expectativa de poder superar la barrera de incomunicación en que se vive, y la posibilidad de encontrar un grupo afín donde poder expresarse libremente sin miedo a que lo que diga será utilizado en su contra.

Este tipo de actividades, entre otras cosas, vienen frecuentemente a ocupar el hueco de un **ocio imposible**. Es muy difícil ubicarlas conceptualmente como trabajo u ocio, porque realmente están casi en el mismo registro que el trabajo fuera de casa:

✓ Suponen la autoimposición de una disciplina personal.

✓ Se integran en la vida cotidiana como actividades (suponen la realización de un esfuerzo) y no como descanso o relajación.

✓ Tienen una meta productiva clara: la aprehensión de un conocimiento considerado útil para la vida cotidiana. La motivación de "conocimiento" está siempre íntimamente asociada a la demanda de este tipo de actividades. Hay una necesidad de saber, de compensar un **desfase** vital, que íntimamente forma parte de la vivencia de la ruralidad, como sí, a pesar de la televisión, ese medio que parece ponernos todos en el mismo rango de saber sobre el mundo, no

[43] Parece habitual, por ejemplo, que las más jóvenes rechacen participar con las más mayores. De cara a la planificación de actividades es bueno convocar diferencialmente según los tres tramos globales de edad: jóvenes, maduras y mayores.
[44] Se ha observado una tendencia a que las mujeres en situación marginal (solteras, viudas, incluso inmigrantes) tienden a una cierta asociación espontánea.

fuese suficiente. Vivir en el campo siempre está del lado del atraso[45].

No obstante, hay un disfrute, que nos colocaría la actividad del lado del ocio. Aún así, creemos que el ocio falta, que hay una necesidad de parar. Y lo evidente es que la mujer rural, trabaje o no fuera de casa, **no para**. Hablar de estrés no es ni mucho menos en este caso impertinente; a pesar de las apariencias, la vida rural produce también estrés.

- *Pero que decimos que el estrés en un pueblo no debería de existir y, sin embargo, sí que lo hay(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Dentro de eso, aunque seamos amas de casa, no paramos en casa. O sea que (...)(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *... tienes la casa, tienes muchas cosas que hacer y ya se te junta todo. Y eso es lo que te hace el estrés. Para mí...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Yo tengo 3 hijas en una edad ya, o sea que, es que y entonces no te da tiempo tampoco a charlar, yo ahora mismo, esta mañana ha llegado una amiga y estaba deseando que se marchase, porque es que me pillaba el toro, no me daba tiempo a la comida, no me daba tiempo.*
- *Estamos estresados.*
- *Antes era diferente, se ponía un cocido diario y esa era la comida y todos los días la misma comida y ahora no, ahora es. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Porque se pelean con unos y con otros, ya son edades que los hijos son más conflictivos, el marido también empieza... ellas se revelan porque ya dicen que ya han aguantado... Y ya empiezan a surgir conflictos de pareja. Entonces... van a la doctora para dormir, para relajarse... Y están ahí. Entonces también... Llama un poco la atención, porque dices: en esta zona tenían que estar muy relajadas, porque aunque tengan las tareas, pero no es Madrid. No tienen que coger el metro y no tienen tanto... No, tienen el estrés... (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

✓ En estas edades, que tradicionalmente aparecen vinculadas a la reducción de actividad doméstica, las obligaciones comienzan, muy al contrario, a acumularse. El académico "síndrome de nido vacío" parece casi una burla si se considera la situación normal: los hijos no se van de casa, se quedan hasta edades muy avanzadas; cuando por fin se van, resulta que traen inmediatamente a los nietos para suplir la guardería, puesto que se hace obligatorio en el matrimonio joven que ambos sexos trabajen[46]; en el mismo momento empiezan a ser un problema los mayores[47], que exigen cada vez más cuidado, y que pasan fácilmente a ser la responsabilidad de la que se ha quedado en el pueblo. Y todo ello en unas edades en las cuales el propio deterioro físico y el del marido empiezan a hacerse notar. De nido vacío nada de nada, está todo lleno de polluelos.

- *Como seas cinco o seis personas, y encima una anciana, cuando te toca, el mes que te toca, pues, fíjate, no es para estarte...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Hemos cuidado a los hijos, y ahora tenemos que cuidar a los nietos.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- *Es el problema de la edad nuestra, que tenemos a los hijos muy mayores en casa. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Y si se casan, siguen estando. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Lo que pasa que también, si se casan, tienes que darles una ayuda y mismamente mi hija*

[45] Esa vivencia de atraso, de desfase, que en última instancia remite a la "herida narcisista" apuntada ya varias veces, aparece en nuestras mujeres por partida triple: en tanto que mujeres rurales, en tanto que mujeres de clase baja, y en tanto que también amas de casa. El estatuto de ama de casa, también en el medio urbano, tiene asociada la sensación de déficit de saber: la casa es un mundo aparte fuera del mundo.

[46] La inserción laboral de las mujeres jóvenes, su desatención necesaria de las labores domésticas, provoca esta servidumbre en las madres, de las que nadie parece acordarse. Especialmente en las clases bajas –que son de las que nos ocupamos- esta utilización de la madre es muy habitual, dado que no existen otros recursos accesibles económicamente de los que echar mano.

[47] Tanto los propios padres como los suegros, normalmente mucho más problemáticos para la mujer.

que se ha casado y la he tenido que tener a la chica 3 chica 3 años, para que ella trabajara, luego cuando ya vino el chico, dejó de trabajar (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)

- *No, no, no, cuidado que yo no crea que estoy por la labor de ser la guardera, lo tendré que hacer, bueno, total, que 30.000 pesetas les cuesta meter a un niño en la guardería, ¿de qué sacan las 30.000 pesetas, si tiene que pagar letra, no se qué, no se cuantos?, es que luego decimos, pues que se apañen como puedan, verdaderamente que se tienen que apañar como puedan y dejar de trabajar no pueden. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Y eso también llama mucho la atención. Y los problemas de sueño en la gente mayor, también (...) en el grupo que estáis, pero ya empieza ahí. Ya empieza ahí. Entonces ¿el por qué? Porque tengan un problema que no les va bien en el vida, no encuentran donde encauzar sus cosas... Por eso, porque ahora ya la gente no les necesita tanto para el cuidado y se quedan como un poco... Y después si les toca tener a los padres a cargo, y todos enfermos, entonces ahí sí que están estresadas, pero... O sea que salen de una y se meten en otra. (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

✓ Si sumamos a todo ello el trabajo fuera de casa, las actividades, los cursos, los talleres, etc., el resultado es el de una jornada realmente apretada, que inevitablemente debe de producir estrés.

- *Porque a la edad nuestra, yo no tengo nietos, pero la mayoría tienen nietos, la señora, es una rabia, los hijos que se hacen mayores, yo tengo 3 hijas en una edad ya, o sea que, es que y entonces **no te da tiempo tampoco a charlar**, yo ahora mismo, esta mañana ha llegado una amiga y estaba deseando que se marchase, porque es que me pillaba el toro, **no me daba tiempo a la comida, no me daba tiempo**. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *...Y no tengo hijos. Entonces, noto que me tengo que levantar a las siete y cuarto, me voy a trabajar, tengo que ir a unas casas. Tengo que cumplir con mi obligaciones. Luego estudias, entre medias, y en fin, la casa, la compra... Y entonces me hace como más estresada. Y yo soy muy tranquila, creo.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

¿Qué salida ofrece nuestra sociedad al estrés? Prácticamente, la evasión, la relajación, la actividad improductiva, el consumo narcisista, etc. Pero estas mujeres están constantemente en una situación de productividad, no hay desconexión, de la mañana a la noche, días laborables y festivos son cuidadoras, no dejan de serlo en ningún momento.

¿Hay tiempo para parar? Realmente, tiempo sí que hay; siempre es posible buscarlo, aunque la actividad debida sea agotadora. No es que falte tiempo, lo que falta es **el lugar y la oportunidad**. Esa, a la postre, imposibilidad para el ocio es lo que termina por hacer estresante la actividad: no hay más que actividad, no hay nada fuera de la actividad.

La imagen que transmite el medio, el pueblo, como lugar para el esparcimiento es francamente desoladora: **en el pueblo no hay nada**, está francamente muerto. Esta imagen mortecina que ofrece el medio se nos repetirá en otros ámbitos, y conviene profundizar en ella, porque es clave para entender el sufrimiento de la vida rural.

- *Pero en un invierno, a la 5 de la tarde, ya no ves a un alma por la calle y ya te tienes que meter allí, tienes muchas cosas que hacer, porque no me cruzo de brazos, pero yo allí en mi casa, en Madrid, yo tenía a mis vecinas, yo podía comunicarme. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Ahora no, ahora está todo vacío (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Ahí, quiero decir, yo pienso que el mayor, a nivel de la mujer, quizá sea el que si ella quiere hacer algo la imposibilidad por estar en el pueblo de poder hacerlo. Quiero decir, si se quiere marchar de compras, para hacer alguna compra o de ver escaparates, aquí no lo puede hacer. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

En muchos casos[48] esa imagen mortecina aparece asociada a la **pérdida de población** o,

[48] Es obvio que los pueblos más pequeños ofrecen más esa impresión que los más grandes.

más bien, a la pérdida de población en determinados estratos considerados altamente importantes para generar una impresión vital: los niños y los jóvenes. El envejecimiento de la población trae como consecuencia la sensación de un pueblo muerto, de un pueblo sin vida.

- *Pero es que ahora no. Es que yo veo, que yo salgo con mi marido y hay veces que le digo: "vámonos a casa, si es que no hay nadie".(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *No ves ningún chico ni ninguna chica joven.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Pero me parece a mi, esto no, pero si te relacionas con gente joven tienes otra alegría, otro humor.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ Aunque para cualquiera es intuitivamente evidente que este sentimiento tiene que producirse en una situación en la que prácticamente sólo hay viejos, es obligado intentar profundizar en lo que ello significa. No se nos escapa, en una primera aproximación, que se da una suerte de asimilación metafórica del pueblo como familia: un pueblo sin niños y jóvenes es como una familia sin hijos. A quien más puede afectar el drama de una familia sin hijos es a la persona que ejerce la labor del cuidado: culturalmente la mujer.

✓ Esta depresión[49] tiene que ver fundamentalmente, por tanto, con el deseo de apropiación del pueblo desde la estrategia afectiva de la cuidadora. Como si de una madre sin hijos se tratase, la imagen que le devuelve a la mujer rural un pueblo sin niños y sin jóvenes es depresiva y frustrante. Lo que se frustra es una posibilidad natural de apropiación del medio de vida, una posibilidad natural de ejercer la sociabilidad.

- *...porque antes salíamos y veías matrimonios en los bares, con los niños... Se comunicaba más la gente de todas las edades(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ Recuérdese lo que se dijo al respecto del cotilleo, que era una forma de apropiarse de los vecinos **como si fueran de la familia**. Pues bien, la carencia de sujetos dependientes frustra el cotilleo, en lo que tiene de faceta positiva de vertebración de las relaciones sociales. Naturalmente, se puede seguir cotilleando de la vecina, pero ello es casi ya una perversión, un vicio. El **control social** de los sujetos dependientes es lo que da auténtico sentido a la apropiación del pueblo como si sus miembros fueran de la familia[50].

✓ Podría decirse, por tanto, que se sufre en propia piel[51] la depresión poblacional del pueblo, una depresión que se vive, inevitablemente, como progresiva **degradación**, como pérdida vital, como muerte más o menos lenta[52].

- *El pueblo está cada vez pero, cada vez a peor va, no hay ambiente, porque yo antes salía y te encontrabas hablabas con uno, con otra persona, salías de noche a tomar una copa y tenías con quien hablar, con quien distraerte, jugabas a las cartas, charlabas, hacías, veías la televisión, ahora no tienes con quien, ni donde, no hay nada, pero es que no soy yo, que yo voy a mayor, es que las demás tampoco, antes venía gente, los hijos de aquí del pueblo que están en Madrid, venían todos, ahora cada vez vienen menos porque no hay actividad, no hay nada, todo el mundo piensa lo mismo, no tus hijos, son todo el mundo, se casó la hija de Perla y fueron a hacer la despedida de solteiro a Salamanca, ¿tú crees que son cosas normales?, es que aquí no viene esa gente que se movía antes mucho, había como pandas de gente, de diferentes edades, que se iban moviendo, como que **falta unas gene -***

[49] Recuérdese que nuestro concepto de depresión aparecía asociado a una fractura en la relación del yo con los otros.
[50] El cotilleo malediciente parecería como si fuese una patología de una sociedad enferma; de la misma forma en que los matrimonios sin hijos pueden generar estrategias perversas de relación, como si debiera de haber algún culpable, también el pueblo sin hijos puede generar estrategias semejantes.
[51] Y estamos hablando de un sufrimiento afectivo muy profundo.
[52] Ya veremos más tarde el cómo la posibilidad de frenar la degradación del pueblo (que no es sólo poblacional, sino también de comercios, de servicios, etc.) se convertirá en la matriz del discurso político y reivindicativo. Si alguna obligación atañe al ciudadano rural en tanto que deber cívico para con la colectividad en la que vive, esa es la hacer todo lo posible para frenar la degradación del pueblo, para invertir el proceso que le acerca a la extinción.

***raciones que ya no vienen, que ya no es - tán, que han hecho un vacío grandísimo**. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

Cierto es que varios de los pueblos analizados todavía tienen niños, todavía tienen jóvenes. Pero el miedo a la degradación está permanentemente ahí, especialmente por la evidencia de que la población juvenil tarde o temprano se va a marchar del pueblo, porque el pueblo no le ofrece nada, ni desde el punto de vista del trabajo, ni desde el punto de vista del ocio. Y el problema del ocio juvenil es todavía más importante que el del trabajo: si los jóvenes se aburren en el pueblo, ¿cómo van ni siquiera a plantearse que su futuro pueda llegar a ubicarse en él? Lo normal es que estén deseando que llegue el día de poder abandonarlo.

- *- Para la juventud no hay nada.*
- *- Es que no hay ambiente.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Entonces no hay nada. Es solamente el gam - berrismo que hay...de fumarse un porro de - trás de una valla (RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ La preocupación por las oportunidades de ocio de los jóvenes se antepone, de esta suerte, a la preocupación por las propias posibilidades de ocio[53]. Hay que darle a los jóvenes lo que necesitan para que deseen vivir en el pueblo. ¿Pero cómo competir con la seducción que les ofrece la ciudad?[54]

- *Bueno, pero en el pueblo es una pena.*
- *Eso es en todos los sitios.*
- *Bueno, pero aunque sea en todos los sitios, sigue siendo un problema.*
- *- Estamos hablando del pueblo y en el pue - blo está lleno de criaturas pequeñas, ¡eh!, porque ¡jolín!, hace 5 meses se tuvieron que llevar de ahí el centro este a un niño coche 14 años con un. Con un coma etílico, y se si - gue emborrachando, se sigue tirando por los puentes y sigue haciendo todo, luego enton - ces tendría esa persona, su madre dice, que su hijo no es alcohólico, y está borracho co - mo una cuba todos los días, por lo menos los fines de semana.(R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

✓ De hecho los jóvenes ya están fuera; su ocio se dirige, como dijimos, a otros pueblos mayores, con más oferta de ocio, o a Madrid. La sensación vital, como consecuencia, sigue siendo la del despoblamiento, la de un pueblo envejecido y sin vida.

La recuperación reciente de ciertos pueblos para el turismo urbano ha mejorado en algo las cosas. Por lo menos los fines de semana hay gente (la depresión se traspasa a los días de diario); por lo menos en los meses de verano hay gente (la depresión se traspasa paradigmáticamente al invierno).

- *En invierno terminas un poco... Y el invierno es larguísimo, son pues nueve meses, prácti - camente. Ya el frío, calor no va a hacer. Puede hacer días de sol maravillosos, pero por la noche ya es un hielo tremendo, o si no nieva, o si no llueve. Y es muy largo, y no ves un alma por la calle. Un poco deprimente. Pero vamos, será más deprimente para la gente joven, yo ya me he hecho también (Mujer, 57 años. Rascafría)*
- *De toda la vida aquí, yo el cambio empieza ahora, es ahora cuando necesito marcharme, una temporada unos meses al año y sobre todo en invierno, yo no aguanto en invierno ya, me mata, me deja mal, me deprime. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*
- *Yo aburrirme, no me aburro tampoco, pero es la tristeza del invierno. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

[53] Esto es algo que le sucede siempre a la cuidadora, y que constituye su drama, su círculo vicioso vital. Siempre las necesidades del otro se anteponen a las propias.

[54] Por ello hay que admitir que se trata de una **juventud mimada**, sobre la cual existe un acuerdo implícito colectivo de no generar conflictos. La permisividad tácita hacia los comportamientos autodestructivos juveniles (alcohol, drogas, etc.) es fácil verla desde fuera como desproporcionada; y creemos sinceramente que la sociedad rural debería replantearse su actitud hacia una situación que es mucho más dramática para el futuro de los propios jóvenes que lo que se quiere llegar a aceptar, y posiblemente también más dramática que la que se produce en el mismo tema en el medio urbano. Una sociedad, ni siquiera una sociedad rural, no debe de claudicar en la educación de su propia juventud.

Pero hay que darse cuenta que esos otros venidos de la ciudad que instalan más o menos transitoriamente[55] su residencia en el pueblo son, propiamente hablando, extranjeros, **gente que no es del pueblo**. A la larga pueden llegar a ser adoptados, y considerados **como si** lo fuesen, pero siempre queda un residuo de exclusión o, si se quiere, de desconfianza.

- *Nosotros hemos tenido siempre un problema de aceptación de forasteros, de toda la vida. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *El carácter serrano, de comunicación somos muy cerrados y muy para dentro. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *No, la gente que vuelve no son hijos o familiares, son gente que quiere cambiar el estilo de vida. Que están hartos de Madrid, que no les gusta y entonces vienen aquí a montar negocios y ahora con Internet también hay mucha gente que trabaja, que puede trabajar y trabajan en eso ¿eh? Están en una zona rural, mucha gente en esta zona, ya te digo, trabaja en su casa por Internet y es otro nivel cultural, que no tiene nada ver pero también... Y después hay, por ejemplo, una zona de aquí, que es curiosa que, que se llaman los modernos, es gente que viene toda de Madrid y entonces viven como... no como hippis pero casi en comunas, entonces tienen cooperativas de alimentos ecológicos, son forestales y van ocupando pueblos que estaban despoblados. Entonces, son (...) pero es que es una población cada vez va a más y no es nadie del pueblo. Van llenando los pueblos, las casas son muy baratas y están abandonadas y, entonces... y tienen niños, son parejas jóvenes pero no son del pueblo para nada y el pueblo tampoco les acepta mucho porque tienen un estilo que no les gusta. Pero, bueno, que van a trabajar, montan negocios y huertos ecológicos y cosas de esas y también son profesionales pero que van a vivir ahí y tienen otro estilo de vida, porque van buscando otra cosa, bucólica. (...) (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

✓ La exclusión viene determinada por la conciencia de no compartir un destino común. Anteriormente apuntamos que la matriz del discurso político rural se ubicaba en la conciencia compartida de depresión de la comunidad y la defensa o resistencia frente a la degradación del pueblo. El que viene de fuera no tiene esa conciencia o ese sentimiento, ve al pueblo y a su gente de otra manera en la que los autóctonos no se reconocen[56].

✓ Y es bueno tomar conciencia de que, dicho sea de paso, esos procesos de exclusión afectan a mucha más gente del pueblo de la que cabría suponer y, en concreto, mucho más a la mujer que al hombre. Muchas mujeres han accedido al pueblo por la circunstancia del matrimonio, cosa que sucede en el caso del hombre de forma muy anecdótica[57]. Hay en los pueblos, por tanto, muchas mujeres **que no han nacido en el pueblo**, pero que el matrimonio las ha situado en él. Y el caso es que, después de muchos años de vivir en el pueblo, siguen sintiéndose extranjeras, siguen sintiendo que los del pueblo[58] las excluyen de alguna manera. Ciertamente, son menos extranjeras que los urbanitas, porque lo normal es que vengan de otros pueblos y no de la ciudad, pero, aún así, su situación es la de estar más sujetas a la maledicencia que las mujeres oriundas. Un aislamiento, por tanto, todavía más profundo.

[55] Hay que considerar también los que vienen de la ciudad a residir permanentemente, pero cuyo horizonte vital y de trabajo es plenamente urbano.

[56] Un ejemplo extremo que puede ilustrar lo que queremos decir es el de los ecologistas rurales, muy típicos de la fauna urbanita del medio rural, que suelen las más de las veces gente huída de la ciudad al campo. Esos ecologistas ven y actúan sobre el territorio como **paisaje**; los del pueblo, por el contrario, perciben el territorio como valor de uso y de cambio, en tanto que propiedad.

[57] Hay dos causas para explicar el fenómeno, una estructural (si la condición tradicional de la mujer es la de ser ama de casa, en el caso del matrimonio es ella la que debe de abandonar su pueblo, e ir a vivir a donde el marido tiene trabajo, que normalmente es su propio pueblo), y otra coyuntural (el despoblamiento femenino de los pueblos es un fenómeno bien conocido, derivado de la dificultad de la mujer para encontrar una salida profesional a partir del patrimonio familiar; como los pueblos se despueblan de mujeres, los hombres tienen que ir a buscarlas fuera).

[58] Hombres y mujeres; pero quizá más las mujeres porque son las que en realidad tejen este tejido invisible.

- *a mí la gente mayor que me ha visto llegar de pequeñita aquí, esa gente a mi me considera forastera todavía, y llevo aquí, pues fíjate 47 años, 47 años viviendo y me he criado aquí, yo me considero de aquí, O sea, yo, es difici - lísimo que diga algo de mi pueblo, de Fuente de Cantos, O sea, a mí, es Rascafría mi pue - blo y yo hablo siempre Rascafría. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Pero tienes aquí tus raíces hija, yo no tengo ni abuelos, ni mis tíos. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *No, es que aquí la gente no se abre a cono - certe, se abre hacia las personas que habéis nacido y sois de aquí. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

Pues bien, se agradece que vengan los de la ciudad[59], porque ello ayuda a frenar la degradación del pueblo, pero su presencia no enriquece excesivamente la vida cotidiana, puesto que son situados al margen, y tampoco ayuda demasiado a paliar el sentimiento depresivo asociado al despoblamiento, porque los del pueblo, que son los que importan, se siguen yendo y son, en cualquier caso, sustituidos por gente anónima y sin filiación, inhábiles para tejer sobre ellos la estrategia del cuidado.

El espacio exterior, el pueblo, deprime, porque está falto de vida. La búsqueda de una compensación al estrés de la actividad se frustra por la visión de un espacio desolado y sin vida. ¿Cómo salir de esta especie de cárcel? ¿Realmente hay tan pocas oportunidades para el ocio como las que aparentemente se presentan?

Lo que aparentemente aborta la posibilidad de que se desarrolle una práctica de ocio satisfactoria[60] estriba en la forma en que los dos ambientes, el de la familia y el del pueblo, establecen sus relaciones.

✓ Es evidente que, a diferencia de lo que ocurre normalmente en el medio urbano, la pareja no se constituye, salvo contadas excepciones, en sujeto colectivo que planifica y organiza su actividad de ocio. ¿Por qué no cogen el coche y se van a ver una película a Madrid o a donde exista la oferta? Aunque en el pueblo -como se suele insistir de forma reiterada- no haya oportunidades para el ocio, esas oportunidades no están normalmente demasiado lejos. Lo que es evidente es que **no hay demanda**; de haberla posiblemente ya habría una oferta más cercana.

✓ La pareja no opera como demandante de ocio. El marido tiene su taberna, donde parece que tiene suficiente[61], y la mujer parece encontrarse sola en esta búsqueda; y dado que está siempre en casa, parece que el ocio hogareño, es decir, la televisión es su única oportunidad.

- *De ese punto que tú has dicho, además que no tenemos donde ir, el que te quedes una tarde en casa, que tú no quieres quedarte en casa, tú quieres salir, ¿y a dónde voy?, apar - te de ir a casa de la vecina, a casa de la ami - ga, ¿a donde voy?. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *No, pero te voy a decir una cosa, yo allí en Corpa no encuentras una persona que digas, los hombres se van a jugar a mus, hablo de los que salen con mi marido, con los que nos juntamos, mis primas y eso, allí no sale nin - guna mujer de su casa, allí si van (...)allí no sale nadie. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

Como la casa sigue devolviendo la imagen de la actividad, necesariamente el ocio que la mujer necesita se sitúa **fuera de casa.** La única posibilidad de salir es **con otras mujeres**. Y ya hemos visto anteriormente los problemas que ello conllevaba: decidir **abandonar al marido**, y dedicar el tiempo propio para divertirse es al-

[59] "*Y yo digo siempre lo mismo, a la persona que viene al pueblo a hacerse una chabola hay que tratarle con mucho cariño". (RG1 Villa del Prado. 53 A 56. Pueblos pequeños)*

[60] Y hay que admitir que esa necesidad de ocio individual, tan extraña quizá a la mentalidad rural tradicional, está ya instalada. No estamos ante mujeres que estén fuera del mundo, fuera de las necesidades de la sociedad moderna.

[61] Habría que ver si eso es realmente así, si el hombre no siente también insatisfacción por este ocio repetitivo y paupérrimo, en que prácticamente sólo caben el alcohol y las cartas.

go que no se concilia fácilmente con la vocación de cuidadora[62], y, sobre todo, la presión social que el pueblo[63] ejerce en contra de semejante veleidad.

- *tienes que decir, madre mía de mi vía, los sábados y domingos se me cae la casa encima, yo estoy todo el día trabajando para aquí para allá y a mí el sábado y el domingo no me gusta estar en casa metida y es que ya llevo mucho tiempo que no quiero estar, entonces mi marido tampoco ya juega al mus, antes sí jugaba la mus y ahora ya, se queda allí, ¿dónde vamos, vamos a Alcalá?, aunque sea por dar una vuelta (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *si no sales el domingo, después de estar toda la semana en casa, ¿qué haces?, eso no es vida, así que yo los domingos se lo advierto a mis hijos, digo, yo los domingos no preparo la merienda, aquí los domingos no hay cena, cada uno que se las busque como sea y si queréis cenar en casa, un bocadillo, o lo que queráis, pero yo el domingo me voy con mi marido a merendar por ahí y nosotros desde por la mañana a misa, desde la misa lo primero, pim, pim, pim, al bar a tomar el vermú y luego por la tarde un ratito y se te pasa el domingo que ya llega el lunes con otra cosa. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Yo no voy, porque mi marido no va, y entonces me da apuro de irme yo al bar y él que se quede sólo, y me quedo con él, pero gustarme me gusta. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Hubo dos mujeres que me dijeron, no, no, porque yo, ¿qué voy a hacer con mi marido?. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *O que organizamos a través de la asociación, nada más. Organizamos, pues bueno, excursiones, teatro, irte a Madrid, excursión, pues donde sea, a Trujillo, a... no se, depende. Pero un día sólo, porque, entre otras cosas, todavía existe el no dejar al marido. ¿Cómo le voy a dejar sólo, y quién le hace la cena? (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Hay asociacionismo pero como hay tanta rencilla en tema de decir... por el que va a decir la vecina si digo esto o digo lo otro. Porque muchas, las mayores piensan que las jóvenes que van a hacer esas cosas es que no tienen otras cáscaras que hacer nada más que eso. Quiere decirse que por ir ahí están dejando sus quehaceres como esposa, mujer y madre. Entonces, muchas veces cuesta ¿no? que salgan afuera. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

Pero no hay otra salida. Y muchas mujeres rurales tienen la suficiente clarividencia como para darse cuenta. En su impotencia y su frustración ante las oportunidades de ocio que les ofrece el pueblo se nota que en muchos casos prefieren percibir el problema desde la depresión y de la impotencia que desde la expresión y la potencia. Hay muchas cosas que hacer en el pueblo, y es muy posible que haya otras **u otros** que también puedan tener interés en hacerlas con ella. En el pueblo o en otros pueblos: ¿es posible encontrar una identidad tan limitada de miras como la de ser de un pueblo? Mejor una identidad proyectada, por ejemplo, hacia la comarca: ¿no aumentan entonces espectacularmente las posibilidades percibidas de ocio y el ámbito de relación social para establecerlo[64]?

- *Creo que hay que mentalizarse de que te guste vivir en el pueblo y saber aprovechar todo lo que te guste del pueblo, cuando hay algo o que te aburras o eso, pues subirte más veces a la ciudad. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

✓ Ciertamente, el que muchas de las mujeres de estas edades no dispongan de la competencia para conducir un coche es un problema, pero no de tanta importancia como el que hemos analizado, que impide el desplazamiento por pura impotencia y depresión. Siempre se encontrará alguna que lo tenga, o alguna posibilidad de adecuación a los, ciertamente en muchos casos precarios, trasportes públicos.

- *Nos preocupamos, lo que pasa que no se molestan ellos en atendernos, porque yo ya*

[62] Con lo cual se genera culpa y mala conciencia por no cumplir con la obligación de cuidar al marido. Culpa o miedo, porque el marido puede reaccionar airado, o porque puede retirarle su amor.
[63] Más que el pueblo, la propia sociedad de mujeres del pueblo; la propia sociedad de mujeres. No deja de extrañar cómo desde el propio sexo se obturan las salidas.
[64] Es lo que, según vimos, están haciendo los jóvenes.

le estoy contando, que yo he ido al ginecólo - go y no me hizo ni caso, con 3 años de cita y no me ha hecho ni caso. (R.G.6. Amas de ca - sa. 54 a 65 años. Anchuelo)

✓ En cualquier caso, tampoco estaría nada mal aprender a conducir.

- *No, pero es que aquí, si te quieres desplazar, si tienes tu coche, no tienes ningún problema para desplazarte, teniendo coche. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

- *Del marido, es diferente, yo he tenido una amiga vivir aquí, ha venido a vivir aquí y es di - ferente, al yo tener un coche, tener carné, te - ner un medio de locomoción, para despla - zarme yo, que el tener que estar a expensas de mi marido, tienes más libertad, para mo - verte, para todos los sitios, por lo menos yo, para moverte para todos los sitios y no te im - porta para desplazarte unos kilómetros para ir a comprar, lo que sea, a mí por lo menos. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

- *yo el problema que tengo, yo lo que más pe - sar tengo es no tener un carné de conducir, yo, porque si yo tengo un carné de conducir, mí mi marido no me hace falta para nada. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

Ocupar también los espacios del tradicional ocio masculino, es decir, la taberna es, ciertamente, también una estrategia interesante, por lo que tiene de enfrentamiento simbólico a la separación entre la sociedad masculina y la femenina. Pero hay que aceptar que ese modelo tradicional de ocio masculino tampoco es que ofrezca una excesiva posibilidad de enriquecimiento personal.

- *Digo no se Anchuelo como será, pero en Corpa, pero te voy a decir una cosa, si quie - res salir, lo que estamos hablando, si quieres salir a un bar, ahí en Corpa, lo primero las mujeres no van a los bares, te hablo de Corpa. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Ya te digo que nosotras, nos gusta ir al bar, echamos nuestra partida, somos 8 ó 10, nos juntamos en el bar, nos tomamos nuestra tostada, nuestro café y nos lo pasamos pipa el fin de semana, sábado y domingo para no - sotros, para irnos nosotras a divertir, y el lu - nes y el martes a trabajar. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

✓ En cualquier caso, lo que creemos que sí es importante es dotar al ocio de auténtica dimensión de ocio, es decir, como diversión, como evasión, como despilfarro, como tiempo propio y personal, como estrategia de aproximación gratuita al otro. Existe la trampa de convertir el ocio en actividad debida, en hacer cosas que se deben hacer porque así se cumple con algún tipo de exigencia moral con uno mismo[65]. Aunque resulte agradable hacerlo, el estrés, lejos de disminuir con ello, se incrementa. El ocio debe de dar la oportunidad a otra relación con el tiempo. Y la trampa –ya lo hemos dicho- de la cuidadora es la de trasformar toda actividad en actividad debida a los otros.

3.3.4. La falta de servicios

En cualquier estrategia que la mujer rural establezca para superar sus carencias personales o familiares se encuentra con la precariedad del medio para ofrecerle soluciones. Las soluciones que cualquier ciudadano urbano tiene prácticamente al alcance de la mano, son pa-

[65] Es muy típico en el tipo de mujer rural estudiado la presencia de mandatos superyoicos relacionados con la cultura. En la medida en que se siente como algo consustancial al yo la falta de cultura -por clase social, por condición de ama de casa, por ser de pueblo-, parecería como si la propia redención personal debiera de pasar necesariamente por el acceso a la cultura. Nunca está de más, efectivamente, adquirir cultura, porque puede ser útil, y porque la actividad permite mejorar la autoestima. Pero el ocio debe de estar en algún lado, y la cultura sólo es ocio para muy poca gente; para la mayoría es exigencia de ser y sentir de otra manera. El yo al que aludimos y al que hay que cuidar con el ocio es un yo real, no un yo deseado.

- *No, pero si ya lo vemos, hay una biblioteca y tampoco viene nadie a por libros, pues no sé entonces, claro, si es que yo vuelvo a decir que es una cultura, se acabó, de que la gente tiene que decir, bueno yo vivo en un pueblo, pero yo quiero seguir sabiendo cosas y ya está, me parece a mí que ahí está en la base, porque es que lo demás, no lo entiendo, O sea, no lo entiendo, a mi me faltan horas, necesito más horas. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

ra la mujer rural lejanas o inaccesibles. Eso es, antes que nada, una **incomodidad**. Si la comodidad es, como se sabe, uno de los valores de civilización más actual, es evidente que la vida rural supone prácticamente un paso atrás de civilización.

- *Es que este pueblo nuestro, por desgracia no tenemos muchas comodidades.(R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

La incomodidad puede percibirse desde las necesidades más inmediatas. La misma compra ordinaria o extraordinaria exige de desplazamientos a otras localidades, y de una inversión de tiempo y esfuerzo muy superior a la que pueda darse en el medio urbano.

- *De todas maneras, lo que estamos hablando, en los pueblos, es bastante bien, lo único lo que dice Carmen, el problema de ir, porque yo compro todos los viernes en Alcalá, ya llevo muchos años yendo a Alcalá a comprar al mercado, lo que sea, bueno pues el problema que tenemos es que el ir a Alcalá, lo están poniendo dificilísimo, ahora para entrar a la plaza de la compra de Alcalá de Henares. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Las cosas del pan, la leche todo eso, todas las compras que se hacen en la ciudad, que tú compras en los autoservicios, si no tienes en el pueblo, las pequeñas bodegas del pueblo lo tienen muy caro, entonces te desplazas a un sitio, a por ejemplo, el Carrefour, otro sitio, donde ya venden por mayor, en cantidad, o sino te vas a Buitrago, tienes que desplazarte. (R.G.3. Amas de casa. 40 a 54 años. El Cuadrón)*

Y sucede lo mismo con el resto de necesidades:

✓ Las necesidades educativas.

- *(...) pero para San Martín del Valdeiglesias no tenemos comunicación y es que es un problema. No sabes. Mandas a tu hijo y no sabes si ha entrado al colegio, si no ha entrado, si te llaman tienes que estar buscando a alguien que te lleve.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

✓ Las necesidades sanitarias.

- *Y luego sitios de ocio, porque no tenemos comodidades ni de médicos, porque el médico va dos veces en semana. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

✓ Las necesidades de ocio.

- *O sea, en Madrid tienes más opciones de hacer, o te apuntas con una ONG, o a un grupo de danza, o te vas al cine con tu amiga un día y otro, O sea, tienes más campo para hacerlo, aquí también coges el coche y te vas, pero ya te da más pereza, porque es una hora de coche, aparca el coche, luego vuelve. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Pues eso, que faltan muchas cosas. Te falta eso, lo que te digo, un cine, una buena cafetería, no se, un sitio donde poder pasar la tarde de que no sea en casa de nadie, sino poderte reunir. En una buena cafetería pasamos la tarde, vamos al cine...* ***Aquí no hay de nada****. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

✓ Etc.

Todo es más complicado, todo exige de un mayor esfuerzo. Es claro que el estrés también tiene que estar relacionado con esta inflación del coste en incomodidad asociado a prácticamente todas las necesidades cotidianas. Hay que darse cuenta que la mujer rural –como posiblemente también la urbana– tiene que hacerse cargo de la mayoría de ellas, puesto que remiten a tareas tradicionalmente femeninas.

✓ Y se debe de considerar que las necesidades son prácticamente las mismas que las que puedan darse en el medio urbano. No hay menor necesidad de nada por el hecho de vivir en el medio rural; lo que sí hay es un mayor coste, un mayor esfuerzo, que es directamente proporcional a la distancia física que se tiene con la capital.

Es obvio que el medio rural no tiene capacidad para equiparar sus estándares de comodidad y de calidad de vida con los del medio urbano. En el caso de la infraestructura comercial es bien evidente; dado que lo que está en juego es la relación privada económica entre la oferta y la demanda: hay una débil infraestructura comercial simplemente porque la población es escasa. En el caso de los servicios públicos es

obvio que las cosas no son tan sencillas: son directamente **derechos de ciudadanía** los que aparecen conculcados en el momento en un servicio público se hace menos accesible a unos determinados ciudadanos. Cabe hablar, por tanto, de **discriminación**, de una discriminación no asociada a la raza, al sexo o a la religión, pero sí al lugar de residencia, una circunstancia que tampoco es producto de la libre elección personal.

Como se ve, el tema nos introduce directamente en el discurso político reivindicativo. Es obvio que toda la política rural gira en torno a la expectativa de salvar las diferencias entre el medio urbano y el rural. Pero lo que nos interesa por el momento es analizar en qué afecta a la mujer rural esta, comparativamente hablando, merma de derechos.

El tamiz afectivo desde el cual se aborda el tema es frecuentemente **depresivo**. Son las sensaciones de abandono, de olvido, de indiferencia las que priman. Como si los poderes públicos tuvieran su mirada puesta en otro lado y las condenaran a ellas y al pueblo al más absoluto ostracismo. La depresión, por lo tanto, vuelve a surgir en otro orden discursivo, en el discurso político.

La posición afectiva es, como se sabe, extraordinariamente dependiente en relación a cualquier figura de autoridad: el alcalde, el médico, el maestro, el cura, etc. Son figuras, por una parte, terribles, en la medida en que está en su mano la posibilidad funesta del desprecio y la indiferencia. Son figuras, por otra parte, fácilmente familiares, en la medida en que toda la estrategia de la mujer se resume en conseguir o, por lo menos, mantener una ficción de familiaridad con ellas. Se trata de otra manifestación de la misma propensión, analizada otras veces, a tejer una red de familiaridad sobre todos los miembros del pueblo. Pero en este caso lo que está en juego es la autoridad, y el papel de la autoridad remite a la figura simbólica del padre. Y siempre es mejor un padre bueno que un padre malo.

Lo que nos interesa fundamentalmente es hacer notar cómo desde un plano íntimo la categoría, apuntada anteriormente, de **derecho** aparece normalmente fuera del discurso. La relación con la autoridad no está equilibrada, no es la relación entre representado y representante, entre alguien que paga por un servicio y alguien que debe de dárselo por esa misma causa. La ciudadana rural está ahí porque previamente tiene marcada en su piel la certeza del sinvalor. Quien cree que no vale nada sólo tiene la alternativa de pedir, de esperar en el otro una actitud benevolente.

Todo esto que puede manifestarse a nivel de lo individual, se manifiesta también a nivel de lo colectivo. La depresión del pueblo[66] no conlleva la reacción airada de quien se ha visto desposeído de un derecho, sino la pasiva de quien se deprime al sentirse abandonado. La vivencia del pueblo, ya se ha dicho otras veces, es **trágica**; es la certeza de una muerte anunciada. Sólo la puntual benevolencia de los otros, de los que tienen el poder, de los que vienen de la ciudad, puede paliar en algo ese sentimiento trágico, que no les faculta para otra cosa que para la inacción.

Todo lo que venga de fuera es bienvenido, eso está claro. Si de algo no se la puede culpar a la mujer rural es de ser malagradecida. Pero desde la oferta de servicios se debe de tener muy en cuenta que la situación resultante es la de una demanda de servicios, por una parte, **indiscriminada** y, por otra parte, **insaciable**. Es decir, todo va a ser bienvenido, con independencia de que realmente sea útil y se adecue a necesidades reales[67]; y todo lo recibido va a ser poco en relación a lo que se quisiera obtener[68].

[66] Y no hay mejor indicador de la depresión del pueblo que la carencia en los servicios básicos.
[67] Por ejemplo, la oferta de cursos de autoempleo, que ha sido bastante habitual recientemente en el medio rural, puede tener perfectamente una audiencia en mujeres de estas edades; pero lo más normal es suponer que tales cursos no van a tener ninguna aplicabilidad práctica. Este fenómeno de distorsión y desajuste entre la oferta y la demanda se debe de tener muy en cuenta a la hora de no despilfarrar recursos.
[68] Puesto que no hay medida que permita concretar lo que falta.

- *(...) si hay más habitantes que en Cadalso y se pueden hacer más cosas. Porque aquí a lo mejor hay esto, lo de la informática, y en principio no hay sitio para meterte, porque está todo lleno y al final se va borrando la gente y quedan dos...*

- *Pero es porque todas nos apuntamos y luego no vamos a nada.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Ellos aceptan cualquier cosa que tú les hagas o que le hagan los demás. Pero hacer ellos les cuesta mucho porque son muy cómodos. Lo que he dicho antes. Muy cómodos en todos los sentidos. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

Frente a lo que se oferta desde la ciudad se establece una suerte curiosa exigencia colectiva, la de **participar**, la de no dejar escapar la oportunidad. Es prácticamente un deber de ciudadanía[69] el hacer uso de lo que se oferta, porque la actitud contraria implicaría el actuar en contra de la superación de las carencias y de la depresión del pueblo.

- *Yo ahora voy a hablar y voy a dar un poco la razón a Ana, aquí hay muchísimas cosas, se podían hacer muchísimas cosas, ha habido muchísimas cosas por hacer y no hemos hecho ninguna, ¿dónde está el problema?, que no hay unión entre la gente, no somos comunicativos unos con otros, hay sus pandas y sus historias, entonces. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

✓ Naturalmente, el hecho de que el deber exista y se represente como necesario no quiere decir que el comportamiento se ajuste siempre a él en todos y cada uno de los casos. Ciertamente, no todo lo que se oferte va a ser, como dijimos, útil, y realmente hay una sobre-inflación de la oferta[70] que a la larga puede generar desmovilización, pero siempre quedará como resto cierta mala conciencia, cierto poso culpable por no haber actuado conforme a lo que el pueblo necesita.

La frase: *"nosotros somos los culpables de lo que nos ocurre[71]"* traduce perfectamente la forma en que se vive la depresión progresiva e inevitable del pueblo por déficit de servicios. Se vive con culpa y mala conciencia, como si la responsabilidad última recayera en quien debiera realmente recibir esos servicios.

- *Exactamente, hemos empezado por la base, ¿de qué hemos empezado nosotros a hablar cual era el principal problema de salud aquí?, el paisanaje, la gente, que nos dan todo y no cogemos nada, porque estamos asqueados de todo y nos sobra todo, la relajación, hay de todo y nunca vamos, Amparo y si vamos, vamos 4 siempre a todos los sitios, pues ya me contarás. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Entonces, nosotros mismos hundimos las cosas a los pueblos.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Pero es porque todas nos apuntamos y luego no vamos a nada.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes).*

[69] Entendiendo la ciudadanía en este caso en relación al pueblo.
[70] Nos referimos en este caso a cursos, talleres, etc., más que a servicios. Ya se sabe que la oferta de formación tiene el componente tramposo de intentar suplir la no inversión en servicios.
[71] Porque no aprovechamos las oportunidades, porque mostramos indiferencia ante lo que nos dan.

4

LA PERCEPCIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES RURALES

4.1. LA PERCEPCIÓN DE SALUD DESDE LA PROTECCIÓN FRENTE A LA ENFERMEDAD EN EL MEDIO RURAL

La valoración del estado de salud depende, sin lugar a dudas, de la **impresión de protección** frente a la enfermedad que ofrece el medio. Este quizá sea el indicador más fundamental y prioritario de la percepción de salud de la población. Ello atañe directamente a la valoración de la **calidad**[72] de los servicios sanitarios ofertados; unos servicios sanitarios de calidad ofrecen una impresión colectiva de un buen nivel de salud y, al contrario, unos servicios sanitarios deficientes ofrecen la impresión colectiva de un bajo nivel de salud. La percepción de salud tiene que ver y mucho con sentirse protegido frente a la enfermedad.

Está claro que al respecto estamos ante uno de los grandes inconvenientes de vivir en el campo. Ese modo de vida supone, prácticamente por definición, adaptase a una situación en que es obligado rebajar las exigencias personales al respecto. Y ello no es una rebaja baladí, como pueda ser, por ejemplo, el renunciar a la variedad de alternativas de consumo que ofrece la ciudad; está en juego la renuncia a **sentirse seguro** frente a la enfermedad y la muerte. El valor de civilización rebajado en este caso no es sólo, aunque también, la comodidad, sino la **seguridad.**

- De ahí que de entre los servicios públicos que se presentan en déficit en el medio rural, la sanidad sea el que más rápido aparece a colación, y el que más ampollas levanta a la hora de poner en evidencia las carencias. La seguridad es, en referencia a la calidad de vida percibida, un valor de superior rango que la comodidad, y es prácticamente su prerrequisito: sin seguridad no es posible disfrutar de la comodidad del modo de vida.

  – *Ahora, también en los pueblos el inconve - niente que hay también es, pues, en la cosa de la salud.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

[72] Integrando en la calidad todas las variables pertinentes; cobertura, rapidez, cualificación, servicio, etc.

4.1.1. El problema de las urgencias

Es obvio que el ciudadano rural de la Comunidad de Madrid, sea cual sea el pueblo en que se encuentre, tiene la posibilidad de acceder a los mismos servicios sanitarios que cualquier ciudadano de la capital. En principio, no parece haber marginación frente a los servicios, aunque sea obvio que se genere mayor incomodidad por el problema de la distancia. Pero a lo que remite primeramente el problema de la seguridad es a lo que en un momento puntual puede ser percibido como **urgente**. El problema (y el fantasma) deriva de la incertidumbre de ser o no atendido en un momento dado con la suficiente diligencia.

- *"Bueno, los análisis sí que te los hacen, pero lo demás yo creo que ahora mismo, pues, estamos en los pueblos un poco...*
- ***Dejados**".*
- *Sobre todo, sobre todo, en urgencias. Es en urgencias.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Por ejemplo, yo lo veo en una persona que tenga, tú imagínate un chico o un hombre, yo o cualquier mujer, que tenga una hemorragia por un corte ¿qué hace? Hasta que llegas a Navalcarnero te has muerto. El que no se sepa hacer un torniquete o llegues aquí y no te cosan como debe de ser (...)(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

Aparentemente estaríamos hablando solamente de los **servicios de urgencia**. Es obvio que el talón de Aquiles de la sanidad pública en el medio rural se sitúa en la posibilidad de ofrecer un servicio de ambulancias lo suficientemente rápido como para que se pueda minimizar el inconveniente de la distancia, y/o de acercar las urgencias a la zona mediante centros de urgencia intermedios. En ambas direcciones se están produciendo acciones relativamente recientes interesantes, como pueda ser la ubicación de **helipuertos** en distintos puntos de nuestra Comunidad, que suelen valoradas positivamente. Siguen existiendo quejas, como cabría esperar, a la tardanza de las ambulancias, o la insuficiente dotación de los centros de urgencia intermedios. No obstante, la impresión del analista[73] es la de que ese fantasma de poder llegar a morir por desatención está suficientemente conjurado; no se observa espontáneamente una inquietud excesiva al respecto.

- *A lo mejor has llamado a la ambulancia, tiene otro aviso y no puede venir.*
- *Pero en vez de poner dos, que pongan cuatro.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- *A lo mejor has llamado a la ambulancia, tiene otro aviso y no puede venir.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- *Te pones mala de repente y tienes que salir en un coche particular, porque tarda una ambulancia media hora, una hora, o sabe Dios. Y luego que aquí tampoco tienes médico(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

De todas formas, puede influir en el tema la edad de las mujeres analizadas. No es, como se sabe, una edad crítica al respecto. En estas edades lo normal es que o bien todavía se goce de relativamente buena salud (± 40 a 50 años), o que la aparición de los primeros achaques (± 50 a 60 años) todavía no aparezca asociada a un riesgo de inminente de muerte. Posiblemente en el estrato siguiente no estudiado (más de 60 años) la posición subjetiva al respecto sea mucho más sensible.

También es muy probable que el segmento anterior, tampoco escogido para ser estudiado, el de las madres con hijos pequeños, manifieste angustias semejantes. Es de todos conocido la inflación de la frecuencia con la que la cuidadora moderna acude a los servicios de urgencia infantiles; en el ámbito rural debe de existir la misma necesidad, y es normal que los déficits rurales en los servicios de urgencia conlleven una mayor angustia. Muchas de las mujeres consultadas recuerdan esa etapa de su vida como "problemática" en relación al

[73] A partir, obviamente, de la experiencia en estudios anteriores en los cuales la problemática de las urgencias en poblaciones alejadas de los centros de referencia había salido a colación.

sentimiento de desprotección sanitaria derivado de la ubicación en el medio rural.

Los servicios de urgencia en la Comunidad de Madrid son para el ciudadano rural fundamentalmente **incómodos**. Se ha instalado en nuestra sociedad, como se sabe, un propensión a acudir a los servicios sanitarios de urgencia como alternativa más cómoda en un momento dado ante la aparición de una afección que otras alternativas. Lo que se quiere es acceder a una atención **inmediata**, cuando el uso de los canales normativos habituales exige de una excesiva dilación. En particular, es la dificultad de acceso a los servicios de atención especializada (por tiempo, por trámites) lo que genera esta afluencia masiva a los servicios de urgencia de los hospitales.

- *– Y si vas a una urgencia te tiras toda la tar - de o todo el día.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- *Es que quizá las urgencias mucha gente ya van para nada, eh(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

El ciudadano rural no tiene por qué tener una propensión distinta que el ciudadano rural a acceder a los hospitales, puesto que participa del mismo sistema asistencial, y puesto que el acceso a la medicina especializada es todavía para él más incómoda[74]. La posibilidad de poder acceder a un **hospital más cercano** se convierte, de esta suerte, en prácticamente un derecho en muchas zonas rurales de las estudiadas[75].

- *Y si vas a una urgencia te tiras toda la tarde o todo el día.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

Y es claro que los servicios de urgencia ubicados en el medio rural no pueden por sí solos canalizar esta demanda. La ausencia de medios (pruebas diagnósticas, personal especializado) los convierte en muchos casos en una alternativa absurda, puesto que el acceso a ese servicio suele llevar parejo el traslado posterior al hospital; con lo cual lo natural es ir directamente a éste y saltarse el trámite. Realmente esos servicios de urgencia locales lo que sirven es para suplir la sensación de desprotección sanitaria que se produce en la atención primaria cuando el médico sólo está presente en el pueblo unas pocas horas al día; son, por tanto, en la práctica parte del propio sistema de atención primaria.

- *Porque (te trae a cuenta) irse a Alcorcón que irse a Villa del Prado, porque vas retroce - diendo y después tienes que volver para ir. Si es una cosa de urgencia... Si es una cosa de urgencia tienes que ir a Villa del Prado, y te mandan después a Alcorcón, pues te trae a cuenta ir a Alcorcón directa.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- *Sí, pero no tenemos mucho. Las urgencias no funcionan tampoco. Porque tenemos un médico y si se va, como es para los pueblos de alrededor, si se va al pueblo se queda... (RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pe - queños)*

4.1.2. La atención especializada

Pero es obvio que la mejora de los servicios relacionados con las urgencias no es suficiente para evacuar el sentimiento aludido de inseguridad. Prácticamente todos los servicios sanitarios operan en esa dirección. Alguien puede también morirse porque no le detecten a tiempo una determinada patología grave; en ello juega, obviamente, la calidad de todo el sistema, pero implica de forma muy especial a la **medicina especializada.**

Y en este aspecto sí que las edades de estudio son especialmente pertinentes. La mujer perimenopáusica, como se sabe, está sujeta actualmente a la exigencia de realizar una serie de controles ginecológicos sistemáticos con el objeto de **detectar precozmente** patologías graves relativamente probables en ese segmento de edad.

[74] Es más, incluso se denuncia en muchos casos una actitud por parte de los profesionales de atención primaria de frenar o dilatar el acceso a la medicina especializada, como si hubiese una consigna institucional al respecto destinada a marginar específicamente al ciudadano rural.
[75] La que menos problemas manifestaba al respecto es, obviamente, la zona limítrofe a Alcalá de Henares.

Esa exigencia está perfectamente incorporada en la mujer rural estudiada, en todos los sentidos; es decir:

✓ Hay un **conocimiento** más o menos preciso del tipo de afecciones que se pueden sufrir y del riesgo que se corre[76].

- *Estamos más informadas, tenemos más medios (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

✓ Hay, por tanto, **miedo** instalado sobre la posibilidad de contraer esas afecciones.

- *Más miedo, claro, porque cuando eres más joven, yo he tenido un problema toda la vida, ella líquido sabe, unas hemorragias grandísimas y ya hasta que no fui de urgencias sangrándome si no no voy al ginecólogo, pero porque era más joven, pero ahora no me tienen que decir que vaya, voy con miedo, pero me preocupo, yo creo que hemos cogido ya algo más, estamos más espabilados y tenemos más, escuchamos más, yo que sé. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Nosotras también llegamos a una edad que te entra miedo. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Hay un poco de miedo a ir. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

✓ Se sabe que para reducir el riesgo es muy recomendable realizar determinados controles ginecológicos.

- *Problemas ginecológicos. La mujer tiene un problema porque es que necesita estar... tener unas revisiones periódicas o... Si no es problema, pero, bueno, es una necesidad. Y no mucho más. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

✓ Se han soslayado las resistencias tradicionales de género a realizar controles de semejante naturaleza[77].

- *Y pasando de 60 ya es más difícil que vaya la gente al ginecólogo. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Y pasando de 60 ya es más difícil que vaya la gente al ginecólogo. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Yo lo que he visto así más destacable en cuanto a métodos anticonceptivos y... hombre, a lo mejor alguna persona así un poquito más mayor que se insiste en las visitas al ginecólogo, la importancia que tienen, que no tienen... O sea que eso, vamos, el médico... ese médico... Vamos que no, es que ni se lo plantean. Pero yo creo que ésas son las menos ya. Que las demás sí que acuden a sus mamografías, a... (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*
- *Yo creo que sí. No sé, yo me despegado un poco de eso, pero hace cuatro o cinco años había gente de estas de setenta y tantos u ochenta años que te lo contaban. Y esas son enemigas de la ginecología. "A mí no me ha visto nadie y me va a venir ahora..." (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

Pues bien, está instalada una necesidad, asociada a la propia seguridad personal, que para satisfacerla es imprescindible la presencia de unos determinados servicios sanitarios especializados. No estamos, efectivamente, ante casos de urgencia, pero el sentimiento de seguridad puede verse afectado gravemente por la inexistencia de unos servicios adecuados cuantitativa y cualitativamente a la demanda generada.

- *A mí es lo que más miedo me da, me da más miedo según van pasando los años y me veo más mayor(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

Es evidente que estamos tocando un punto débil de todo el sistema sanitario público; se ha generado, específicamente sobre la mujer adulta, una demanda de servicios que no se puede ni mucho menos abordar desde la ofer-

[76] El grado de conocimiento no creemos que sea, en cualquier caso, menor que el que pueda encontrarse en el mismo estrato poblacional en el medio urbano. Globalmente, la televisión es sin lugar a dudas el medio más importante; pero es claro que los programas orquestados desde los centros de salud también tienen una elevada eficacia al respecto.

[77] Muy típicas en el pasado del medio rural, pero que creemos que apenas se deben considerar para el segmento de edad estudiado. Son mujeres cuyas generaciones han vivido hace tiempo la "revolución interior" que supuso en su momento el tomar el control de su propio cuerpo sexuado abriendo la posibilidad de ser inspeccionado por el médico. El típico "a mí no me ve nadie más que mi marido" sólo aparece en el discurso a modo de chanza para aludir a actitudes de las más mayores.

ta; de ahí el auge de la ginecología privada como alternativa.

- *Aquí vas y te pide cita, el médico de cabecera, te la dan, para dos o tres meses. Te manda una revisión que te la dan a los 8 ó 9 meses, o 6 ó 7, ya sabes cómo funciona la Seguridad Social.*

- *Y llegas a la consulta de Madrid y te encuentras que esta vacía, o para ir a un ginecólogo te dan para 4 meses de espera y llegas allí y a lo mejor hay 4 esperando a la puerta, O sea, que para llegar aquí este día, he tardado 4 meses en venir y ahora resulta que no hay nadie aquí esperando. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Y luego un año ecografía otro año, radiografía otro año, mamografía otro año, cuando vuelves se han pasado 3 años. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

La mujer rural, como es obvio, sabe de ese problema, sabe que la mujer urbana sufre el mismo tipo de inconvenientes. Pero el caso es que aquella los sufre de forma sensiblemente agravada por el problema de la distancia; un control ginecológico supone en muchos casos en la práctica la pérdida de varios días enteros en Madrid, con el consiguiente abandono que ello supone en relación a las tareas cotidianas o al propio trabajo fuera de casa. Es obvio que también el problema se ve agravado cuando no se dispone de coche o de la competencia para utilizarlo, esto último bastante usual en el segmento objeto de estudio. Unos transportes públicos precarios, inadecuados en sus horarios a las citas médicas terminan por cerrar un círculo que en muchos casos produce la desmovilización efectiva de la mujer frente a sus cuidados ginecológicos: asumir un riesgo (de no prevenir) por no verse implicada en una tremenda incomodidad.

- *"Que ahora mismo, simplemente, para ir una radiografía...*

- *Pues te tienes que ir a Madrid".(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Claro, es que hay muchas personas que no tienen coche, y se tienen que ir al médico, que el médico lo tienen a las 5 de la tarde, y el coche que hay es a las 6 de la tarde para ir. ¿El que no tenga donde quedarse qué hace? O tiene que depender de algún familiar, o de algún vecino, o del taxi que te cuesta 12 mil pesetas. O quedarse a dormir en Madrid. Porque además a lo mejor ésta tarde tienes que ir a uno y mañana por la mañana a otro. Imagínate, aquí hay un coche que sale a las 7 de la mañana y otro a las 6 de la tarde. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Yo pienso que la calidad de vida, es mejor en el pueblo que en una ciudad, creo, porque sí, porque **además en tu casa ya tienes las mismas comodidades que tienes en una ciudad**, la que sea, lo que pasa que también tienes otras carencias y **otras** cosas, yo por ejemplo me he tenido que bajar esta mañana tempranito porque tenía cita de ginecología y me he tenido que bajar, entonces si estás en Alcalá, pues a lo mejor no me tuviera que levantar, como yo que me he levantado a las 7 de la mañana para estar en Alcalá que tenía que estar, entonces pues hay cosas que claro, no es lo mismo, estás en Alcalá, sin ir más lejos y en un cuarto de hora, de donde te pille, coges un autobús y en un cuarto de hora estás en el ambulatorio. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Me canso de viajes, un viaje para aquí, un viaje para no se qué, los viajes, las cosas que tienes que hacer para esas tonterías. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Pues da la impresión de que somos un poco más... no dejadas de decir, pero menos pendientes de nuestra salud. Como que no estas tan pendiente de hacerme una mamografía o una citología todos los años, como las que llevan anunciando. Y si estás mala pues, cuando tienes muchas cosas que hacer, acudes a última hora ya cuando, no se, pues si estoy muy mal. Eso hacen las mujeres del pueblo. (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*

- *Cuando vaya a hacerme una revisión a la Seguridad Social, que no me den para dos años, que me den antes, digo porque es que cualquier particular te lo dan enseguida, que a mí me han hecho en 8 días una citología, vamos es que. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Sí, porque la gente una vez que ya la vas educando en educación sanitaria, la vas convenciendo, luego te encuentras que... "¡y para eso me manda usted, me manda a una revisión, y ahora me dicen que dentro de tres*

años!" Y entonces dices: "bueno, pues tam - bién es verdad". Bien es verdad que noso - tros podemos hacer, desde la atención pri - maria, un cierto tipo de despistaje, como es el cáncer de útero, el cáncer de cerviz, a tra - vés de una citología, pero, claro, el que ven - ga aquí, el decir: "bueno... me manda us - ted..." y que no la vea un ginecólogo, que la toque la tripa o que... esto... simplemente, que nosotros nos limitemos a preguntarles que si tiene hemorragias o no tiene hemorra - gias o que se haga una citología y que vea que no hay ninguna célula maligna o que a través de la mamografía, en este grupo de edad, las que hayan ido, luego, pues, a lo mejor empiezan a decirle: "pues venga usted dentro de seis meses, venga usted dentro de tal..." Y a lo mejor se termina cansando (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)

Pero, se descuiden o no esos cuidados, la impresión general, como resultado de la enorme dificultad para hacerse cargo de ellos, es de desprotección efectiva. No hay interés en el sistema sanitario público por la salud de la mujer en el medio rural. El acercamiento de las consultas y de las pruebas ginecológicas al medio rural es, sin lugar a dudas, necesario y urgente para compensar la mala percepción de salud asociada al déficit de servicios. **El ginecólogo y el pediatra** (en relación, éste último, particularmente a la mujer más joven) son dos las dos figuras especializadas que más se echan en falta en el medio rural y cuya ausencia supone en la práctica una sensación muy potente de desprotección sanitaria[78].

- *Pues como mujer necesitaríamos aquí un gi - necólogo que viniera al centro de salud, por lo menos una vez en semana. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *El pediatra me parece que viene... es que claro, ahí no estoy bien puesta porque yo no tengo niños pequeños, pero yo no se si vie - ne alguno una vez al mes o no viene ningu - no. Yo creo que ahora no viene ninguno. Pero si viene muy de tarde en tarde. Yo se que las mamás tienen que (...) A no ser Fortunato, pero Fortunato no es especialista, no es un pediatra, es medicina general, en - tonces si tiene una simple gripe o una otitis, pues sí, no hay problema, pero un niño pe - queño sabéis que necesita un pediatra...(Mujer, 57 años. Rascafría)*

✓ La iniciativa de la Cruz Roja del llamado popularmente "**mamobús**", aparentemente extendida sobre el medio rural madrileño con mayor precariedad de servicios sanitarios, opera, sin lugar a dudas, muy favorablemente, aunque sólo sea desde este punto de vista simbólico. El acceso periódico a la cita del mamobús[79] produce en la mujer rural estudiada la impresión resultante global de estar controlada. Habría que valorar, en cualquier caso, si esa sensación global de control no opera inhibiendo la realización de otros controles ginecológicos distintos, también necesarios.

El tema del control ginecológico es importante en nuestro caso no sólo porque atañe a mujeres, sino por lo que tiene asociado de **sensación permanente de riesgo** para la salud. Realmente cualquier avance en el terreno de la prevención, en el terreno de asumir el riesgo de enfermedad como algo cierto, aumenta la sensación de precariedad y desprotección sanitaria en el medio rural. El paso de la medicina paliativa a la medicina preventiva, bastante consolidado en la mujer urbana[80], también se ha dado con claridad en la mujer rural; pero ese paso lo que ha conseguido es dejar todavía más en precario la oferta sanitaria disponible en el lugar de residencia que, lejos de aumentar y adecuarse a esas necesidades, suele ir reduciéndose, conforme se reduce la población del pueblo.

- *Y luego (...) de que tienes que ir, tienes que moverte... ¿Pero y sino te cogen a tiempo qué pasa, quién tiene la culpa tú?(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Sí, porque vivir con una calidad de vida bue - na es mucho mejor que acarrear un montón de cosas que se pueden curar o prevenir. Todo lo que se pueda prevenir es fenomenal saber. El cáncer ya se... pero el cáncer no es algo que es una vacuna, ni se puede preve -*

[78] Es obvio que no en todos los casos esa figura falta. Lo único que queremos es poner de manifiesto su importancia en relación a otras posibles especialidades médicas, que no generan por su ausencia la misma sensación de desprotección.
[79] No hemos observado en ningún caso propensión a desentenderse de tales citas.
[80] Es claro que el hombre todavía no está en la misma situación al respecto.

nir. Es algo que te ha dado y te ha dado. (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)

Y es claro que estamos ante unas edades en las cuales **empieza a ser importante** el tener en cuenta la propia salud. Ya no se es joven, ya no se puede actuar como si uno fuese inmortal; empiezan los achaques y se impone una actitud preventiva. Y prevenir no supone sólo actuar sobre los propios hábitos, hacerlos más saludables, sino también introducir una serie de controles sobre el propio cuerpo que sitúan como una obligación personal el acceso periódico y sistemático a la sanidad. Y es ese acceso periódico y sistemático, por lo menos en lo que corresponde a la medicina especializada, lo que falla claramente.

- *...a lo mejor no pasa nada y hay otras que, oye, que van adelante y si no lo coges a tiempo pues no haces nada.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *No te pueden hacer ni radiografías, nada, nada... De los especialistas nada. Ni para la tripa, ni para el iodo. Para nada(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

Todos los controles, todas las vigilancias que se empiezan a imponer paulatinamente a estas edades, y que implican a la mujer no sólo por ella misma, sino también frecuentemente, en tanto que cuidadora, por el marido y también por los mayores a su cargo, se enfrentan a una oferta que cada vez se advierte más precaria y más ineficaz para garantizar en el ámbito rural el **derecho a la salud.**

✓ Es interesante hacer notar el cómo desde la óptica de muchos de los profesionales sanitarios de atención primaria consultados esta **inflación de la demanda** resultante se percibe o se juzga desde la óptica de un uso perverso de los servicios sanitarios. Quizá sea ello una forma, también perversa, de defenderse de la imagen que proyecta el sistema sanitario, y ellos mismos, en tanto que parte de ese sistema; una imagen claramente negativa en relación a la cobertura de servicios instalados en la zona.

- *Por ejemplo, aquí ¿sabes lo que creo? Que es que estamos llegando a un término los sanitarios que estamos creando tantas nece... Creamos las necesidades nosotros casi. A lo mejor es una aberración lo que estoy diciendo pero es que a lo largo de mi carrera de atención primaria, porque yo sólo he trabajado en primaria, cada vez sabemos hacer... la población cada vez sabe hacer menos cosas. O sea "es que tiene fiebre". Oiga, mi madre cuando yo tenía fiebre me daba, pues, había... una aspirina porque no había otra cosa y sabía ponerme el termómetro y una herida en la rodilla me la curaba con jabón. Ahora te vienen con una herida en la rodilla: "El niño se ha caído". Vienen a eso. No saben curar una herida. ¡Pero, bueno, por Dios!. ¿No sabemos poner un termómetro? Yo creo que estamos generando no salud sino demandas de salud. Esa es la impresión que yo tengo. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

✓ Es claro que los problemas que deberían estar asociados a la atención especializada revierten de alguna forma en el profesional de atención primaria. La presión para solucionar *in situ* cuestiones que deberían de ser remitidas a otras instancias quizá esté en la base del, en última instancia, sentimiento de agobio frente a la demanda asistencial del profesional de atención primaria.

- *¿Y sabes lo que ocurre?* ***Aquí en cuanto que se implanta el servicio ¡prum...! en un momento te supera.*** *Cuando yo llegué aquí, joder, se hacían tres análisis al año, y ahora hacemos 50 al mes. Y, claro, lo hacemos aquí. El electro... si (...) Mira, ahora llevo seis o siete hechos esta mañana. O sea, quiero decir, cuanta más ofertas más demanda tienes, porque es una bola. A ese nivel es así. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

- *Y lo que te iba a comentar, al estar en un pueblo pequeño, por un lado, y luego estamos lejos de Madrid, estamos a, ya lo habéis visto, estamos a 72 kilómetros de Madrid, los medios de transporte público, bueno, pues han mejorado bastante pero no son lo que deberían de ser. Y luego hay un segmento de población, que estaría, pues, entre los... ¡qué te digo yo! Entre los 30 y 50 años que no todo el mundo tiene carné de conducir y no tiene un coche a su disposición. Con lo cual, entonces, pues, a nivel de salud se aferran un poquito más a lo desde aquí puedes ofertar y entonces te demandan más. Porque, claro, es que ellos saben que su cuñada que está en Madrid se hace una mamografía y se la hacen gratis y encima, además, le llevan el ma-*

mobus allí, y no sé qué y no sé cuántos.(E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)

- *La utilización de los servicios sanitarios en exceso. Yo eso sí que lo veo igual en un sitio que en otro. La utilización de los servicios sanitarios está muy utilizado en todos los sitios, se utilizan de muy mala manera, sin justificación algunas veces, exigiendo cosas que no...(E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

✓ No hay, en cualquier caso, marcha atrás, como algún profesional de atención primaria ingenuamente demanda. Si la sociedad y las mujeres rurales han perdido, o están perdiendo a marchas forzadas su tradicional "saber" de autocuidado, ello no es porque se hayan vuelo perversas, sino porque toda la ideología sanitaria moderna, la urbana y la rural, va en la dirección de hacer **sujetos demandantes de servicios sanitarios**. Simplemente, es muy difícil que esa demanda moderna se pueda suplir con un médico general que acude al pueblo tres horas al día.

- *Utilizar los servicios sanitarios... que los debemos de utilizar cada vez que lo necesitemos, lo que interpreto.*

- *No, estoy pensando y digo que eso no. Yo sé cómo se utilizan. Pero lo que sí es carencias de muchos servicios sanitarios*

- *Entonces, se ha perdido eso. Y antes en los pueblos éramos independientes, sabíamos qué hacer... como no teníamos servicios, sabíamos casi la medida, y no iba a más... y teníamos también mucho sentido común. Pero se ha perdido mucho el sentido común y la utilización de los servicios sanitarios es muy mala. Muy mala. (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

El desarrollo de una sensibilidad preventiva en la mujer rural es, evidentemente, resultado, entre otras cosas[81], de los esfuerzos de los propios profesionales de atención primaria. Se produce, por tanto, una situación paradójica, en la cual lo que se hace por un lado (introducir la necesidad de prevención) revierte de forma negativa por el otro (produciendo insatisfacción frente a los servicios que se ofertan). Es natural que la situación resultante sea la de que los propios profesionales de atención primaria tiendan a abandonar o a desatender los esfuerzos en relación a los programas de prevención y promoción de la salud[82]. Todo es aparentemente más cómodo y menos conflictivo si se reconduce al terreno asistencial.

- *Pero es que también vas al ginecólogo, como yo he ido a Alcalá de Henares, a una cita, con 3 años que no me han hecho todavía pruebas y no me han hecho ni puto caso, hablando mal y pronto, no me han hecho ni caso, contándole que yo ya no tenía la regla, llevaba un año sin tenerla, ni me ha hecho pruebas, ni me ha hecho nada, la dio un volante a la médica que qué la habrá escrito, porque como yo no lo entiendo, me dijo que lo guardara con cuidado, porque es que no me hizo nada (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Hombre, a veces nos piden ayudas desde algún... o bien desde del Ayuntamiento o bien desde las asociaciones de mujeres. Y a veces si podemos, si te demandan puntualmente algo... si necesitáis alguna cosa, pues, siempre, desde aquí... Es verdad, que es importante, además te conocen. Lo que ocurre es que... es que es fuera de tu jornada laboral y estamos muy saturados de trabajo. Eso es la verdad. Pero, bueno, si lo podemos hacerlo, pues, también intentas echar una mano. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

- *Yo me lo planteo todos los días esto ¿eh? digo: yo no sé si lo estoy haciendo bien porque en vez de educar para la salud es que estoy educando para demandas de salud. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

4.1.3. La atención primaria

Pero sí que es cierto que el médico rural[83] es una figura muy importante para la mujer rural. La sensación global de desprotección sanita-

[81] No nos cansaremos de decir que la televisión es al respecto un instrumento clave.
[82] Es solamente una impresión la de que esa desatención se esté produciendo; con una investigación de este tipo no es posible ir más allá en la confirmación de esa presunción.
[83] Y el resto de figuras de la atención primaria rural. Utilizaremos el término "médico rural" sólo para simplificar.

ria se "compensa" en parte con una sobredemanda sobre el médico rural, que se ve obligado a asumir un papel especial, que, desde luego, no tienen, o tienen muy disminuido los médicos de atención primaria del medio urbano.

El médico rural, ya se sabe, es un referente de autoridad muy importante en el medio rural. Lo ha sido siempre, pero tampoco hay que pensar que esa posición es, sin más, el producto de una situación histórica pasada. Hay razones "actuales" que justifican o explican esa posición de poder.

Ante todo, hay que partir de la aludida "sensación de desprotección sanitaria" que siente la mujer del medio rural. Ello es una variante más, como vimos, de un sinnúmero de sensaciones de desprotección referidas a otra áreas de la vida. Hablamos de ese "sentimiento trágico de abandono" al que aludimos al comentar las carencias relacionadas con los servicios públicos, y que aparecía asociado, precisamente, a una **vinculación muy dependiente** con las figuras de autoridad.

La carencia de servicios sanitarios se integra como un elemento más, no siendo, desde luego, el menos importante, de la aludida depresión de la vida en el campo. De la misma manera en que, por ejemplo, se pierde la escuela secundaria, o se van reduciendo los servicios de transporte colectivos, la pérdida de servicios médicos va alimentando también con fuerza ese sentimiento depresivo. Cada vez se tiene menos; el pueblo inevitablemente va perdiendo entidad y con ello también sus habitantes, en la medida en que son parte de él.

Se dirá, posiblemente, desde el lado de las autoridades sanitarias que la situación no es exactamente ésta, que cada vez hay más inversión sanitaria en el medio rural, etc., etc. Y ello es objetivamente cierto; basta con ver las infraestructuras sanitarias actuales del medio rural de la Comunidad de Madrid y compararlas con las que pudiera haber habido hace 15 ó 20 años para darse cuenta de que la situación objetiva ha mejorado notablemente. ¿Cómo puede darse esta aparente contradicción?

- ✓ La contradicción entre lo que la gente siente y lo que en realidad se la oferta tiene que ver, por un lado, con un **cambio real en la demanda**, al que ya hemos apuntado anteriormente. Es decir, las necesidades sanitarias no son las mismas ahora que hace diez o quince años; puede haber mejorado la oferta, pero el problema eficiente estriba en si esa mejora de la oferta va por delante o por detrás del aumento de la demanda. Y la sensación, insistimos, es la de que el desfase aumenta, que cada vez se está peor, sanitariamente hablando, en el medio rural. Porque "peor" no quiere decir otra cosa que se aumenta la distancia entre el medio rural y el medio urbano.

- ✓ "Antes", efectivamente, había una débil demanda de servicios especializados en el medio rural. Con el medico general bastaba las más de las veces, porque el concepto de una sanidad preventiva todavía no estaba del todo instalado. Y ahora sí que lo está; sin embargo, la medicina especializada no ha entrado nada más que de forma muy deficiente en el medio rural, aunque se haya mejorado sensiblemente la atención primaria. Con ello se ha aumentado, efectivamente, la distancia entre el medio rural y el urbano.

  - *El médico es buenísimo, de este que tene - mos tampoco tenemos queja de él. La queja es esa, que necesitas una operación, tienes que pedirla, te tardan meses en llamar..(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

Pero el caso es que en esa mejora sensible de la atención primaria tampoco es tan evidente como cabría suponer. Ciertamente, hay pueblos que han ganado, puesto que se han colocado en ellos centros de atención primaria. Pero el resto de pueblos pequeños, sin lugar a dudas, han perdido, puesto que se tienen que conformar con un facultativo por horas, cuando antes tenían prácticamente a su disposición un médico las 24 horas del día. Posiblemente, la cobertura de ahora sea más adecuada en términos económicos y sanita-

rios; pero está claro que desde un punto de vista simbólico no lo es. Los pueblos pequeños se han visto prácticamente marginados de la atención sanitaria, como si de una vuelta de tuerca más hacia su extinción se tratara. Ni escuela, ni médico, ni banco, ni comercios, ni ayuntamiento... La historia reciente de muchos pueblos es la de la pérdida paulatina de los servicios básicos.

- *Bueno, el médico, aquí hasta las 3 de la tarde se funciona bien, pero a partir de las 3 de la tarde (...)(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

- *Nosotros estamos bien atendidos a partir del mes de julio, que es cuando viene todo el día. Nos viene el médico y está todo el día. De día y de noche, me refiero. A partir del mes de julio le tenemos aquí todo el día, y toda la noche. (RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

- *...y ahora tenemos que ir a urgencias, y si te encuentras al médico del pueblo, que yo hablo del nuestro, todos le queremos, estamos muy contentos. Que incluso le tenían que haber (...) hace dos años fue, ¿no?, es interino, y luego hubo uno para fijo, y votamos todo el pueblo, bueno y conseguimos que se quedara. O sea que el médico es estupendo. Nada más que el problema es eso, que es que no le tenemos (...) todo el día y toda la noche, pero tenemos las urgencias cerquita...*[84]*(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

- *Y, bien, lo que pasa que en el medio rural yo encuentro eso de que hay pocos profesionales. Entendamos como profesional adscrito al pueblo, porque por no haber en muchos pueblos, pues, la asistencia social va por horas. El médico en algunos pueblos va por horas también. La enfermera también va por horas. El cura va por horas. El veterinario no sé ya si llegará a ir. Entonces, pues, no sé... (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

✓ Racionalmente se puede entender el argumento de que los recursos se deben ajustar a la población existente. Pero está claro que afectivamente no es fácil entender que, por el hecho de vivir en un pueblo, se rebaje el derecho a sentirse seguro y protegido desde el punto de vista sanitario.

Lo que se pierde, en cualquier caso, al reducirse la presencia del médico en el pueblo, es también un tipo de sensación de **seguridad**. No hay nadie que vele por nosotros fuera de esas pocas horas en que el médico aparece. La enfermedad no avisa, puede aparecer en cualquier momento. En Madrid la solución es inmediata, salir corriendo al servicio de urgencia. Pero en un pueblo alejado 50 u 80 kilómetros del hospital más cercano la reacción es muy diferente: lo que se necesita es un médico que venga rápidamente y que decida lo que hay que hacer. Esa figura no puede faltar sin que se produzca un sentimiento agudo de desprotección[85].

✓ Como en otros casos analizados, es bien evidente que la sensación de desprotección en situaciones de este tipo se reduce cuando se tiene a disposición un coche y la competencia para utilizarlo. No es un caso muy general en las mujeres estudiadas, dado que para una situación de urgencia siempre está, faltaría más, el marido a disposición. El problema se percibe como más agudo en el caso de las **personas mayores que viven solas**: a éstas sí que se les ha retirado el amparo; deben recurrir a mendigar la ayuda de otros para ejercer su derecho a la salud.

- *Nosotros tenemos médico desde las 9 de la mañana hasta las 12. Luego tenemos que venir a Cadalso al Centro. Mis anginas (...) no lo tengo mal ahora, espérate a mañana que viene el médico. Y claro,* ***estamos enseñadas al médico de cabecera****, allí, el pueblo es chico y (...)* ***y estamos enseñadas al médico. Como ahora tenemos que venir a***

[84] ¿Hasta qué punto el problema se solucionaría con un médico 24 horas? El médico rural no puede ofrecer, en un nivel dado de demanda sanitaria, la cobertura que realmente se espera. Es el deseo de retorno a una situación tradicional en el cual el médico era una figura, con el cura, que vertebraba en cierto sentido la comunidad. En este grupo se nota esa añoranza, añoranza que no aparece tan clara en otros grupos. La diferencia de edad marca un cambio radical de actitud. ¿o será el tema de pueblo grande, pueblo pequeño? El tamaño del pueblo puede marcar su carácter de más o menos recuperable. Los pueblos pequeños están fuera de la historia; los pueblos grandes tiene miedo a perder el carro de la historia.

[85] En la cuidad nos hemos acostumbrado, de algún modo, a no depender de esa figura tan esencial en los pueblos, y nos cuesta pensar en la importancia que tiene, porque tenemos a nuestra mano otros servicios que lo suplen en muchas de sus facetas.

> ***Cadalso**, todo el mundo no tiene un coche. Allí no hay taxis. O sea, que "vecino, lléva - me", del teléfono, pasamos también. Y por los niños.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

El médico del pueblo, en cualquier caso, es una figura necesaria para la colectividad rural, sin la cual deviene, de algún modo, invertebrada. Su pérdida[86] genera un vacío muy profundo que no se puede rellenar de otra manera.

El médico **del** pueblo es, aparte de un profesional que cubre unos servicios específicos, **un mediador**; mediador entre el mundo urbano (pleno) y el mundo rural (deprimido). Al estar en los dos mundos, permite conectarlos, de alguna manera; sin él el mundo rural queda desconectado el mundo urbano, es dejado a su suerte.

- ✓ Ante todo, el médico rural es alguien "**como de la familia**"; cabría decir también, "como del pueblo". Es alguien a quien el pueblo adopta con relativa facilidad[87], porque realmente interesa. Es todo un fichaje, un elemento valioso puesto a disposición de la comunidad.
  - *y como le tenemos ya llevamos mucho tiem - po, pues casi casi como uno de casa. Le ha - blamos de, "Don Felix, cuánto tarda en venir la radiografía" "Bueno, pues la voy a recla - mar". "Bueno don Felix y..." "Bueno, pues ves a ver qué pasa y tal..." O sea, que...(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
  - *Y era amigo y era todo.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- ✓ Su función en esa familia no es la misma que la de cualquier otro miembro del pueblo. Lo que se espera de él es que vele por la salud de los miembros, como es obvio, pero que vele de una forma especial. Prácticamente se le exige **total disponibilidad**; es decir, estar siempre a disposición del miembro del pueblo que lo solicite, sin horarios, día y noche, las 24 horas del día.
- ✓ Es más, se le exige estar permanentemente preocupado por la salud de todos y cada uno de los miembros de la comunidad. Preocupación por su salud, pero también por todo lo demás que pueda estar relacionado con ella en el sentido más amplio de la palabra "salud". Realmente, el médico general debe de estar al tanto de las miserias y de las alegrías; debe actuar como si le importaran todos y cada uno, como si sus destinos fueran también el suyo.
  - *Lo que pasa es que Pepa es una persona en - cantadora, encantadora, muy humana, y en - tonces a mí me ha sido más fácil con Pepa. Bueno, con Fortunato exactamente lo mismo también ¿eh?. Pero, vamos, con Pepa yo he hablado más, pero porque es... alguna tarde es que me ha dicho: "vente, que estoy de guardia y nos tomamos un cafetito y charla - mos y..." Y me he pasado allí tardes con ella y ella ha venido a mi casa y... (Mujer, 57 años. Rascafría)*
  - *Pues mira, yo he ido, más que nada, yo voy, casi voy a desahogarme, sobre todo con Pepa. Sobre todo con Pepa, que es una ma - ravilla y con José Ignacio también. Lo que pasa es que José Ignacio también el hombre está siempre muy ocupado. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

Desde un punto de vista simbólico, por tanto, estamos ante la figura del **padre**. Alguien que vela por sus hijos. No es de extrañar, por tanto, que la pérdida del médico en el pueblo produzca un sentimiento profundo de **orfandad**. Los pueblos no pierden sólo un servicio (de hecho, el servicio, mal que bien, se sigue manteniendo), pierden una figura clave protectora de todos los miembros y también, cabría decir, **valorizadora**. El valor de todos y cada uno de los miembros aparece garantizado porque hay alguien importante que les da valor, por encima de sus miserias.

- ✓ Recuérdese lo que se dijo en su momento de la depresión en tanto que fractura del yo con los otros. Míticamente la sociedad rural representaba un lugar de encuentro del yo

[86] Y de pérdida debe de hablarse, aunque no desaparezca del todo, puesto que lo que se pierde es el médico del pueblo; es decir, una figura propia.
[87] Como vimos, no era tan fácil la adopción del resto de "extranjeros", de gente que no habiendo nacido en el pueblo pasaba a formar parte de él por una u otra razón.

con los otros; realmente, la depresión campaba a sus anchas, precisamente porque todo yo se hacía indiferente a los otros. La figura (perdida) del médico del pueblo es la que garantiza la comunidad ideal, en la medida en que hay alguien importante para el cual todos y cada uno son también importantes, alguien que garantiza que nadie va a *"morir como un perro"*, solo e indiferente al mundo.

– *De lo que se trata es de que haya un médico 24 horas, como había de toda la vida.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

Pero el médico está ahí, y el resto de agentes sanitarios de atención primaria[88]. Con independencia de que ya no se tenga médico las 24 horas del día, toda la estrategia de la mujer rural va a concentrarse en recuperar de alguna forma esa mítica figura del médico rural tan importante para su subjetividad. Estrategia, por tanto, de incorporarle como si fuese de la familia y de obtener un padre, aunque sólo sea por horas.

– *Aquí hubo mucho problema cuando se quitaron los... yo viví lo que fue el cambio de las 24 horas estar aquí en el pueblo a pasar al centro de salud, las urgencias y tal, y la gente no lo aceptaba. No aceptaba que le quitaran su médico, su practicante, porque para ellos eres el practicante. Ni enfermero ni ATS. Practicante. El de toda la vida ¿no? No, es curioso, pero es que aquí... Hombre, y lo que sí que también te digo es una cosa,* ***a nivel de lo que es atención primaria pura y dura yo creo que donde mejor se hace es aquí****. Porque, claro, yo conozco al padre, a la madre, al abuelo, al hijo... A todos. Entonces, claro, tú eres el (...) de referencia. Entonces, tú los conoces a todos. O sea, yo estoy ya, después de 18 años aquí, el otro día me invitaron a una boda de un niño que tuve con tres meses, que se ha casado con 18 años. Quiero decir, o sea que les he visto recién nacidos y les estoy viendo ya casados y los veré con hijos, si Dios quiere. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

Inevitablemente, con lo que choca la mujer rural en esa estrategia es con la mentalidad profesional del médico. Éste puede o no puede entrar en la estrategia de la mujer; pero es claro que cuando no entra encuentra la reprobación de la comunidad. El médico que se limita a hacer lo que se supone que debe de hacer en tanto que médico es un mal médico rural. Es necesario que haga algo más; y en ese hacer algo más que lo que se supone que está en su obligación se juega el reconocimiento de la colectividad.

– *Es que ella no pregunta jamás, entonces puede ser muy buena, pero es que creo que no es muy buena persona, eso son dos cosas. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

– *Pero no bueno, solamente que se preocupe, lleva muy poquito tiempo, pero que se preocupa, porque una persona se tiene que preocupar también de como estás y si vuelves a los 15 días, pues a lo mejor, empieza a preguntarte, esto, lo otro, un médico que no es bueno. Yo creo que no tiene que ver que sea más simpático o menos, pero que se preocupe un poco de sus enfermos, pero si pasa de ti y te receta y ni te ausculta ni nada, ni te mira, ni de nada. Pues eso no es, pero es que ahora ha venido ese señor, por lo visto, que bueno, que no va nadie, como no sea lo justo. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

✓ Como se ve, la semilla del desencuentro está estructuralmente sembrada. El médico tiene sus horarios y su privacidad, y tiene que resultar realmente engorroso para él el atender a una demanda potencialmente insaciable que amenaza con agotar todo el tiempo propio. También para el médico rural habría que hablar de estrés; siempre hay estrés cuando la demanda laboral resulta imposible de cubrir.

– *Pasas a lo mejor a la una y ella ha terminado a las 12, y ella te atiende como si fuera su horario y como si fuera todo, o sea...(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

– *Pero también como hay tanto (médico pijo), porque como cada vez hay un médico (...) La nuestra de aquí, y da gusto de ir. Pero hay algunos que vas y madre mía de mi vida.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

[88] El médico siempre será la figura más importante, pero también el resto de agentes sanitarios tendrán parte de su aureola.

– *Antes sí, pero ahora es que no va a cambiar. El médico viene, hace sus horas, se va.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

Y no se trata sólo de la demanda, reiterada, de que el médico sobrepase su horario laboral[89]. Al fin y al cabo, la sociedad rural va acostumbrándose poco a poco a utilizar los distintos servicios de urgencia, de suplencias o de atención por otro tipo de profesionales[90] que se le ponen a su disposición. En el propio horario laboral las demandas se intensifican de algún modo.

✓ Desde luego, no es sólo la enfermedad la que se trae a colación en la consulta. Realmente, se encuentra el médico rural con que las mujeres vienen para muchas otras cosas. Vienen a contar un problema personal, a desahogarse, a pedir un consejo, etc. Nunca la mujer rural se va a conformar con ver en el médico una figura con una estrictas y claras competencias profesionales. Ante todo, es un **confesor**, y sólo desde esa posición tiene sentido su práctica médica[91].

– *Pues una persona que te atiende y que te mira, (...) te mira...*

– *Y te escucha.*

– *... te escucha y te oye los problemas (...) Pero es que hay otros que dicen, no, no, usted tiene esto, hala, vallase. Claro, y aquí vas, mira, me pasa esto, me duele aquí, me duele aquí, hazme un análisis (...)(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

– *Es que pueden ser múltiple ¡yo qué sé! La mujer en la zona rural problemáticas muchas veces vemos mucha problemática, son cuidadoras. Entonces, son cuidadoras de salud pero también son cuidadoras de la salud del núcleo familiar pero también son cuidadoras de la gente mayor. Entonces la problemática que de que a nivel rural, en general, las casas son más grandes y suelen permanecer los ancianos en las viviendas. Entonces, la problemática que tiene lo que es como cuidadora de, no sé, de las necesidades que pueda sentir, el aislamiento, lo que no puede compartir a lo mejor con la propia familia. El sentirse culpable si siente un rechazo frente a ese familiar: su padre o su suegro. Pues todo eso quizá te lo expresen mejor al médico que a la propia familia en general. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

– *Pero tampoco hablan mucho con los hijos aquí. Hay poca comunicación. En gente joven, sobre todo en chicas, que te vienen a consultar, pues, por problemas de no tener... y fíjate que a ellos les gustaría poder hablar con las madres, porque son con quien realmente viven más, porque los padres están todo el día trabajando o en el bar, y que no... que intentan contarle un problema y que la madre, pues... "¡ya sabes...!". Como dicen: "ya sabes, como no le puedo contar a mí madre, porque ya sabes cómo es, que se pone: ¡buh!, corriendo". O sea, realmente no hay una comunicación. No la hay y aquí son de una manera de ser que hablar es difícil. Hablar es difícil. Y de hecho yo con más de uno, por un problema familiar, me he tenido que sentar y hablar con ellos, pues, de... un poco darles la orientación que a mí se me ocurre, quiero decir, que puedo darles y me cuesta mucho (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

– *Más todavía y son mujeres de esas edades, con una insatisfacción en su vida tremenda, que te vienen a ti con una especie de confesor porque no encuentran en su vida nadie*

[89] En algún caso se ha observado que a los administrativos de los centros de salud, en la medida en que son los que controlan las citas, se les hace responsables de la rigidez de horarios, tan cara a la mujer rural. Una forma de salvar la figura del médico, que cuesta mucho ponerla en cuestión.

[90] Puede no gustar demasiado que "el practicante" haga funciones que idealmente debería de realizar el médico. A la larga, todas estas figuras (enfermeros, matronas, etc.), en la medida en que se hacen más disponibles, terminan también por hacerse más cercanas y, por tanto, más hábiles para que la mujer rural teja sobre ellas su estrategia de familiaridad.

[91] Naturalmente, el médico puede salir con cajas destempladas, y decir "señora, ese no es mi problema", pero con ello lo único que va a conseguir es generar un conflicto comunitario, que a la larga va a operar contra él. En la investigación aparecen muchos casos de médicos considerados por toda la comunidad como malos médicos por este tipo de razones. Al buen médico se le perdonan muchas cosas– incluso la de no ser excesivamente competente–, al mal médico muy pocas.

– *Claro. En la medida en que podamos. Fundamentalmente, lo que hacemos es escuchar, **porque yo no puedo solucionar es la vida de una persona.** Yo le puedo aconsejar. Tratar si lo necesita en algún momento y... Pero, pero, hay problemas en los que yo no puedo intervenir. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

que les escuche y no tienen un trabajo con el que distraerse, no tienen unos hijos, porque ya han crecido, y no tienen un marido que las entienda. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)

- ✓ Y no hay que pensar que estamos ante un resto del pasado, ante un fenómeno a extinguir. De hecho, esta posición del médico cada vez es más importante en una sociedad como la rural, en pleno proceso de descomposición y de pérdida de referentes de autoridad que, de alguna manera, pudieran en un pasado compaginar esta labor con la del médico. La soledad y la depresión que, como vimos en el capítulo anterior, aparecían poderosamente como síntomas en el discurso de la mujer rural, necesariamente deben de llevar parejas la búsqueda y la intensificación de la demanda a este tipo de figuras redentoras.

- ✓ Y es claro que el atender a estas demandas implica, por parte del médico, un trabajo. Hay que comprender, aconsejar, intentar solucionar con las propias fuerzas, y con el propio conocimiento la demanda que se ha puesto sobre la mesa. En muchos casos, como iremos viendo, lo que está sobre la mesa son problemas de relación con el marido, con los hijos; problemas de relación con el pueblo, depresiones, ansiedades, etc. No está claro, efectivamente, que el médico general sea competente para todo esto, y es relativamente natural que intente desembarazarse de estas cuestiones. Pero, en la medida en que la demanda está ubicada sobre ello, lo humano, lo racional y hasta, podría decirse, que lo profesional es atenderla de alguna manera, considerar estos temas como **parte de la propia competencia**, sea para asumirlos, sea para delegarlos en una instancia especializada, de la cual la mayoría de las veces se carece[92].

  - *Que viniera aquí un psicólogo. Hubo una época que vino, pero no se por qué lo quitaron (...) Pepa me ha ayudado mucho, y Fortunato, me están ayudando de hecho. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

  - *Pues, mira, las consultas nuestras están abarrotadas de mujeres, de mujeres de una edad entre 40 a 60 años. La mayoría de las veces no son problemas físicos. Son problemas familiares, sociales... de soledad, de... de ese tipo de cosas que condiciona, pues, bueno, que una respuesta que al final acaban yendo al médico como confesor o con síntomas físicos, que no tienen origen físico, que no tienen... (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

  - *Y, realmente, acaban por problemas con el miedo a un cáncer de mama o el detectar un cáncer... O sea, para eso, si se les dice, como ahora se les está diciendo, pues, se está ofertando un programa a la mujer, lo aceptan y lo siguen pero el motivo real de... el motivo de consulta, a eso acuden porque saben que está y vienen... "de camino que vengo a esto... hace tiempo que no voy a ginecólogo o tal..." Vale. Pero, realmente, lo que les ha llevado a la consulta no es eso ¿Me entiendes lo que te quiero decir? Vienen por otro motivo. Y que el abordaje es muy difícil por nuestra parte, porque... pues, porque tenemos tiempos limitados, porque son problemas en los que tienen que intervenir otro tipo de profesionales, de trabajadores sociales, de... Porque pasan por solucionar su problema. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

[92] La figura especializada del psicólogo en la sociedad rural creemos que es obligada, y que debería de presidir el desarrollo futuro de los servicios sanitarios a la población rural. Pero, como sucede con cualquier otro servicio especializado, la distancia supone un problema insalvable. Si añadimos que la pertinencia de esa figura en la oferta sanitaria pública todavía no se ha desarrollado ni en el propio ámbito urbano, nos daremos cuenta de la débil viabilidad de la propuesta.

- *Algunas charlas sobre psicología o algo de eso.(R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Lo del psicólogo abarca mucho.*
- *Cuando entras en una etapa que coges depresión, para personas que son depresivas me refiero. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Yo echo de menos, que en algún otro centro zonal sí lo hay y aquí no. Un psicólogo y un trabajador social pero para nosotros. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*
- *Y ya no solamente es quitarnos trabajo, es que hay cosas que nos vienen a nosotras y que no son asunto nuestro porque no le podemos dar solución (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

– *Son más propensas a venir al médico, a... "estoy triste"· "no sé qué..." A llorar. "Mi marido no me entiende o no me..." o "no aguanto a mis hijos o no me aguanto a mi misma" ¿no?. En ese plan. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

Si a todo esto añadimos lo aludido anteriormente, la necesaria asunción de las carencias de medicina especializada que ofrece el medio, nos daremos claramente cuenta de lo difícil que es ser medico rural y hacerlo medianamente bien.

✓ Lógicamente, el médico rural no puede mandar a la mujer al especialista a la mínima de cambio. Tiene que tener muy claro que esa visita es necesaria, porque sabe que supone un elevado quebranto para la mujer el desplazarse a Madrid. Debe, por tanto, intentar suplir con los propios medios la falta de especialista en la mayoría de los casos[93].

✓ Si consideramos el aludido desarrollo de una mentalidad preventiva en la mujer rural, nos encontraremos con que el médico tiene que hacerse cargo de las necesidades de saber y de control de la mujer en relación a sus necesidades preventivas. Y el especialista aquí no hace su función, porque no está; la función la tiene que suplir el médico y el resto de profesionales de atención primaria.

✓ Programas de educación para la salud, implementación *in situ* de pruebas diagnósticas, etc. La medicina rural tiene todo un camino por recorrer para poder intentar equiparar los estándares de salud de la mujer urbana con los de la mujer rural.

– *O me dice Pepa, me ve por la calle y me dice: "oye ¿tú cuánto tiempo llevas sin hacerte análisis?". Y le digo: "¡Uy, Pepa, yo qué sé!". "!Ah, no, guapa! El martes a las nueve de la mañana te quiero ver allí". Entonces, yo la obedezco y voy y me hace un chequeo. Vamos, me hace análisis, me hace... pues, una especie de chequeo, lo que te pueden hacer aquí, claro. Porque tampoco... aquí no te pueden hacer una radiografía, no te pueden... Pero, bueno... (Mujer, 57 años. Rascafría)*

– *Entonces ¡Yo que sé! pues el tema de los programas de salud a nivel preventivo. El programa de la mujer. El poder hacer aquí una citología, porque las hacemos ahora, que se hacen en Villarejo, o un exudado vaginal o una simple determinación de leucemia. Todas estas cosas. Todas estas técnicas, a nivel de técnicas, que se hayan incorporado. El poder hacer un electro aquí sin tener que desplazarse a Madrid. Pues todo eso ha mejorado su calidad de vida y, hombre, y también la calidad de nuestro trabajo, que es mucho más satisfactorio ¿me entiendes? (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

La demanda va en esa dirección; una demanda, como vemos, ingente, y que fuerza a la atención primaria rural a desarrollarse más allá de sus posibilidades y de sus capacidades. Naturalmente, cabe que los profesionales hagan oídos de todo ello, que se limiten a atender, recetar y derivar, desinteresándose de todo lo que exceda de esos estrechos márgenes. Cumplen con ello su obligación institucional, y la patata caliente quedará del lado de la institución.

✓ Indicadores hay en la investigación, efectivamente, de que esa dejación se está produciendo. Como sucede en otros lugares, la energía prometéica que insufló en su momento la reforma de la atención primaria está en los actuales momentos muy mermada, por falta de reconocimiento por parte de la institución de los esfuerzos realizados más allá de lo puramente asistencial.

✓ La atención primaria idealmente es un sistema de creación de necesidades (de salud). No se puede pedir a un sistema semejante que siga actuando de esa manera si las estructuras no se van adecuando a las necesidades que van emergiendo. Al final, si la adecuación de la estructura no se produce, el profesional se encuentra en la situación paradójica de tener que dejar de hacer lo que cree que debe de hacer para,

[93] Habría que determinar si la infraestructura con la que cuenta le faculta para ello.

por lo menos, no echar piedras contra su propio tejado.

El resultado desde el objetivo inicial del capítulo, el de la percepción de salud de las mujeres rurales, es negativo. El sistema sanitario no da efectivamente una respuesta a las necesidades que se traduzca en una percepción de salud equiparable con los estándares que puedan suponerse en el medio urbano. Vivir en el medio rural supone, desde esta visión genérica, un riesgo para la salud; hay que conformarse con vivir por debajo del nivel de civilización que la sociedad actual impone, y que se considera como mínimo.

✓ La mujer rural suele salvar, en cualquier caso, a las personas, a tal médico, a tal enfermera, con nombres y apellidos, cuya actitud personal y profesional se ajusta a las expectativas. Esa o ese profesional que ha sabido hacerse querer, precisamente porque actúa más allá de su propia obligación, en interés del pueblo y sus habitantes. Realmente, se cambia salud por atención, competencia por disponibilidad; y ello obtura el desarrollo de un discurso crítico en relación a la sanidad rural.

– *de hecho las figuras del médico y del enfermero aquí todavía siguen siendo fundamentales. O sea, a niveles, quiero decir, de respeto, el cariño... ¡Yo que sé! En ese sentido ¿Por qué? Pues porque entre otras cosas yo creo que los dos jugamos con ventaja, porque no tienen posibilidad de elección. Hombre, hay que ser consciente de ello ¿no?. Lo que no puedes, desde tu postura de profesional, abusar en esa historia ¿me comprendes? Pero, realmente, claro, el enfermero, si se quieren ir al de al lado le tienen a 10 kilómetros y no pueden. O sea, la mayoría no puede. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

Efectivamente, tal discurso crítico no existe, a pesar de las apariencias. Lo que existe es un discurso depresivo por la falta de servicios, que no exactamente lo mismo. El primero lleva a una exigencia de derechos; el segundo a lo que lleva es a una petición de favores. Lo que tenemos son fundamentalmente **mujeres mendicantes** de servicios sanitarios, a la búsqueda de reconocimiento.

Y tal actitud es realmente complicada. Por una parte, esa actitud mendicante lo que crea es una **demanda insaciable:** nada es suficiente, siempre falta algo; desde ahí es muy difícil valorar objetivamente lo que se tiene y lo que se puede razonablemente conseguir. Por otra parte, la demanda es **indeterminada**; como lo que más se valora en realidad es el reconocimiento (de lo urbano sobre lo rural), todo vale, siempre que se pueda traducir en reconocimiento, todo es bienvenido, por encima de que realmente corresponda a una necesidad real. Un tercer elemento, que completaría el círculo, sería **la dificultad para dar valor a lo que se tiene o lo se obtiene**; en la medida en que se obtiene es gratuito[94], carece de valor; y lo que no vale no se cuida[95].

Es un terreno abonado para una política de gestos, de acciones (sanitarias, en este caso) puramente testimoniales, dado que dar gato por liebre es relativamente fácil en semejante contexto. La educación sanitaria puede, efectivamente, cumplir esta labor, y este es el riesgo que se corre: cubrir únicamente la falta de reconocimiento, sin atender a necesidades reales o prioritarias.

Nuestro trabajo, a partir de ahora, es precisamente ese, el de intentar detectar necesidades reales y relevantes de salud en el modo de vida que puedan servir de base para planificar acciones de educación sanitaria realmente acordes con la realidad, con el modo de vida. Nuestro horizonte, en cualquier caso, no es el de las carencias del sistema sanitario; ello debe de resolverse desde otras instancias. La educación sanitaria se mueve en el terreno del saber, de los saberes que pueden ser útiles a

[94] Si no fuera gratuito no expresaría el reconocimiento.

[95] Sería un mecanismo parecido al que se produce actualmente en la infancia con los juguetes. Como el juguete es para el niño un objeto de amor, poco importa qué utilidad concreta tenga para jugar, cualquier juguete vale con tal que parezca valioso. Al final el niño se llena de juguetes con los que nunca juega y frente a los cuales no manifiesta el más mínimo cuidado; al fin y al cabo su función terminó en el momento en que se lo regalaron.

la mujer rural de cara a mejorar su percepción de salud.

4.2. LA PERCEPCIÓN DE SALUD DESDE LOS CONDICIONANTES GENERALES DEL MODO DE VIDA

El modo de vida condiciona, como parece ser obvio para cualquiera, la percepción del estado de salud. Hay modos de vida más saludables que otros, y cabe asociar a ciertos modos de vida la aparición de determinadas patologías.

Debe de quedar clara, en cualquier caso, nuestra perspectiva, que es la perspectiva de la gente, de las mujeres rurales. No estamos en el nivel de la realidad objetiva y mensurable; estamos en el nivel de lo que la gente siente y vive en relación a su estado de salud, y el modo en que interpreta las causas y el origen de todo ello.

- En el epígrafe anterior se dio cuenta de la variable más importante de esa percepción subjetiva: **la impresión del grado de protección que ofrece el sistema sanitario**. Ello nos puso en relación con aquellas patologías que realmente se traducen en demandas claras y precisas al sistema sanitario, con lo que comúnmente llamamos "enfermedad". Dimos cuenta, sobre todo, del paso de una concepción asistencial a una concepción preventivista, que se traducía en insatisfacción hacia la respuesta que ofrecía el sistema frente a las acciones de protección que deberían de derivarse.

- Estábamos, por tanto, al nivel de lo que la gente percibe con claridad como enfermedad. No obstante, hay otras "patologías[96]" que no se traducen en demanda claras y precisas al sistema sanitario, pero que realmente están relacionadas con la autopercepción de salud. Todos tenemos conciencia de que hay situaciones vitales que afectan a nuestra salud, pero tenemos dificultad para traducir todo ello en demanda al sistema asistencial. No obstante, contamos con la experiencia reciente de que el propio sistema sanitario se está abriendo tímidamente a este mundo indiferenciado, precisamente ante la constatación de que cada vez más los niveles de mortalidad y morbilidad son dependientes de factores relacionados con el modo de vida.

- Esta aproximación es todavía, a nuestro juicio, tosca, en la medida en que se recurre frecuentemente a instrumentos y códigos de intervención típicos del estrato anterior (la medicina preventiva). Se intenta convencer de que es malo o bueno determinado hábito, sin contar con lo que la gente siente realmente al respecto. Y así es muy difícil movilizar en ninguna dirección; la gente se moviliza desde lo que le afecta, no desde lo que afecta a unas determinadas estadísticas epidemiológicas.

  – *Claro, lo que hay que hacer es ofrecerles cosas nuevas, que sean de interés y que ellos vean que repercuten en su vida, y no cosas que, bueno, que pensemos nosotros que son interesantes. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

- Lógicamente, desde una estrategia semejante no habría nada que estudiar a partir de ahora. Bastaría con dar cuenta de las actitudes y comportamientos hacia los dictados de los distintos programas habituales de salud pública (tabaco, alcohol, deporte, drogodependencias, etc.). Pero con ello no haríamos más que constatar lo que ya sabemos, que tales programas afectan sólo mínimamente al comportamiento, porque tal comportamiento está determinado por otras razones que a menudo tienen más valor para el sujeto que el riesgo de afección derivado de la probabilidad estadística enunciada.

Pues bien, el punto de vista desde el cual va-

[96] Y acéptesenos al respecto la definición más amplia que se pueda considerar.

mos a abordar el análisis es, como hemos dicho, el de la autopercepción de salud asociada a la interrelación entre el sujeto y el medio, entendiéndolo en su sentido más amplio, es decir, el **modo de vida**, en este caso, **rural**.

¿Existe en la conciencia de la gente y en su discurso una conexión natural o inmediata entre el modo de vida y la salud? Creemos que es evidente que existe, y que además ha existido siempre; lo que no ha existido siempre es un interés institucional por esa faceta de la vida ni, desde la otra banda, una proyección de los ciudadanos sobre las instituciones como "responsables" o "garantizadoras" del nivel de salud implicado en ello. Ambas cosas están, cabría decir, en un proceso **instituyente**; ni las instituciones tienen todavía demasiado claro que sea su responsabilidad garantizar un buen nivel de autopercepción de salud en la población, ni las personas ven todavía demasiado claro que puedan exigir a las instituciones acciones al respecto.

Lo realmente difícil a la hora de abordar este tema de la autopercepción de salud vinculada al medio es acotar el campo. El tema se nos puede ir tanto de las manos que terminemos por identificar salud con felicidad; y es claro que no podemos llegar a al absurdo de responsabilizar a las instituciones sanitarias de la felicidad de la gente.

Lo importante de cara a nuestro objeto[97] es la generación de una conciencia en la gente de que ciertas variables relacionadas con la autopercepción de salud son controlables o solucionables; es decir, que no forman parte del **destino**, o de cualquiera de las acepciones modernas del término ("sistema", "circunstancias" etc.). Hablamos, por tanto, de acciones sobre sujetos, personas; consideramos herramientas o servicios adecuados a la naturaleza de los problemas, y consideramos un fin: la mejora de la autopercepción de salud.

- Un ejemplo, surgido de la propia investigación, nos puede ilustrar mejor lo que queremos decir. Se trataba de una mujer de cincuenta y pico años que llevaba mucho tiempo sin tener relaciones sexuales regulares y satisfactorias con su marido. Esta mujer había asumido como algo natural a su edad esta precariedad en las relaciones, precariedad que, en cualquier caso, no le resultaba en absoluto satisfactoria. Ni siquiera se había planteado, como consecuencia, hablar del tema con su marido ni consultar a ningún profesional cuyo saber pudiera ayudar a solucionar el problema.

- Tenemos, por tanto, un problema, la disfunción eréctil del marido, que afecta a la autopercepción de salud su mujer, pero que no tiene una vía de solución, cabría decir, por prejuicios. A la mujer, sencillamente, le daba vergüenza tomar cartas en el asunto, le daba vergüenza poner en evidencia –ante su marido, ante el médico- que para ella las relaciones sexuales tenían importancia. El tabú social de que las mujeres no deben hacer explícito su deseo sexual[98], máxime si están ya en determinado tramo de edad[99], la imposibilitaba para tomar soluciones que afectaban, aparte de a su felicidad, a su autopercepción de salud.

  – *Que la gente tiene una carencia de comunicarse, porque los límites de lo que le pasa a uno mismo, eso es tan interior de uno mismo, que nunca se atreven a decir lo mal que está pasando con no se qué, con no se cuantos, ¿sabes lo que estoy diciendo?, el tema que estoy hablando, últimamente yo como estoy con problemas de menopausia y no me corto un pelo y se lo digo a todo el mundo, es como que todo el mundo se queda un podo descolocado porque no lo están entendiendo, porque la gente no habla de*

[97] Hablamos de la promoción de la salud.
[98] El deseo de la mujer sólo tiene tradicionalmente una salida implícita en la correspondencia al deseo masculino; pero si nos encontramos con un marido con problemas para ejercer su deseo, resulta que la mujer se queda sin ninguna vía física de realización de su sexualidad.
[99] A partir de la menopausia se impone también el prejuicio social de que la mujer debe perder, salvo perversión, el interés, aunque sea vicario al del marido, por las relaciones sexuales. Tradicionalmente la sexualidad femenina fuera del fin reproductivo no tiene razón de ser; incluso se entendería como natural que el cuerpo no desease.

eso, es un tema tabú, hasta ahora ha sido un tema tabú. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)

- A esta mujer le vendría bien (llegaba incluso a demandarlo) un curso sobre sexualidad en la menopausia; un curso en que le dijeran que su deseo sexual era completamente natural a su edad, y un curso en que el informaran además de que los problemas de disfunción eréctil masculinos tienen normalmente una fácil solución. Los instrumentos de este tipo de promoción de la salud son, como se ve, especiales: tienen como objeto cambiar una actitud que imposibilita, en este caso a la mujer, a hacerse cargo de un problema que afecta indirectamente a su autopercepción de salud, y quizá también a su salud, entendida en este caso como algo más objetivo.

¿Qué es lo que hace que un problema personal, familiar o social de esta naturaleza se convierta en un problema de salud pública? En principio sólo y exclusivamente que la gente –un número significativo de gente; estamos en el plano de lo intersubjetivo- viva este problema como algo que afecta a su salud; entendida ésta en un sentido integral, no como enfermedad concreta, sino como sentimiento de vida saludable. Además hay que añadir el dato de que el problema sea susceptible de modificación o mejora en el registro de las actitudes del sujeto hacia él; es decir, que una modificación, vía intervención comunicativa, en los presupuestos de la acción permita mejoras apreciables en la autopercepción de salud[100].

– *Yo no estoy dispuesta, vamos a ver, yo personalizo, yo tanto como problema de fallo de la regla ahora llevo un año, yo he ido al ginecólogo y tal y me dice la ginecóloga, es muy curioso, no tiene tiempo de explicarme, me receta parches, me da parches, pero no me, no tiene tiempo de explicarme. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

Por eso es tan importante la investigación cualitativa en educación para la salud; el realizar acciones fuera de lo que la gente vive y siente en relación a la vida saludable carece de sentido. Cada colectivo tiene sus problemas y sus temas prioritarios. Veamos lo que sucede en el caso de la mujer rural.

4.2.1. Problemas de salud asociables a la relación con el cuerpo

En el capítulo primero aludimos a la existencia, prácticamente como una patología global de civilización, de una fractura entre el yo y su cuerpo, patología que se representa en la vivencia de un cuerpo **desnaturalizado**, expulsado de la naturaleza y condenado, de esta suerte, a la enfermedad por el medio de vida artificial (la ciudad) y por la persistencia en ciertos hábitos insalubres (alimentación, tabaco, alcohol, etc.). Esta ideología y las vivencias de salud y enfermedad asociadas las tenemos todos, incluso, como es natural, la mujer rural.

Pero es evidente que la posición desde la cual la mujer rural se enfrenta a este tema debe de ser especial: en la medida en que vive en el campo y se relaciona, por tanto, directamente con la naturaleza, la autopercepción de un cuerpo desnaturalizado debería de ser necesariamente más favorable a la que presentan los ciudadanos urbanos.

Y realmente, como ya se dijo, la mujer rural inmediatamente trae a colación el tema de "lo saludable" que es la vida en el campo, cuando de lo que se trata es de valorizar su propia opción de vida en el medio rural. En apariencia, por tanto, no serían necesarias intervenciones de promoción de la salud en este ámbito, puesto que realmente se está en la mejor de las situaciones posibles.

– *"... porque estamos en un pueblo que enci - ma es de sierra (RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

[100] Es obvio que el conseguir, por ejemplo, un buen trabajo produce inmediatos efectos favorables en la salud percibida; pero está claro también que la salud pública no puede comprometerse en acciones de semejante naturaleza. Sí puede implicarse, sin embargo, en el tema de las actitudes hacia el trabajo, en la medida en que aparezcan relacionadas con algún tipo de **sufrimiento** que actúe negativamente en la propia percepción de salud, y que puedan modificarse sin necesidad de acceder a las estructuras.

- *"Pero luego lo tenemos en salud". (RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *... tenemos la ventaja de vivir en un pueblo y además de sierra, que eso es muy sano ¿no?(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos gran - des)*

No obstante, creemos que esta valorización tiene mucho de reactivo, de **contravalor**, por elegir el término propuesto anteriormente. En el fondo late la certeza de haber elegido un modo de vida menor, degradado, de modo que esta tímida valorización queda en un segundo término, como una suerte de escaparate puesto para seducir a los ciudadanos urbanos, pero que en el fondo no se traduce en "estar a gusto con el propio cuerpo", en vivir la relación con el medio natural de forma plena y gratificante. La relación con la naturaleza está más en el **valor de cambio** (en la medida en que sirve para que los de la ciudad vengan al pueblo y se dejen sus cuartos) que en el **valor de uso** (como algo que se usa y se disfruta con ello).

Tendríamos, por tanto, una situación paradójica en la cual en el seno de una relación directa con la naturaleza, se produce el mismo tipo de fractura entre el yo y su cuerpo que se produce en el medio urbano, con el agravante de que no se dispone de medios –puesto que están desvalorizados[101]- para corregir el sufrimiento que produce. El ciudadano urbano cuando se siente mal con el propio cuerpo se va al campo; la mujer rural no ejerce ninguna alternativa con similar significación y/o con similar efecto, teniendo, como tiene, al campo a la puerta de su casa.

- Ciertamente, hay todavía mujeres que tienen su huerto y que lo cultivan con mimo, porque todavía tienen prendido en sus sentimientos el tradicional amor a la tierra y el orgullo ante lo que se consigue que nazca de ella. Pero ciertamente son las menos y, posiblemente, las de más edad las que todavía mantienen ese vínculo especial con la tierra que insta a su productividad. Pocas mujeres tienen su huerto, entre otras cosas porque el sentimiento asociado a su trabajo se ha extinguido prácticamente en un medio rural que ha dejado hace tiempo de mirar al campo como su principal medio de vida.

- No podemos esperar, está claro, que la mujer rural recupere ese tipo de amor a la tierra, que es resultado de un modo de producción agrario que en la Comunidad de Madrid presenta únicamente a modo testimonial. La mayoría de las mujeres estudiadas no viven del campo, con lo cual tampoco podemos esperar que recuperen un sentimiento que nada tiene que ver realmente con su modo de vida. Lo que sí podemos pedir es que miren al campo de la forma en que lo mira cualquier ciudadano moderno, como algo valioso que se puede disfrutar, sea como esfuerzo (ejercicio), sea como contemplación (disfrute estético), sea como conocimiento (saber), sea como cuidado (protección), sea como incorporación (alimento). Tienen un tesoro a sus puertas, y dejan que sólo lo disfruten los que vienen de fuera; todo un contrasentido.

Enseñar, por tanto, a disfrutar de la naturaleza en la dirección de modificar actitudes hacia lo propio sería una razonable y oportuna estrategia de **promoción de la salud** en el medio rural. Sus beneficios de cara a la salud de la mujer rural[102] serían más amplios que lo que a primera vista podría parecer:

a) Se actuaría directamente sobre el núcleo central de insatisfacción de la mujer rural, sobre lo que denominamos en su momento como **"herida narcisista".** La certeza, prácticamente inconsciente, de carecer de valor, tanto frente a los otros como frente a uno mismo. No es lo mismo, efectivamen-

[101] En tanto que propios; la mujer rural no sabe valorar adecuadamente lo que tiene, porque forma parte de un modo de vida que vive como degradado.
[102] También lo serían, como es obvio, para el hombre rural. Aceptamos, en cualquier caso, la tesis, repetida en numerosos estudios, que la mujer rural tiene un potencial de cambio y transformación de su entorno muy superior a la del hombre rural. Tiene un sentido y una oportunidad estratégicos, por tanto, el enfocar este tipo de intervenciones sobre la mujer rural.

te, que ese hueco, ese vacío se intente llegar con lo ajeno (el supuesto saber: "la cultura", frente a la cual siempre la mujer rural se considerará en falta, por muchas clases de educación de adultos que reciba) que con lo propio, lo que constituye la propia experiencia. Frente a lo propio no se parte de la ignorancia, ni se confirma, como consecuencia, la propia ignorancia; es posible, por tanto, iniciar un camino de enriquecimiento personal cuyo resultado puede actuar de forma muy positiva en la propia **autoestima**, cerrando heridas que parece que nunca dejan de sanar.

b) Las actividades integrables en esta estrategia son en sí mismas **actividades saludables**, simbólicamente y prácticamente, en tanto que pueden ser traducidas de inmediato en ejercicio físico, relajación o en alimentación saludable[103].

   - *La relajación, por ejemplo, es un tema que siempre... el tema de... hacer sesiones de relajación y tal les encanta. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

   - *Pues, también, por ejemplo, talleres, talleres de relajación hemos tenido alguno y creo que han sido muy positivo. Es más, cuando hago la entrevista de menopausia, pues, lo de los hábitos y las sugerencias al final y los consejos, pues, al final hablas de la relajación y si hay taller les recomiendo que vayan ¿eh? porque aquí, de vez de cuando, hacen algún tallercito de esos. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

c) La actividad en la naturaleza tiene la virtud, de todos conocida, de favorecer una relación global con el cuerpo **más saludable**. Su valor, por tanto, para atenuar o eliminar hábitos insalubres debe de ser considerada.

d) Semejantes actividades se traducirían con facilidad –al no tener el componente típico de obligación, de deber ser típico de las propuestas que se realizan habitualmente a la mujer rural- en ocio, en esparcimiento, en disfrute gratuito. Su utilidad de cara a corregir o atenuar situaciones de estrés es bien conocida.

e) Más importante todavía es que apunta a una posible organización del ocio **en el propio entorno**. Y este es, como ya se dijo, uno de los grandes males de la mujer rural de cara a su equilibrio personal, la imposibilidad de encontrar en su propio medio oportunidades y alternativas de ocio. Es necesario cambiar de medio (a un entorno más urbano) para acceder a las propuestas de ocio dirigido; cambio de medio siempre complicado, en la medida en que supone un tiempo, un esfuerzo, un coste y, en muchos casos, un cambio -muy difícil de realizar a estas alturas- en las relaciones de pareja[104].

Conviene, en cualquier caso, que intentemos explorar qué tipo de fracturas se producen en la relación del yo con su cuerpo en el caso de la mujer rural. Desde un punto de vista normativo, como se sabe, no podemos afirmar que estemos ante un grupo de población "problemático" en relación a la salubridad de sus hábitos. Ni el alcohol ni el tabaco son hábitos tradicionalmente femeninos, y, a no ser en casos puntuales, nadie los considera como problemas significativos o relevantes en este grupo femenino.

Quizá el principal problema esté relacionado con la aparente ausencia de problemas al respecto. Aparentemente, el modo de vida de la mujer rural es completamente sano y saludable. Es típico en la mujer, tanto urbana como rural[105], un pliegue en los hábitos hacia los saludable normativo, de modo que se produce casi una coincidencia entre el gusto y la norma. Todo lo contrario de lo que sucede en el grupo masculino, donde usualmente se produ-

[103] Una actividad tan típica, por ejemplo, de la recuperación urbana del campo como es la recolección de productos silvestres (setas, hiervas, frutos), supone a la vez ejercicio físico y una forma de replantearse hábitos alimentarios.
[104] Hace falta que el marido quiera implicarse en estas excursiones, en esta forma de ocio.
[105] Insistimos que todo el análisis atañe a mujeres entre 40 y 65 años. Es obvio que las mujeres más jóvenes, tanto rurales como urbanas, han ido incorporándose significativamente a los vicios masculinos.

ce una disociación entre ambos términos: gusta lo que no se debe tomar y disgusta lo que se debe de tomar; un cuerpo, por tanto, expulsado de la naturaleza por sus aficiones[106].

- *Yo creo que en si **las mujeres nos cuida - mos todas**, nos cuidamos algo más. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Te voy a decir, dicen muchas veces, hay mu - chas más mujeres viudas que hombres, digo porque no se cuidan, eso está claro. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Y eso es lo que yo trato de hacer, una buena alimentación, yo sin embargo mi marido, vol - viendo a eso, mi marido es que le duele y to - mar, se automedica él, yo no, yo trato de co - mer bien, de cuidarme y de tomar todo lo menos posible que pueda, y yo ya veo que el que me quiera hacer caso, me lo hace, el que no, yo trato de llevarlos por donde y yo veo que es lo mejor. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

¿Implica todo ello que la relación de la mujer con su cuerpo es natural? Como se sabe, en la mujer hay una vía típica de inmersión en lo insalubre a partir de la **estética**. La vivencia de un cuerpo expulsado de la naturaleza por su insistencia en no acoplarse a los cánones de la belleza. Los "vicios" masculinos no son en el en fondo tan distintos a la propensión femenina a los regímenes alimenticios; son formas –artificiales- de intentar recuperar un equilibrio en un cuerpo que parece que le falta algo para ser auténticamente natural. La diferencia se establece desde los patrones de socialización de género, en los cuales está implícito lo que tiene valor para un determinado sexo. La mujer tiene valor en tanto que cuerpo estético; esa es su subordinación a los valores dominantes, y también la base del desencuentro con su propio cuerpo.

- *Y la obesidad les interesa la figura. Porque aquí la gente sí lo demanda ¿eh? y de hecho hemos tenido, con esto de la gente que... que ha habido, que iban a un sitio y les hací - an fármacos, y que iban a comprar a una far - macia. Hemos pillado aquí a varios. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

- Y es claro que la mujer rural, como no podría ser de otra forma, también participa de todo esto. Se nos viene a la memora la descripción que se nos hizo en un grupo de un pueblo de la sierra sobre el "éxito" que tuvo en un momento dado la instalación durante un tiempo de una "especialista" en adelgazamiento. Ningún programa de alimentación saludable consiguió una audiencia semejante; prácticamente todas las mujeres de determinada edad del pueblo pasaron por allí. Y todavía se recuerdan los problemas de salud que varias mujeres tuvieron por implicarse en tales regímenes, por cuya prescripción pagaron, además, dinero.

  - *Sí, sí, lo de la alimentación también es impor - tante, a los pueblos también nos llega la pro - paganda y las cosas que hay en Madrid para cambiarte la figura y no se qué y entonces de repente pues aquí ha habido un herbolario y fue un montón de gente y les empezaron a dar unas pastillas que les destrozaban el hígado, pero adelgazabas muchísimo, y la gente esta - ba encantada, claro, en cuanto dejas las pas - tillas y dejas de hacer esa alimentación, otra vez vuelves a engordar. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

  - *La obesidad, por ejemplo, ¿no?. Ese es un tema que sí que les preocupa a casi todas. Todas quieren que les des dietas. Dietas má - gicas, o sea, te piden algo mágico. Yo no sé si... y eso también te pasa en lo urbano. Es decir, la clásica obesa que viene que con que le des una dieta piensa que va a adelgazar. Probablemente adelgace pero eso conlleva mucho más que hacer la dieta. Es decir, no, no, no solamente es hacer la dieta sino cam - biar el hábito alimentario. Y eso ya les cues - ta mucho. Aquí los hábitos de alimentación son... (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

  - *Y luego les gusta siempre alimentación, por - que piensan que le vas a dar algo mágico. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

Ciertamente, estamos ante uno de esos problemas de salud silenciados por los programas de prevención. Como se considera un problema de salud pública la obesidad, todo lo que se haga en la dirección de adelgazar pare-

[106] A la hora, por tanto, de considerar hábitos insalubres la mujer rural tiende a poner la vista en el marido o en los hijos. Su función de cuidadora le insta a intentar controlar o intentar modificar las tendencias insalubres que aquellos manifiestan, ya sea en la alimentación (tendencia hacia lo abundante, sabroso y fuerte), ya sea en los hábitos sociales (alcohol, tabaco).

cería como si fuese también una actividad saludable. Sólo la anorexia y la bulimia infantiles y juveniles parece que salen a la luz como patologías, como si el problema fuera sólo específico de un grupo de edad o, por lo menos, sólo se manifestara como problemático en un grupo de edad. Pero lo que es evidente es que si ese problema se reproduce en las chicas es porque ya estaba, al menos de forma larvada, en las madres, aunque las consecuencias en este caso no sean tan escandalosas.

- *Sí, últimamente la gente, yo voy a hacerte un comentario, ¿vale?, hay gente que últimamente van a sitos, para una cura de adelgazamiento, de no se qué, no se cuantos, como que creo que eso está como descolocado, la gente no entiende muy bien, el asunto de la alimentación. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Si ya a las mayores, porque las de mi edad ya se miran muchísimo para no engordar, los chicos ven a sus madres que dicen: "esto no me como para no engordar". Ellos todavía más. Ellos... te... "yo no quiero engordar". (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*

Y hay que considerar que las edades que nos toca considerar son críticas al respecto, son las edades en que empieza la decadencia física, lo cual supone que también comienza la **decadencia estética**. Puede ser que los epidemiólogos no encuentren problemas de salud cuantitativa o cualitativamente significativos asociados al necesario recrudecimiento de las dietas que debe de llevar parejo esta fase de la vida de la mujer, pero lo que es relevante para la promoción de la salud es que esta fase debe cursar necesariamente con **sufrimiento**, en tanto que cabe esperar una acentuación la fractura entre el yo y el propio cuerpo.

- *A mí los 50 años me sentaron fatal y los 51 peor. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *A mí me vino la depresión pues porque tuvo que venir por lo que sea, yo creo que fue la ansiedad que tuve.*

- *Sin motivos.*

- *Por la ansiedad, por la ansiedad, te trae en la edad que tenemos, te trae a la depresión, como no te la cuides la ansiedad te trae a lo que te trae. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

No vamos a descubrir el Mediterráneo al decir que la **menopausia** es una etapa difícil para la mujer. Lo que interesa es hacer notar que, con independencia de los problemas físicos que pueda acarrear, los problemas "psicológicos" tienen un sentido más allá de los efectos incontrolables de las hormonas y los padecimientos o molestias físicas que lleva acarreados. Es toda una relación con el cuerpo la que debe redefinirse o reequilibrarse. Y el riesgo de que se produzcan, como resultado de una inadecuada reequilibración, patologías psíquicas más o menos severas es relativamente grande[107].

[107] El que hablemos, y se suela hablar, de perimenopausia o climaterio implica la evidencia de que la menopausia no es directamente la causa de una serie de desajustes psicológicos típicos. Más bien, el hecho físico de la menopausia viene frecuentemente a agravar, por lo que significa particularmente para la mujer, la crisis asociada a la decadencia del cuerpo. Uno de los síntomas más indeseables de la menopausia, como se sabe, son los sofocos. El problema fundamental de los sofocos –con independencia de lo molestos que pueden ser en sí mismos- es lo que suponen de **evidencia pública** de que la mujer está efectivamente menopáusica (por eso es tan importante asegurar a la mujer, para que asuma el tema con menos angustia, que tales sofocos sólo los nota ella). Es obvio que es más importante para la mujer lo que la menopausia significa (para ella y para los otros) que lo que es en sí misma en tanto que afección, disfunción, o como se la quiera calificar.

- *No puedo, no puedo y prefiero vivir menos años, y vivir como estoy ahora con vosotros hablando, esto que yo estoy hablando aquí con vosotros, pues no podría hablar, porque cada dos por tres estaría sudando por aquí y yo este coloquio que hemos tenido, no lo hubiera podido tener, porque me da vergüenza, porque me pongo chorreando, sudando y no, yo prefiero. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *¿Qué demandas ellas? Los sofocos, por ejemplo. Eso es muy demandante. El tema de los sofocos a ellas les preocupa mucho y sí que demandan algo para eso. Cuando, realmente, muchas veces ni son conscientes de que los demás ven que están teniendo un sofoco. Yo, por ejemplo, los cursos que hago, hago un par de veces al año, y hago mucho hincapié en ese tema, es decir, que lo que vosotras estáis notando no es lo que los demás perciben. Por lo tanto, no deis tanta importancia a este tipo de cosas. Pero sí es verdad que te vienen. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

– *Entonces, aquí están acostumbradas muy en su casa. Entonces, les surgen problemas de toda índole. Mucha neurosis y mucha ansiedad y mucha... de ese tipo de cosas ¿no? Es lo que yo veo aquí. Te vienen a ti a comentar eso, pues que cuando... por ejemplo, en la menopausia, pues, todas las mujeres pasan la menopausia, bueno, pues aquí lo llevan fatal, lo llevan fatal porque a los propios trastornos que vienen, trastornos de tipo... anímicos, que conlleva la menopausia, se suma que ellas ya arrastran, pues, que no están contentas, no están satisfechas con la vida que llevan aquí ¿no?. Entonces, se une todo eso y llevan fatal la menopausia. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

Ciertamente, estamos ante desequilibrios genéricos de la mujer de estas edades. Hay que aceptar, de todas formas, que en la mujer rural concurren agravados con desequilibrios patentes en otros registros, en los cuales el vivir en el campo, como veremos, sí que actúa como factor claro de agudización. El cóctel puede ser realmente explosivo.

– *Y, entonces, esos son los auténticos problemas que yo veo aquí y que están ocasionando muchas consultas. En todos sitios hay artrosis, más o menos graves, pero aquí la viven... O sea, aquí viven todos los problemas que tengan muy mal. Muy mal. Y también influye mucho, pues, el problema que cada uno tiene en su casa, que al final te lo acaban contando, "pues me pasa esto" "me pasa lo otro... o me pasa... (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

– *Sí, claro, cuando empiezan con la menopausia y todo esto ellas se sienten menos válidas. El marido también las rechaza. Ella entra en una depresión y el marido cada vez la va rechazando más y entonces esto de la autoestima de la vida en pareja para mí en estos sitios que es un pequeño núcleo. Es decir, todas estas cosas las veo como... por eso, porque conviven y se aguantan pero... se aguantan pero no... (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3*

Las acciones de promoción de la salud relativas a la menopausia son como consecuencia un capítulo pendiente, relativamente urgente, a la hora de atender la salud integral de la mujer rural. Y hablamos, efectivamente, de promoción de la salud, porque lo que estaría en juego sería un cambio de actitudes hacia la relación que se establece con el propio cuerpo, más allá de la información de lo que la menopausia supone como alteración física o corporal.

– *No, no, pero aunque sea psicológico, creo que debemos de estar, saber las cosas, para que cada una diga, ¡huy!, a mí me dan sofocos, bueno pues me han dicho que tranquilita, que me abanique, me abanico, que me, ¡huy!, pues a mí, yo duermo muy mal, bueno pues tranquilita, te bebes un vasito de leche por la noche, saber las cosas, porque yo ya no tengo la regla hace 3 años y pues tranquilamente apechugo con lo que me vaya viniendo si saber nada que me hayan explicado que tenga que ser así, o que me va a pasar esto, o que me va a pasar lo otro cuando se va la regla (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

– *Claro, nosotros estamos totalmente pez, por ejemplo del tema menopausia que es lo que nos ocupa a la mayoría de las que estamos aquí, no vienen a darnos charlas, nadie se ocupa de venir al pueblo a ver la mujer rural como vive ese tema, como, nosotros si queremos tenemos que ir por nuestra cuenta a Madrid. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

De las consecuencias negativas o patológicas observadas[108] de esta crisis, creemos que la **pérdida de interés e incluso la renuncia a las relaciones sexuales** pueden ser posiblemente las más comunes. Es decir, la renuncia a tener un cuerpo sexuado. No es posible imaginar una fractura tan profunda del yo con el propio cuerpo que ésta, que es una decisión de práctica **castración**.

– *No es... como en toda desigualdad de género, es casi invisible ¿no? Pero realmente existe. Ahora se ve más pero ha sido invisible toda la vida ¿Y qué ocurre? Pues en el tema de sexualidad, que yo llevo a mucha gente con estos temas, pues, ellas no desean tener relaciones sexuales con su marido. Primero porque no son satisfactorias la mayoría de las veces y a lo largo de su vida matrimonial y, segundo, porque cuando lo realizan lo realizan porque tienen que dar desahogo al marido. Digamos que esa es la frase mágica:*

[108] Muchas de ellas es obvio que son impermeables al método.

ellas desahogan a sus maridos. Sin ellas de - sahogarse por ningún lado. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)

- Suponemos que esta decisión[109] está asociada a la aparición de determinadas molestias físicas en el coito, típicas de la menopausia, o como acción refleja a problemas parejos del marido (p. ej.: disfunción eréctil). No obstante, considerar que tales problemas físicos son la causa del abandono es excesivo. Tiene que haber una **voluntad de abandono**, que inhibe la posible búsqueda de soluciones, que se sabe que pueden existir[110], a los problemas específicos.

  – *Porque yo oigo a mis amiga que es que ho - rrible, porque "¡qué daño!" "¡que dolor!" "¡que no sé qué...!". Y yo les digo: "chicas, id al médico porque hay pomadas y hay mu - chas cosas" Y te dicen: "¡uy, pero que ver - güenza!". (Mujer, 57 años. Rascafría)*

  – *Que están secas... la sequedad al... ya con la menopausia y tal... Entonces, yo las oigo y las digo: "¡pues id al médico porque hay aho - ra... hay muchas cosas!" "¡uy, pero qué ver - güenza!". Existe un poco el... (Mujer, 57 años. Rascafría)*

  – *Sí, porque a la edad que entramos, nosotras unas veces y otras ellos, pero tenemos pro - blemas, porque entre las amigas pues lo ha - blamos (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

  – *Cuando hablamos de la menopausia, por ejemplo, con las mujeres, un tema que no abordan es el tema de... de disparemia, de molestia al tener relaciones sexuales o de que no tienen placer. Pues todo eso... Hombre, claro, ellas a lo mejor no se atreven a decírtelo pero es que ya les vas preguntan - do: "¿tiene molestias cuando tiene relacio - nes?" "¿tiene...?" Y ya cosas que a lo mejor no le han dicho a nadie en su vida, pues, te pueden decir; "pues mire usted, pues tengo este problema o no tengo placer... o tengo molestias o tengo mucha sequedad..." Todo eso que a lo mejor es una entrevista un poco encauzada a lo que estás preguntando, que si es de motu propio a lo mejor no te lo de - manda, como tal. O a veces también deman - dan por parte del marido, en estas edades, que les da corte a los maridos, porque ya con las edades y además tengan fármacos que tengan impotencia, pues, también te lo suelen consultar ellas antes de traer al mari - do. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

- Podemos, efectivamente, echar mano a los prejuicios sociales rurales. Es obvio –eso nos dicen- que los problemas sexuales de la mujer adulta no deben hacerse públicos, que está mal visto que la mujer madura se preocupe de estas cosas. Tradicionalmente, como se sabe, el deseo femenino ha estado penalizado, máxime si se manifiesta en aquellas edades en que ni siquiera éste cumple una función reproductiva. Pero tampoco en este caso debemos de hablar de causa: no es necesario hacer público un problema semejante para decidir poner cartas en el asunto e intentar solucionarlo[111].

  – *Pues también, ese tema no ha salido, otra cosa igual.*

  – *¡Huy, huy, huy!.*

  – *Que van a pensar, si hablas de temas de se - xo.*

  – *¿Quién?.*

  – *A los cincuenta y tantos años.*

  – *Hablar de temas de sexo.*

  – *Hablar de temas de sexo, vamos no te ima - ginas.*

  – *Pues fíjate, te puedes encontrar novios así (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

[109] No tenemos, efectivamente, ningún dato que pueda confirmar o la validar la importancia cuantitativa del fenómeno. Es una impresión derivada de la frecuencia con que el tema aparece de forma directa o indirecta en la investigación, considerando además que es un tema que por sí mismo presenta mucha dificultad para salir a la luz.

[110] Insistimos, no estamos ante mujeres que estén fuera del mundo.

[111] Es obvio que al respecto, como en otros muchos temas, es muy importante la figura del médico rural (y del resto de profesionales sanitarios de atención primaria, aunque con menor relevancia). El médico rural es la única figura cercana a quien se puede hacer una confidencia de este tipo. La importancia de la figura del médico generalista en la promoción de la salud de la mujer rural nunca debe ser puesta en entredicho, ni soslayarse.

¿Semejantes prejuicios forman parte también de la relación íntima de la mujer rural con su propio cuerpo? De algún modo sí y de algún modo no. De hecho es propio de la mujer moderna –y la mujer rural, insistimos, lo es- establecer una distancia entre lo público y lo privado, entre la colectividad y el yo, entre el prejuicio y el juicio. Ciertamente, se juega mucho en intentar compatibilizar ambos mundos, porque al fin y al cabo la identidad femenina sigue estando muy comprometida en la relación social. Pero siempre hay un espacio para **la crítica**, para salvar al yo de la negación pública: *"lo que yo necesito no es necesariamente lo mismo que lo que otros quieren que haga"*.

En el ámbito de la sexualidad la mujer rural tiene su memoria histórica. Cuando fue joven tuvo, efectivamente, que efectuar con valentía actos críticos de este tipo: acceder a la sexualidad le supuso romper con un muro de intolerancia y de silencio[112]. Asumir, de alguna forma, su cuerpo y su deseo con independencia de lo que los otros pudieran decir. Y lo curioso es que el climaterio viene como a reproducir una escena semejante y el dilema consecuente: o se tira por la vía fácil y débilmente conflictiva de hacer un duelo público y privado por la sexualidad reproductiva perdida, con todo lo que tiene actitud tanática para el yo, o se afronta valientemente el tema, afirmando el derecho a la propia sexualidad y al propio deseo. Es, en última instancia, **el derecho a no morir en vida**.

- *No han explicado nada.*
- *Nada, nada.*
- *- **Estamos igual que en la adolescencia[113].**(R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*
- *Nuestras madres no nos explicaban nada de lo que era la menstruación, y ahora estamos igual, no tenemos madre y la que lo tiene tampoco te lo explica. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- Y esta actitud ha sido observada también varias veces. No otra cosa parece desprenderse del interés que se observa en algunas mujeres por aumentar su conocimiento sobre temas de sexualidad. Hay un programa actualmente en televisión sobre divulgación sexual que parece tener mucho éxito entre este tipo de mujeres. Realmente sorprende, porque es inevitable tener el estereotipo para la mujer rural de mojigata y puritana. Pero también sorprende que una etapa de la vida, que se supone asociada a la pérdida de interés por la sexualidad[114], aparezca un interés renovado hacia ella.

  - *Porque ahora mismo llevo un año, O sea, llevo 6 meses dándole vueltas al tema, buscando libros, leo libros, porque no se qué, porque realmente tengo síntomas que me están amargando la vida, digo ¡joder!, quiero una información (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*
  - *¡Madre mía!, que ya claro, no tengo la regla, ya no se qué.*
  - *Se te bajan las carnes todas (risas).*
  - *Eso puede ser un trauma, un trauma psicológico.*
  - *Claro, igual que la adolescencia, ¿qué me está pasando a mi, por qué a mí me salen unos bultos y pelos en los sobacos? (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*
  - *- **Es la misma historia, es un cambio de cuerpo**.*
  - *- Pero era más alegre que este, porque sabes que vas para arriba. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría).*
  - *Por ejemplo, esos temas sí tienen muy buena acogida porque en todos los cursitos que se ha tocado... Los de menopausia, el tema de la sexualidad ves unos ojos así a la hora que les planteen, pues, bueno, que esa época pueden tener una relación sexual satisfactoria y cómo corregir pequeños problemas.*

[112] Como las mujeres urbanas, las mujeres rurales también tuvieron que efectuar en esos tiempos oscuros su revolución sexual.
[113] Para el tema menopausia.... en lo profundo lo que plantea es un deseo de asunción de propio cuerpo. "Como la adolescencia...", como cuando no sabía ni lo que era la regla no los temas relacionados con las relaciones sexuales. No es que la menopausia sea un problema, es un problema no conocer el propio cuerpo.
[114] Es también un estereotipo del que escribe, que es un hombre urbano. Como se ve, los prejuicios acerca de lo que la mujer **debe** de sentir son muy potentes; y no son, desde luego, exclusivamente rurales.

Entonces, bueno, cuando rompen el hielo y empiezan a hablar y empiezan a lanzar cosas se dan cuenta de que no es tan difícil hablar de esas cosas. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)

De lo que se trata, por tanto, es de disociar menopausia y vejez sexual, y/o vejez en general. Esta es la forma espontánea de intentar combatir el sufrimiento adosado a esta etapa de la vida, y de evitar sus "vicios", que implican una suerte de **abandono.** Abandono sexual, quizá en primer lugar, pero también en el resto de facetas de la vida: en el autocuidado corporal, y estético, en las relaciones de pareja, en las relaciones sociales, en las relaciones con el mundo y la actualidad, en la organización del tiempo libre, etc. Un práctico y total aislamiento, que sí se nos aparece constantemente en la investigación como síntoma, y cuya manifestación patológica más clara quizá sea la **ansiedad.** En cualquier caso, hay que entender que en profundidad lo que opera en todo esto es una elevada **desvalorización personal**, que se alimenta también, como veremos, desde otros registros.

– *Luis, ¿tú qué síntomas crees que puede tener una mujer en la edad de la menopausia, pero no dolor físico, sino psicológicos?, que no la menopausia la asocies al envejecimiento, y te crea un trauma. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

La posibilidad de superar esa crisis no depende sólo, aunque también, de la voluntad[115]. Depende también de que se obtengan los conocimientos, las habilidades, los apoyos y los instrumentos necesarios para poder enfrentarse a las acciones consecuentes con una mínima esperanza de éxito.

El cuidado (de la propia salud) no es, por tanto, sólo una exigencia estrictamente **preventiva**; no es sólo el miedo al riesgo de contraer unas determinadas enfermedades típicas de la edad lo que mueve a la mujer a implicarse en los servicios sanitarios[116]. Hay una necesidad, mucho más potente de cara a condicionar el comportamiento, relacionada con la relación del yo de la mujer con su propio cuerpo, típica de la edad: de lo que se trata es de **valorizar el propio cuerpo** mediante el cuidado sanitario. Como el problema originario era de naturaleza sexual –el envejecimiento sexual, la pérdida de la sexualidad reproductiva-, también la valorización del cuerpo concomitante es prioritariamente de naturaleza sexual: **los cuidados ginecológicos** obtienen un valor fundamental sobre otras alternativas de cuidado orientadas a reestablecer el equilibrio con el propio cuerpo.

Hay, por tanto, en estas edades **un mandato** femenino de cuidado ginecológico, muy relacionado, efectivamente, con la **autoestima**. No es un mandato superyoico, asociado a un deber que venga de fuera y que se imponga a la mujer a pesar de ella misma. Es un **mandato del yo**, que el yo se impone a sí mismo para sobrevivir como tal.

[115] Podemos proponer, efectivamente, muchos cursos de **autoestima** para la mujer rural –de hecho, ya es una práctica normal desde diversas instituciones, y la mujer rural estudiada suele tener experiencia de tales cursos-, pero también hay que tener la vista puesta en las posibilidades que ofrece el medio, considerando también la forma en que la mujer rural se relaciona con él. El problema que pueden tener estos cursos de autoestima es que crean la ficción de que todo es cuestión de modificar actitudes, como si la realidad no existiese. La mujer queda entonces como la exclusiva responsable de su infelicidad, lo cual, bien mirado, es una forma muy poco ética de devolverle a su problema, cuando la promesa inicial era precisamente sacarla de él. La realidad existe y hay que cambiarla; si no se actúa sobre la realidad difícilmente se va obtener alimento para la mantener o engrosar la autoestima. Es bueno dar un empujón, siempre y cuando no sea el abismo lo que se tenga por delante.

– *Pues, mira, faltaba todo, porque ahí lo único que te decían: "tienes que aprender a decir y tú ser tú misma y tú tal..." Pero si eso yo ya lo sé. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

[116] De hecho, hay un dato que sorprende al respecto: normalmente la mujer rural es muy reactiva a asistir a cursos de educación sanitaria relacionados directamente con enfermedades graves, como pueda ser, por ejemplo, el cáncer. Ciertas informaciones deprimen; y nadie quiere aumentar con ello su angustia vital. De ello puede deducirse que el interés por temas de salud está la mayoría de las veces en otro registro distinto al de la mera prevención de un riesgo.

– *Pues... éste, pero no serviría nada más que para coger más miedo, me creo yo (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*
– *No del cáncer no, que hablen de enfermedades no, porque la gente tiene pánico y no viene (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- Los problemas de acceso, aludidos en su momento, a los servicios ginecológicos en el medio rural tienen desde esta óptica una mayor trascendencia. No es sólo un problema de seguridad física frente a la enfermedad y la muerte lo que está en el candelero; es también, cabría decir, un problema de **dignidad** personal[117], de enfermedad y muerte, por tanto, **personal.** La mujer rural, en la medida en que tiene más dificultad que la urbana para acceder a los servicios de cuidado ginecológico, tiene, comparativamente hablando, menos posibilidades de ser y sentirse persona. Un agravio comparativo, como consecuencia, de gran intensidad, porque lo que está en juego es la posibilidad de recuperar el propio equilibrio personal en relación al propio cuerpo, que es más importante y más sustancial que la recuperación del simple equilibrio corporal.

No hay duda, por tanto, al respecto de dónde están las prioridades. Pero obsérvese, en cualquier caso, la paradoja que se crea. Es un objetivo prioritario de educación sanitaria en el medio rural el convencer a las mujeres de estas edades que se impliquen en su propio cuidado ginecológico; las carencias relativas al acceso a los servicios sanitarios ginecológicos, sin embargo, actúan de forma contraproducente, acentuando la herida narcisista –el sentimiento de desvalorización- de la mujer rural. La educación sanitaria no puede por sí misma suplir este problema, y sí puede, tristemente, acentuarlo.

La salud ginecológica es muy importante, pero hay más necesidades de salud asociadas a este mandato del yo en relación al propio cuerpo.

- *El tema de los huesos, que se nos van un poco ya deteriorando, eso sí sería. El tema eso, de que comemos mal, porque queremos saber un poco de, qué tenemos que (...)(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

- *Y, sobre todo, en los temas de artrosis. También son muy importantes. Aquí la gente tiene... Ha trabajado mucho en el campo y ese tipo de cosas y están bastante fastidiados de los huesos. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

El mantenimiento de la forma física es quizá el más importante después del cuidado ginecológico. Hay necesidad de impulsar esa necesidad en la mujer rural de estas edades. El cuidado genérico o específico, preventivo o paliativo sobre cualquiera de los **achaques típicos de la edad** es muy importante precisamente a estas edades, porque lo que realmente importa –para mantener el equilibrio personal- es **actuar en contra del envejecimiento**, de sus signos visibles e invisibles. Y está claro para todas que el ejercicio físico es al respecto fundamental; es la forma de impedir que el cuerpo se abandone, o que el yo se abandone abandonando su cuerpo[118].

- *Oye es que aquí hay mucha gente con artrosis en las manos y que las mujeres empezamos con una edad, que empezamos, oye pues venir a hacer un taller de manualidades, alguna cosa, no se para estudiar el porque viene esa artrosis. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *En cambio, con 50 o 60 años ya tiene que si la artrosis, la osteoporosis, la menopausia... y miles de historias ¿no? Entonces ellas ya están más preocupadas por sus pastillas, por su... y las otras todavía no, porque **todavía no piensan que se van a morir y las otras ya lo tienen presente**. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

- La **ausencia de infraestructuras deportivas** en el pueblo es todo un problema en muchos casos[119]; es algo que inhibe el posible desarrollo de esta estrategia de valo-

[117] Porque no es otra cosa que la dignidad la que está implicada en los mandatos del yo. El derecho a los cuidados ginecológicos está en un mismo rango que otros derechos, como puedan ser, por ejemplo, -y no es una exageración- los derechos fundamentales de la persona.

[118] Para entender intuitivamente lo importante que para el equilibrio personal de la mujer puede resultar esta actuación contra el envejecimiento basta con echar un vistazo a estos pueblos y ver el aspecto de los hombres de sus mismas edades. Estos, efectivamente, **parecen unos viejos**; no todas las mujeres ofrecen este aspecto deplorable, porque las hay que efectivamente se cuidan.

[119] Es obvio, como sucede en otros temas, que los pueblos grandes tienen al respecto más posibilidades.

rización del cuerpo. El tipo de infraestructura que con más frecuencia se echa idealmente en falta es la **piscina cubierta**. La natación se ha convertido insensiblemente en el deporte ideal por excelencia para la mujer madura, sobre todo si son los achaques de naturaleza reumática y ósea los que entran en escena[120]. Ni que decir tiene también es frecuentemente la **tendencia a engordar**[121] es el otro motivo por excelencia del acceso al deporte; pero este motivo es más inespecífico que el anterior para la elección de la natación como actividad ideal preferente.

- *Y en San Martín creo que también está... el alcalde ha solicitado la piscina, el tener una piscina climatizada. - Porque hay muchas personas con problemas de espalda, y con muchos problemas... (RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Cada vez hay personas más jóvenes con problemas de huesos..(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *... de dolores musculares o reuma o artrosis... o cosas de ésas..(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*
- *Perder peso, todas perder peso.(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*
- *Pues mira, nuestra necesidad es que necesitamos una piscina cubierta. ¿Ves? Todo lo que te estoy hablando es cosas... hay una piscina pero no está cubierta. Se iba a hacer cubierta pero se cambió el ayuntamiento, y como, "si tú has hecho esto yo te lo tiro", que eso pasa normalmente, pues entonces no salió adelante. Eso sería un centro de reunión muy bueno, aparte de necesario. Porque la que no tiene algo de columna tiene algo de no se qué. Y que te viene muy bien en invierno. (Mujer, 57 años. Rascafría)*
- *Yo si algo pondría aquí pero, pero, urgente, y además como prioritario para ese grupo de mujeres, es un centro con actividades deportivas, y cuantas más mejor. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*
- *El tema de natación es un tema que les gusta a muchas pero, claro, tienen que irse a 20 kilómetros de aquí, a Arganda. Aquí mañana ponen una piscina climatizada y la llenas de mujeres mayores. La llenas, vamos. Pero garantizado. Vamos, no sé si sería para un negocio comercial pero, desde luego, sería perfecto.(E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

- Ciertamente, el nadar regularmente fuera del verano está muy lejos de las posibilidades reales; sólo en los pueblos grandes se identifica una aspiración realista a esa infraestructura deportiva. Hay que considerar otras posibles alternativas, más ubicuas. Pero lo cierto es que la mujer de estas edades es normal que se sienta **completamente desatendida** al respecto. No hay nada, no hay oferta deportiva ajustada a su edad. Sí que la hay **para las más viejas**, pero ni el concepto es exactamente el mismo[122], ni cabe hablar compatibilidad entre ambos tipos de población[123], ni muchas veces está considerado el posible acceso de mujeres más jóvenes a este tipo de clases de gimnasia de la tercera edad. Aún así, hemos observado varios casos en los que la mujer más joven se las arregla para acceder a la gimnasia de las mayores ante la ausencia de una oferta más específica al respecto.

  - *y me he ido a la gimnasia, que me he apuntado a gimnasia, gimnasia de mayores, como no van casi mayores, vamos también noso-*

[120] Casi siempre entran en escena, puesto que es muy común en las edades comentadas la aparición de este tipo de dolencias.
[121] Que podemos llamar "obesidad" si queremos, aunque sea obvio que la correspondencia entre lo que puede definir médicamente como una patología no siempre coincide con la percepción subjetiva de la mujer de estar gorda.
[122] Es difícil precisar el matiz, pero hay que aceptar que nuestras mujeres son todavía mujeres fundamentalmente sanas, aunque algún achaque haya hecho acto de aparición. El tema es bien distinto en la tercera edad, donde ya cabe hablar, más que de achaques, de enfermedades. Nuestra mujer lo que quiere es **recuperar la forma**; en la tercera edad lo que se quiere es compensar un déficit normalmente funcional.
[123] Si lo que busca la mujer de esta edad es luchar contra el envejecimiento, no parece que sea una opción consecuente con ese objetivo el empezar a hacer gimnasia con las más mayores. De hecho, como ya se ha apuntado en algún momento, hay una separación clara entre estos dos tipos de mujeres, que complica el acceso a actividades; las unas no quieren ir a donde van las otras, y viceversa.

tras, (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)

– *También sería importante, pero, bueno, hay... Normalmente hay... hay aeróbic y hay co - sas... hay gimnasia de mantenimiento, pero que también es para las personas más ma - yores de 65, para la tercera edad. Es que es - tamos en una edad que ni nos entra lo de los jóvenes, ni lo de los mayores. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

– *Mayores de 60 para arriba, o lo que sea 70 y van chicas con treinta y tantos años, o sea no han dicho nada. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

– *Han hecho un gimnasio muy majo, por ejem - plo, y hay muchas mujeres en una edad de éstas, de 45 a 55 y tal, que se han apuntado al gimnasio. En cuanto les ofreces algo, que ellas ven que tú te esfuerzas y que, más o menos, tiene una calidad, ellas entran. Ahora, cuando las dejas, cuando les sueltas la cuerda es cuando ya viene el problema. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

- Viene bien, por tanto, y obtiene una elevada aceptación, cualquier oferta al respecto, aunque sea más inespecífica, como pueda ser el aeróbic, el yoga, etc. Todo lo que sea traducible actividad "deportiva" de mantenimiento es recogido con interés, porque realmente hay una necesidad importante vinculada a ese tipo de ofertas en la mujer que nos ocupa.

Interesaría determinar -dado que la actividad física no precisa necesariamente de una infraestructura ad hoc- si es posible generar mediante la promoción una disciplina de autocuidado de la mujer al respecto. De hecho, a partir de los datos se genera la impresión de que sí que están calando mensajes de este tipo, fundamentalmente del **andar**, especialmente en las mujeres de mayor edad de nuestro segmento. En la medida en que los profesionales sanitarios parecen estar implicados en transmitir las virtudes saludables de este hábito, la práctica del andar a estas edades se está generalizando; posiblemente no sólo en el ámbito rural, sino también en el urbano.

– *Pues es muy importante andar.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

– *Yo lo que yo dije antes, que a las 5 dela tar - de nos íbamos a andar, nos subimos por ahí, nos sentamos, quien nos vea andar por ahí, muchos hombre dicen, mira las mujeres. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

– *Ya, porque es que ahora está de moda, el ejercicio físico, y en todos los sitios de bom - bardean que lo primero es andar y pasear mucho y todo el mundo lo quiere hacer. Pero, claro ¿dónde vas tu sola a andar? ¿no? Entonces hay un grupo y se van... o hacer gimnasia, les das una tabla de ejercicios y se van a casa y la guardan por ahí porque no van a hacer ni uno. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

– *Tú cuando les mandas que vayan a pasear hay mucha gente que te dice: "es que yo so - la me aburro". Entonces, si quedan con las vecinas y demás, les dices que... y van a an - dar una hora por la mañana. Y en algunos si - tios lo hacen. Se esperan y se van. Yo las veo por la carretera. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

- Este tipo de prácticas de autocuidado tienen, no obstante, cierta desventaja en el medio rural frente actividades, diríamos, más regladas. En la mayoría de los casos, como veremos más tarde, las actividades regladas tienen el aliciente secundario de actuar como vía, o pretexto de comunicación con otras mujeres. Las actividades regladas son divertidas, reducen la angustia y el estrés, generan sociabilidad y se convierten en oportunidades de ocio, aparte de permitir una relación más saludable con el propio cuerpo. Andar está bien, pero genera hastío si no se consigue encontrar en la actividad más alicientes que el propio, el mantenimiento.

– *Sí, la actividad física es muy importante. Primero porque..., por ejemplo, nosotros en Cenicientos es que no tenemos... o andamos o a ver qué hacemos, o bicicleta, que si ha - ces en casa, y hay muy poco más que...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

– *Sí. Bien. ¿Respecto a gimnasia o algo...? También, muy bien, porque... igual, es algo que en los pueblos tampoco hay nada. Nada. Como mucho se pasea. La gente paseamos de vez en cuando, pero actividad física nin - guna. Eso es... eso es un atraso en todos los*

pueblos. Eso si... ya verás como si... si haces alguna encuesta... actividad física... se debe - ría de promocionar... Creo que la gente joven lo hace por estar delgadito y por estar bien y porque es algo que está saliendo en... que en hombres es... todavía más en hombres, se está dando la típica imagen del musculitos y todo eso y los hombres... los jóvenes, de hombre nada. Mi marido no hace ninguna gimnasia, yo no hago ninguna gimnasia y co - mo yo mi cuñado, mi... mis hermanas... Vamos, en mi edad no hace nadie gimnasia, pero, vamos, de ninguna clase. (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)

El intento de generar "hábitos saludables" choca, en general, siempre con el mismo problema. La disciplina a imponer choca con toda una organización automática de la vida cotidiana. Normalmente, más importante que la difusión de lo que constituye un hábito saludable –la información- es la estrategia de introducción de ese hábito en la vida cotidiana, máxime si se tiene en cuenta que el hábito insalubre previo suele estar implicado en una suerte de disfrute. En el caso del ejercicio físico por el andar lo que está en juego es introducir un hábito aburrido y cansino en un tiempo de ocio, cuyo sentido originario era el del esparcimiento. Sólo si introducimos el ejercicio en un contexto de esparcimiento tenemos posibilidad de incorporarlo a largo plazo como nuevo hábito.

Sucede algo muy semejante en el tema de la **alimentación**. Todas las mujeres presentes en nuestros grupos están de acuerdo en la importancia que tiene en el mantenimiento, en la introducción de una relación más saludable con el propio cuerpo. Podría decirse que incluso saben completamente lo que deberían de hacer para tener una alimentación más saludable. No hay un problema de información, porque no sólo los agentes sanitarios, sino también la televisión insisten desde hace mucho tiempo en repetir las máximas fundamentales al efecto. El único problema es que el gusto está implicado en otros hábitos, no siempre del todo salubres, y es muy difícil mantener una disciplina que a lo único que lleva es a la frustración constante de los propios deseos.

- *El problema también es que tenemos tantísi - ma información de todo, estamos saturados de información. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Sabemos perfectamente lo que tenemos que comer, que la fruta es más saludable que la verdura, que el pan no engorda, que los dul - ces no se qué, que el azúcar, todo eso esta - mos informadísimos, lo que pasa que luego, pues lo que dices tú, va en la persona que tenga voluntad de hacerlo y lo que dice Cristina. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *La comida también te lo dicen, queso, yogu - res, tienes que hacer esto que es muy bueno para tu edad, pues ya sí, si lo dicen pues lo vas a hacer, quesos, yogures, tienes que ha - cer esto que es muy bueno para tu edad, pues ya sí (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Pues, mira, yo te estoy hablando, la alimen - tación saludable van teniendo noticias... Y yo pienso que no andan muy descaminadas. (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

Creemos que es un vicio de la educación sanitaria el suponer que la población no se adecua a sus propuestas por desconocimiento[124]. En la mayoría de los temas de la vida saludable la mujer rural está tan informada como la urbana. Los mayores problemas de la mujer rural no están tanto del lado del saber como del lado de la oferta adecuada a la necesidad creada. Si la mujer urbana necesita gimnasios, ¿por qué creemos que la mujer rural tiene que conformarse con dar paseos?

- Introducir el tema de la alimentación saludable obliga a buscar un contexto en que el aprendizaje pueda tener una conexión gozosa. Y lo es, por sí mismo, el introducir el aprendizaje en cursos colectivos donde la mujer puede encontrar una oportunidad para el encuentro. Pero ello no tiene nada que ver con el contenido, sino con la forma[125]. La única posibilidad de positivizar

[124] Un vicio que se traduce en la propuesta repetida de cursos cuyos contenidos son ya de sobra conocidos por todos.
[125] Y es un tema que hay que considerar a la hora de hacer evaluación de las acciones: no basta con que una actividad, un curso tenga éxito de participación. La mujer rural, ante la penuria de ofertas de ocio, realmente se apunta a todo. Pero lo que se debe evaluar no es eso, sino el efecto en el cambio de hábitos.

para el deseo la alimentación saludable es introducirla del lado de la **cocina**, una actividad en la cual la mujer rural, por puro narcisismo, está implicada del lado del goce. Es mejor un curso de cocina saludable que un curso de hábitos saludables de alimentación[126].

El mantenimiento físico es importante, incluyendo en él el tema de la alimentación; pero también lo es el **mantenimiento mental**. Ciertamente, se trata de un tema poco atendido, pero cuya potencialidad es grande. El éxito que en alguno de los pueblos estudiados de ciertos **cursos de memoria** impartidos es lo que nos ha alertado sobre la importancia de este tema. Al fin y al cabo, si la clave del interés por la salud de la mujer rural de estas edades es la prevención del envejecimiento mediante la actuación precoz sobre sus primeros síntomas (achaques), es perfectamente congruente con ello el interés por todo lo relacionado con el mantenimiento de las cualidades intelectuales.

- *Estuvimos haciendo un taller de memoria y la verdad que iba muchísima gente. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Sí, para recuperar la memoria, eso está muy bien, porque vas perdiendo memoria y... (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Para todos, cuando empieza ya la mente a fallar. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*
- *Eran para hombres y mujeres y la verdad es que sí respondieron porque además tenían que trasladarse, una semana lo hacían en un pueblo y otra semana en otro, y, bueno, se les enseñó, pues, el tema... por ejemplo, el tema de la memoria, para estimular un poco, el tema del insomnio, como... O sea, pequeños hábitos de vida y pequeños juegueciillos que luego ellos los hacían y les gustaban. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

4.2.2. Problemas de salud asociables a la relación con los otros

Pasamos ya al plano de la **salud psicológica**, que nos enfrenta directamente al sufrimiento de la vida rural como tal vida rural. En el epígrafe anterior hablamos de problemas de salud de la mujer rural, en tanto que mujer. El problema básico a solucionar era el **déficit de medios o servicios** que el ámbito rural ofrecía a la mujer para atender a su modo particular de sentir e incorporar sus problemas de salud física.

Al abordar el tema de la salud psicológica nos encontramos con problemas intrínsecos a la ruralidad misma. Es el modo en que la mujer rural se relaciona con su entorno lo directamente patológico; y el objetivo de la promoción de la salud en este caso tiene que ver, por tanto, con la **modificación de actitudes hacia el entorno de vida**.

Y es claro que estamos en este caso ante problemas de salud, aunque los métodos y los medios para abordarlos difieran de los considerados clásicos desde la óptica de la medicina preventiva. Hay que actuar sobre la salud, pero sin que la salud misma sea el objeto directo de actuación; no se trata de educar desde un saber (médico) externo que determina lo que se debe de hacer y no se debe de hacer para mantener la salud, sino de actuar sobre los llamados "determinantes de salud", entre los que habría que incluir las actitudes y modelos vitales de actuación que están en la base del sufrimiento psicológico e, indirectamente, sobre la aparición de **patologías psicosomáticas**.

- *Si verdaderamente queremos abordar los problemas de las mujeres, tal como está hecho el programa de la mujer no le está sirviendo, porque esos son programas que se están ofertando pero no se están tratando, abordando los problemas reales que hay. Me refiero a los... o por lo menos en esta zona lo he visto así, a que los auténticos problemas que tienen las mujeres de aquí es la soledad que tienen, ese... ese distinto grado de neurosis, de tipo de ansiedad, que tienen porque los maridos son muy brutos, y lo dicen así, porque no les hacen caso, porque no les sacan a pasear, a ir al cine o lo que sea, porque*

[126] El interés que desde hace mucho obtienen los cursos de cocina en el medio rural podría aprovecharse para realizar acciones sobre alimentación saludable que compartan, en cualquier caso, los alicientes de esos cursos de cocina.

los hijos crecen y se marchan. Porque no tie - nen un trabajo y, por lo tanto, no están ocupa - das y le dan mucha importancia a cosas que no la tienen. Y eso es lo principal. Y el principal motivo de... O sea, el motivo de consulta de esta gente son síntomas físicos, síntomas... Pero que, en realidad, te pones a buscar y lo único que encuentras detrás son problemas familiares, son darle mucho al coco..."(E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)

Esta línea causal, que acaba de forma más o menos habitual en la manifestación clínica, obliga al sistema público de salud a hacerse cargo de estos temas. Al fin y al cabo, cada vez son más las consultas que instan al médico a implicarse en recomendaciones que exceden su marco de competencia tradicional. Por otra parte, cada vez son más las y los pacientes que consideran al médico como interlocutor privilegiado para problemas de naturaleza psicológica. La demanda está cambiando hacia la integración de lo psicológico, hacia la **salud mental**, y la adecuación de la oferta a esa demanda es el reto de futuro más claro del sistema público de salud.

– *Sí, sí, en algunos momentos sí, en algunas mujeres sí, sobre todo ansiedad. Sobre todo ansiedad. Muchas veces llegan aquí... En ocasiones ellas no lo manifiestan porque no lo dan importancia pero tú que las conoces lo notas ¿no? Lo notas, lo percibes. Pues que la mujer empieza a venir por cuestiones que no van por ahí los tiros, porque no le duele nada, porque el problema es otro ¿me compren - des? (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

Y lo que sucede a nivel general sucede también en el medio rural; lo que es propio de la mujer urbana lo es también de la mujer rural. La mujer, que en principio opera como abanderada de esta reconversión de la demanda al sistema sanitario, también se manifiesta en el medio rural como demandante de salud psicológica o mental.

- Es algo que nos confirman normalmente nuestros informantes de atención primaria, aunque existen dudas acerca de interpretar el fenómeno como propio de la ruralidad. De hecho, **el sobreconsumo de psicofármacos**[127] en la población objeto de estudio es un hecho incontrovertible, cada vez se recetan más y cada vez se consumen más.

  – *Entonces, aquí utilizamos mucho más, yo he trabajado en diferentes zonas: rural, aquí ahora, urbana y semiurbana o periurbana, mejor. Y he notado una gran diferencia en cuanto a que son muy frecuentes las consul - tas por problemas de esa índole... de ansie - dades en general ¿no? en las mujeres y que se utiliza mucho ansiolítico. Bueno, pues, aquí es tremendo.(E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

  – *Sí. Sí, miras el listado de fármacos y es uno de los... sino te digo de los... de los quince o veinte primeros fármacos. Sí, aunque in - tentas que sean cosas de tipo transitorio, pe - ro sí... sí consumen, para mi punto de vista de forma excesiva. Hipnóticos, ansiolíticos... Sí, antidepresivos. Pero, bueno, quizás los antidepresivos, pues, bueno, tienen sus indi - caciones. Pero los ansiolíticos se han incor - porado al vademécum personal y es difícil. Si ven una época mala intentas que tomen co - sas, dentro de las que hay más suaves, pero es difícil luego quitarlos. Sí. Para mi punto de vista sí, muchos ansiolíticos (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

  – *Sí, tomarse... y aprender a relajarse, a... a pensar en ellas, a tranquilizarse, a tener... "bueno, este momento es para mí, para..." Y tal. Y a partir de ahí yo creo que se vive me - jor, que se lleva la vida de otra forma y no... tantos conflictos con los hijos, no sé qué... También eso es otra cosa que, eso, que no es la... una enfermedad pero... Bueno, es una sensación que yo tengo por las recetas, por la cantidad de pastillas, pastillas y pasti - llas... es ya masivo. Es ya masivo. (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

  – *Los trastornos psicológicos, que vemos mu - cho, lo que hablábamos antes, sobre todo ansiedad y depresión. Depresiones muchísi - mas. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

- Pero sea o no cuantitativamente un fenómeno más relevante o importante en el medio rural que en el urbano[128], lo cierto es que

[127] Que es el mejor indicador cuantitativo del fenómeno de reconversión de la demanda hacia el sistema público al que aludimos.
[128] Nuestra impresión es que también desde el punto de vista cuantitativo el fenómeno debe de ser más agudo en el medio rural, aunque no dispongamos de confirmación estadística al respecto. El sufrimiento de la vida rural al que hemos aludido en prácticamente todo el estudio debe de tener sus efectos.

su abordaje adecuado apunta directamente hacia el modo de vida rural y hacia los problemas que comporta. El psicofármaco no es las de las veces más que una solución provisional o sustitutoria. Todos sabemos que la correcta intervención sobre el problema –a no ser que estemos ante patologías psiquiátricas, que no es el caso- precisaría de otras armas.

- *Entonces, algunas lo intentan, algunas se lo plantean. Otras no porque viven en esa situación durante mucho tiempo y lo que no se plantean. En general no se lo plantean. Yo tengo a algunas ahora, de éstas que tengo que estar llevando con ansiolíticos y tal, porque han llegado, pues, eso, han llegado a unos extremos muy bajos y, bueno, estoy con ellas y les digo: "bueno, o os buscáis algo o no salimos de esta cuestión" "tenéis que distraeros, tenéis que animar vuestra vida, tenéis que...". Y en fin... (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

- *Y en el tema de autoestima, pues, como va muy ligado, como sabes, pues, ahí se, ahí... Se toma mucho antidepresivo en este pueblo. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

- *Las jóvenes. Las jóvenes son... la mayoría de ellas, las necesidades que plantean son necesidades de autoestima. Yo creo que es un problema de aquí, de falta de autoestima. Se sienten infravaloradas por su pareja y demandan la consulta. Sobre todo, ésas, algunas van más, las que ya me conocen, por ejemplo, a mí, vienen más a mí, pero las que no van más al médico. Pero van en busca no de soluciones terapéuticas como tal, sino fármacos. O sea, buscan la pastilla que les dé la posibilidad de enfrentarse a algo que tienen todos los días en casa y no se atreven a decir: "vamos a sentarnos y hablar". Eso por un lado.(E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

En los capítulos anteriores hemos apostado por una definición "discursiva" del tipo de patologías más frecuentes. Propusimos el término de "**depresión**" para referirnos al tipo de sufrimiento concomitante a la fractura en la relación de la mujer con los otros; propusimos el término de "**estrés**" para referirnos al tipo de sufrimiento concomitante a la fractura en la relación de la mujer con su actividad[129]. En este epígrafe nos toca hablar de la depresión.

- *...el resto de las mujeres es que no salen de casa. Es que... la compra... "y me voy corriendo que va a venir a comer". Es que vienen a comer. Y la ves en la compra y ya no la vuelves a ver en todo el día y se tienen que deprimir por narices. Digo yo, vamos.*

- *Yo creo que es que no... Es que no se dan cuenta. Es una enfermedad que a lo mejor la tienes y no te das cuenta.*

- *Yo conozco a mucha gente que depresión (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*

- *Yo también creo que algún tipo de charlas, psicóloga, un psicólogo o algo así, para orientar un poco a la gente, para que la gente se explaye un poco, a ver si consigue que la gente hable, la gente en general no habla ni consigo misma. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Porque depresiones también, dicen que en el medio rural no hay depresiones, depresiones yo veo muchísimas. (E.A.3. Médica. Centro de Salud. Área 3)*

La depresión se produce en la mujer rural desde un complejo afectivo muy claro, **el de la cuidadora**. En su momento hablamos de dos esferas de cuidado, una propia, la familia, y una extensa, el propio pueblo. Debemos, por tanto, abordar el tema de la depresión desde esos dos ámbitos.

El trabajo de la cuidadora puede ser más o menos exigente, más o menos opresivo, más o menos agotador, pero no es este aspecto productor de estrés del que vamos a hablar ahora. Vamos a hablar de su vertiente afectiva, que nos obliga a abordar el tema de las **frus-**

[129] De hecho, ambos términos son directamente los que se utilizan en el discurso. Puede haber cierta confusión a la hora precisar el significado de uno u otro; por ejemplo, hablar de estrés cuando realmente se está hablando de depresión, o viceversa; otros términos como "ansiedad" también complican el tema. Pero, con independencia del término que se utilice en concreto, si que se observa con bastante claridad en el discurso dos ámbitos diferenciados de sufrimiento, el relacionado con las relaciones (que decidimos fijar con el término "depresión", dado el sufrimiento está más del lado del decaimiento, con la pérdida de sentimiento vital), y el relacionado con la actividad (que decidimos fijar con el término "estrés", dado que el sufrimiento está más del lado de la excitación incontrolada y del dolor con el que se sufre el correr desbocado del tiempo).

traciones de la vida cotidiana. La depresión puede considerarse una forma de frustración, o el resultado de una acumulación de excesivas frustraciones, si la consideramos ya como una forma patológica.

La estrategia afectiva de la mujer cuidadora se basa, como se sabe, en la gestión de los afectos. La mujer se hace responsable en lo fundamental del equilibrio y de la armonía de las relaciones familiares. La mujer rural estudiada está prácticamente volcada sobre su familia, sin que se dé prácticamente un espacio exterior[130] que sirva para equilibrar las frustraciones que se producen en ella. La versión "bonita" de la historia es lo cohesionadas que son las familias rurales; la versión no tan bonita está asociada al riesgo para la subjetividad que se deriva para la cuidadora del eventual éxito de su estrategia, cuando están, como están, todas las fuerzas volcadas en ello. El más mínimo problema puede convertirse en un mundo.

En un mundo se pueden convertir las **relaciones de pareja**, que se convierten en objeto permanente de preocupación particularmente en estas edades, en las cuales la familia se ha reducido formalmente, si no prácticamente, a la pareja. Reconstruir entonces la relación, que pasaría a ser el objetivo prioritario, no es tarea fácil, considerando que el deseo sexual sale menos al auxilio, y considerando también la práctica separación, típica del ámbito rural, entre el ámbito masculino y el ámbito femenino, que frustra de principio cualquier posibilidad de compartir en el terreno del tiempo libre. Reconstruir la pareja es todo un *desideratum* las más de las veces; y esa imposibilidad le devuelve a la mujer el sentimiento de soledad práctico y una autoimagen de profunda desvalorización. Ciertamente, no puede conseguir las compensaciones típicas de la cuidadora: el reconocimiento que da el cariño y la aceptación de la dependencia.

- *Además que llegas a una edad, que tu necesitas hablar con la gente, y que tú has tenido 20 años, has tenido tus amigas, tus amigas se han casado, o se han ido, entonces llega un momento, que es lo que le pasa a Amparo, que se encuentra sola, ¿por qué?, porque no tiene, los hijos, que eso también te llenan de alguna manera, o un marido, o un novio, o un amigo, alguien con quien compartir. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *No, porque, claro, como ellas siempre piensan en los demás y eso afecta la autoestima. A lo suyo no le dan tanta importancia.(E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

- *No, ¿pero por ejemplo, por qué llega un momento que se acaba el diálogo, qué pasa?, como se acaba el diálogo, se pueden acabar otras historias, la historia de siempre, pues mi marido antes me quería mucho ¿y ahora qué pasa, de quién puede ser la culpa, si de él o de ella, cómo se puede llegar a solucionar, aunque sea difícil?, a veces es muy difícil, cosas de esas así que son muy importantes, que luego de ahí va, es como una rueda. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- No es nuestra competencia el indicar cómo se puede actuar para solucionar estos problemas. Lo que sí queremos dejar de manifiesto es que los problemas de pareja importan y muy mucho a las mujeres de las edades estudiadas, y que aparecen asociados –consciente o inconscientemente- con sentimientos depresivos. Hay un sufrimiento ahí, derivado de un sentimiento de impotencia al respecto de la propia capacidad para gestionar las relaciones de pareja.

La **corresponsabilización** del marido en las tareas domésticas ha sido la vía natural en nuestra sociedad para reequilibrar las relaciones de pareja. Implica, por lo menos simbólicamente, una aceptación de valor, un reconocimiento tácito de la importancia de la dedicación femenina. La inversión de papeles que ello supone, antes que una igualación[131], es **una valorización**. Si el hombre se digna a realizar tareas domésticas es porque no las considera triviales. Ciertamente, es muy difícil estar sirviendo permanentemente a alguien que

[130] Ya vimos lo frustrante que para la cuidadora es el espacio exterior, el espacio de relación con el pueblo.
[131] Todavía estamos, efectivamente, muy lejos al respecto de la igualación, no sólo en la sociedad rural, también en la sociedad urbana.

no valora el esfuerzo y la significación de lo que realiza.

- Sí que parece que en el ámbito rural se han producido pocos avances en el terreno de la corresponsabilización. Tanto por la parte masculina (refuerzo de las actitudes y del comportamiento del macho en un contexto social de elevada visibilidad), como por la parte femenina (penalización social, por cotilleo, del descuido en las obligaciones propias del hogar) se establecen fuerzas muy poderosas para mantener el *statu quo* de la división de género tradicional de las tareas.

Si consideramos también las fuerzas tradicionales contrarias a que se establezca un ocio compartido entre los dos sexos, llegaremos a la conclusión obvia de que la mujer rural tiene claramente menos recursos que la urbana para salvar el sufrimiento adosado a la configuración afectiva de la cuidadora. La depresión por esta causa[132] debe estar más extendida y obtener caracteres más dramáticos en el medio rural que el medio urbano; desde luego las condiciones estructurales son las idóneas para que se de semejante consecuencia.

- También podríamos sacar consecuencias semejantes en relación a las manifestaciones más agudas y, obviamente, más excepcionales del desencuentro entre parejas, el **maltrato psicológico y físico** por parte del varón. Ciertamente, la mayor visibilidad que ofrece el medio rural de la conducta privada[133] puede operar moderando las manifestaciones más extremas del maltrato. Pero no creemos que sea demasiado infrecuente la presencia de situaciones cronificadas de maltrato psicológico.

  – *Hombre, yo podría sospechar de algún maltrato, pero no estoy seguro. ¡Generalizado el maltrato en este pueblo...! Las mujeres aquí tienen mucho carácter y no creo yo que el maltrato físico, psicológico tal vez, el físico me cuesta, primero porque en un pueblo es mucho más difícil mantenerse en secreto. En una ciudad te puedes evadir y te puedes... te vas a El Corte Inglés o a dónde sea pero es que aquí tienes que salir a la panadería de toda tu vida y al mercado que sólo hay uno. Y, claro, sales señalada y tal. Y las casas no son como las de Madrid. En Madrid yo no conozco... yo no sé cómo serán mis vecinos pero aquí si oyes gritos y tal, que es la Juanita o la Pepita que su marido... (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

Si se acepta el análisis se deben de aceptar también las derivaciones prácticas: la mujer rural tiene que ser considerada desde el punto de vista de la salud psicológica como un **colectivo de especial riesgo**, por lo menos en lo que respecta a la aparición de patologías depresivas cuyo origen se sitúa en un desequilibrio en las relaciones de pareja. Se puede actuar sobre ello desde la vía individual y paliativa de los psicofármacos, y se puede también actuar por la vía alternativa del **empoderamiento de las mujeres**, que tiene la ventaja sobre la anterior de situarse en el terreno de la causa en vez del de la consecuencia.

- Técnicas hay al respecto dirigidas específicamente a la **gestión de las relaciones de pareja**, aparentemente poco ensayadas en el medio rural madrileño, pero cuyo interés y previsible aceptación aparece avalada por la propia investigación, no sólo en su parte de análisis, sino también en la parte de test directo de propuestas. El interés que suscitó la proposición de una eventual cualificación al respecto fue bien patente en muchas de las mujeres entrevistadas.

Y ello no mejora en el caso en que haya hijos –que ya serán hijos mayores de edad o muy cercanos a ella- o familiares mayores en el hogar, como es relativamente normal en el medio rural en estas edades. Lo más normal es que se agudice, puesto que en vez de tener un problema se tiene más de uno. Se agudizan las exigencias no correspondidas a la cuidadora, y se agudiza, por tanto, el sufrimiento concomitante. Sólo los niños pequeños pueden dar

[132] Hablando en términos generales, obviamente. Siempre hay posibilidades de salir airosa; por ejemplo, si se da el caso de tener un marido cariñoso, solícito y hogareño –poco amigo de la taberna. Es curioso que cuando se da el caso la mujer rural suele hablar de "suerte"; el destino psicológico de la mujer rural parece estar ligado más a la suerte que a ella misma.
[133] En un pueblo todo se sabe.

compensaciones por sí mismos; un individuo adulto sólo compensa si se corresponsabiliza.

- *Y ahora a lo mejor el mío llega, mamá no quiero cocido, yo quiero el filete, o quiero patatas y se lo haces, les tenemos mal ense - ñados.(R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Yo los estamos ayudando, porque mi marido es constructor y les está ayudando, pero el día que termine, yo lo tengo bien claro, les he dicho, que yo si estoy bien, les voy a tener las horas que estén trabajando el niño, pero yo no me voy a hipotecar mi vida joven para que ellos se vayan por ahí de marcha. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Lo tenemos difícil porque queremos tenerlo, porque hay que cortar, llegará el momento que hay que cortar, porque ellos se van de vacaciones y tú a lo mejor no te vas, enton - ces hay que cortar, un día hay que cortar, hombre, no es el caso de todos, hay quien vi - ve mejor, como dices tú. (R.G.6. Amas de ca - sa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- El sufrimiento por los hijos es muy típico de la primera década del estrato de mujeres objeto de estudio. Unos hijos adolescentes o jóvenes que son una constante fuente de preocupación. No se trata sólo de que no se corresponsabilicen con las tareas domésticas –que parece ser ya una desfachatez común de la juventud actual, urbana o rural, y que no mejora sensiblemente en el caso de las jóvenes-; lo que realmente quita el sueño[134] es su forma, particularmente arriesgada, de gestionar el ocio, a la que ya aludimos en su momento. El coqueteo, muchas veces intuido, y muchas veces no admitido, con el alcohol y las drogas; esas salidas en coche nocturnas a otros pueblos que, gracias a las aludidas drogas, parecen abocadas a un accidente fatal. Todo esto lo sufre privadamente y pasivamente la cuidadora, que se demuestra incapaz de distanciarse de su angustia. Como en el caso de las relaciones con el marido, se ve impelida a **normalizar** una situación que no es en absoluto normal[135]; y a separar su sufrimiento de su voluntad. También aquí la mujer rural precisa de algún empoderamiento, de alguna arma psicológica que le permita tomar las riendas de un problema que le excede, a la par de que le afecta profundamente[136].

  - *En los pueblos todas las madres están preo - cupadas(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

  - *O sea que... y hasta que no viene, pues, piensas que están en el pueblo pero en el pueblo no están...(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

  - *Tenemos que estar con el marido, pero están los hijos con 30 años que no les puedes prohibir nada, tienen derecho a todo. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

  - *No le importaría ir aquí al psicólogo, o al que me ayudara, es de los que no me importaría. Claro, él, pero es que los demás qué, si no lo quieren reconocer. Empezando por los pa - dres. Ah, pero si es normal, si salen, siempre se ha bebido y no ha pasado nada. Hay que empezar por enseñar a los padres (..) es un problema gordísimo.(Mujer, 57 años. Rascafría)*

  - *Es constante, en todas las familias, como el cuento del lobo, estás esperando que apa - rezca el lobo en alguna (...) Todas las madres pensamos: mis hijos no van a caer. Pero co - mo también lo pensaban las madres de los que han caído, y se han muerto, ¿a ver por qué tú vas a ser una excepción?(E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*

  - *y lo de la drogadicción, no ya por las mujeres sino por lo que podamos aportar de sabidu - ría, más que de experiencia, porque expe -*

[134] En sentido metafórico y literal.

[135] Alguien debería alguna vez empezar a problematizar los hábitos de ocio de los jóvenes rurales, claramente mucho más autodestructivos que los que se pueden observar genéricamente en el medio urbano. Muchos jóvenes rurales, demasiados, se quedan en la cuneta de la vida por culpa de ellos.

[136] Ciertamente, estamos ante un problema que exige, a la par, un compromiso público de las instituciones. Es muy difícil luchar sólo con las propias fuerzas con un joven que lo único que quiere es hacer lo que hacen los propios jóvenes; la solución de prohibir, aparte de constituir un problema familiar, a lo que lleva es a una marginación del joven de su grupo natural. Pero es una triste desgracia que el hecho de vivir en el campo lleve pareja la asunción inevitable de un riesgo elevado en la promoción de los hijos.

riencia no tenemos, pero... (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)

- *No, que es muy importante, que hay muchísima juventud que bebe como cosacos y aquí habría que haber un centro, pero de alguna reunión, no un centro, sino unas personas que vinieran a dar unas charlas.*

- *A los padres.*

- *A los padres y a los hijos, y a las personas que son más que niños, que también beben, que eso es una pena. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *El tema del abuso de alcohol en estos sitios sí que se ve. Sí que se ve y además no está considerado como algo patológico, beben lo normal y lo normal en ellos, lo que ellos beben eso es normal y la gente, pues, cuando vuelve del campo o vuelve del trabajo, pues, se va al bar. La mujer se queda en casa y no se queda con su mujer en casa. Se va al bar. Entonces, bueno, pues, consumen habitualmente a lo mejor más alcohol y a los niños incluso se les ofrece desde pequeños. Y eso sí que creo que en sitios... en pueblos, y sobre todo a nivel de fiestas, los críos empiezan a beber muy pronto. Con el tema de las peñas que organizan, ellos tienen sus círculos donde se meten y, por ejemplo, el tema del alcohol y el tabaco yo creo que empiezan antes que en otros sitios. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

- *Por eso el alcohol, como si dijéramos, está como mucho más consentido. (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

- *Están muy preocupadas por eso de que el hijo venga a las cinco de la mañana, no deben de acostarse en toda la noche y a lo mejor, pues, si están en un pueblo y la discoteca está aquí, pues, vienen a Villarejo y luego vuelven a la hora que sea. Pero yo creo que a veces el hecho de sentarse con los hijos a hablar y que se lo digan directamente, a veces les da hasta miedo y prefieren sospecharlo pero que nadie les confirme nada y vivir con esa angustia. Yo las veo muy angustiadas, de verdad que sí. Sobre todo cuando tienen hijos más mayores que se marchan y vuelven... o se van a Madrid el fin de semana y vuelven al día siguiente por la mañana y se lo pasan durmiendo y la pobre madre ahí esperando a que el hijo se levante. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

✓ Como en el caso de las enfermedades, no creemos que la oferta de posibles cursos sobre los problemas de los hijos adolescentes y jóvenes deba configurarse sobre la información sin más de los riesgos –para la salud- de esos comportamientos. Tiene poco sentido agudizar la angustia y la preocupación cuando el problema real no es que no se sepa lo que pasa, sino que no se sabe qué hacer para solucionarlo. La ayuda debe ir del lado de las armas que puede utilizar la mujer para gestionar sus relaciones y sus problemas familiares.

• Decir que el hecho de tener que cuidar a un familiar mayor es depresivo es prácticamente una obviedad. Es, en cualquier caso, un problema bastante común; la probabilidad de que afecte directamente a la mujer rural objeto de estudio de es muy elevada. Por dos razones: un objetiva (los mayores de ahora están en los pueblos, con lo cual lo más normal es que le toque cuidarlos a quien se ha quedado en el pueblo[137]) y una subjetiva (es muy difícil para la mujer rural resistirse a lo que se le impone casi como una obligación, personal –en el caso de los propios padres[138]-, del cónyuge –en el caso de los suegros[139]-, y social –está mal visto en un pueblo que las cosas se hagan de otro modo).

  - *Mi madre tuvo con una artritis y se le fue quedando los huesos... la mano se le cerró al revés, y no podía caminar, estaba en una silla de ruedas y la teníamos que... mis hermanos y yo, pues, vestir, lavar y darle de comer.*

[137] A la mujer rural, entonces, le toca la china, gracias a esa idea establecida de que es mejor para los mayores que sigan en el lugar donde han vivido.
[138] Hay una deuda afectiva difícil de negar y difícil de traspasar a otros cuando hay una mínima razón de oportunidad –como puede ser vivir en el mismo pueblo- que apoye en esa dirección. Como razón de oportunidad, como se sabe, también está el ser mujer y, por tanto, cuidadora; el hermano varón lo tienen más fácil para evadirse con el argumento de que su mujer no iba a tratarle mejor.
[139] El ser cuñada no mejora en este caso las cosas puesto que, viviendo en el pueblo del marido, lo normal es que su padre o su madre vivan también en él. El marido se verá especialmente obligado a hacerse cargo de ellos, con lo cual le toca a su mujer hacerse cargo de ellos.

Y cuando murió mi madre, pasaron unos cinco o seis años, siete, y empezó mi suegra, tuvo demencia senil, y entonces empezamos con ella igual, hasta que se deterioró de tal forma (E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)

- *Yo ya estoy mentalizada que la tengo que atender a mi suegra y como siempre lo he tenido mentalizada, lo que haya sido no me importa y yo se que ahora lo que me importa es que ella este bien, si ella está bien, lo estoy yo. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Muy mal el tema de ayudas a domicilio, el tema de... Y, entonces, bueno, tienen que atender a suegros, a padres, a tíos... Suelen ser poblaciones pequeñas donde muchos están emparentados y entonces ya hay lazos familiares que hacen que la gente se sienta obligada. Y yo creo que son... son sufridoras las pobres mujeres de aquí. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

- *Sí, habrá esas cosas pero no... pero son mucho más todavía mucho más arraigados a cuidarlos y a organizarse para que entre toda la familia que esté allí y que no salga de su pueblo y de su cama (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

✓ En algunos casos hemos observado los efectos saludables de la inmigración al respecto de este tema. Muchos mayores están cuidados en el medio rural por inmigrantes **en sus propias casas**[140]. También hemos observado que cunde la idea saludable de que es mejor que aquellos se queden en sus propias casas el mayor tiempo posible, siempre y cuando dispongan de atención. Naturalmente, todo ello tiene un coste, pero la necesaria corresponsabilidad de todos los hijos en sufragar ese gasto no debería actuar como inconveniente, incluso teniendo como referencia una clase social modesta. Lo que sí sería importante es que la mujer rural se concienciara de que hay otras posibles vías (incluidas las residencias) y que tiene perfecto derecho a reivindicarlas. La responsabilidad compartida de todos los descendientes no se debe nunca suplir con la decisión presuntamente más adecuada a los sentimientos del mayor. Con esa lógica, siempre va a ser ella la que cargue con el problema.

- *No, madres cuidadoras de ancianos menos. Sí, yo voy a ver qué hace mi madre, cómo está, estoy vigilando a ver si la chica la atiende bien, pero la que se queda es... (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Cada uno... Sí, sí, por supuesto. En casa o... Bueno, hay personas que están solas o que no tienen hijos, pues, ésas al final van a una residencia. Pero son muy pocos ¿eh? La mayoría se mantienen en su casa, que para mí es importante. Muy importante. Vamos, yo mis padres los he tenido hasta los 85 años, y yo vivía en el piso de arriba y ellos en el de abajo. Yo me puse mi timbrecito a la cabecera de su cama para que si por la noche me necesitaran me llamaran. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *... yo hubiera querido que a mis padres los trataran bien, pues yo a mis suegros los tengo que tratar bien. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Aquí el que haya personas inmigrantes, sudamericanas, al cuidado de los enfermos, como los hay en Madrid, pues (...) Hace diez años era impensable. (E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

- *Y es duro. Y aquí les cae siempre a la mujer, el mayor. Y aquí los mayores duran hasta los noventa y muchos años. Entonces... la señora de setenta que tiene que cuidar de la noventa y la hija que está cuidando casi de dos... Entonces, aquí suele ocurrir que les toca casi siempre... son pueblos.(E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

✓ Una vez que el mayor entra en el hogar es evidente que se produce una situación compleja y tensa para la mujer, dado que ella es la que aparece encargada de la labor, y dado que el cuidado a los ancianos suele ofrecer muy pocas compensaciones afectivas. No sólo hablamos del conocido "egoísmo" de los viejos, sino también del sentimiento depresivo que provoca el cui-

[140] Indicamos anteriormente elementos de conflicto en la aparición de los inmigrantes en el medio rural madrileño. Ni que decir tiene que este elemento opera reduciendo o compensando esos conflictos. Es muy usual el juicio de *"lo bien que tratan los inmigrantes a los mayores"*, que traduce un reconocimiento a la labor que realizan.

dar a alguien que cada vez está peor y que, a la postre, no tiene otro resultado, más o menos inmediato, que la muerte. Dado que es una situación en la que la mujer es muy vulnerable, y dado que su salud –psíquica y física- se debe ver en todo ello afectada, no estará de más que recibiera algún tipo de ayuda desde fuera.

✓ En semejante ayuda, insistimos, es más importante el enfoque psicológico (¿cómo salir indemne de una situación semejante?) que la mera información médica sobre el cuidado de los ancianos. Lo segundo es casi una ofensa en este caso, aunque la mujer acepte racionalmente y estoicamente que algo debería saber al respecto del cuidado sanitario de los ancianos. No se debe trasladar a la mujer una responsabilidad que, en sentido propio, es del sistema sanitario.

- *Pues, aunque yo haya pasado ya el problema de mis suegros, sería... del alzeimer, y sobre el cuidado de las personas mayores, porque también se tiene tendencia a llevarlos a los asilos, pero hay mucha gente que no les lleva a los asilos y les deja en casa. Entonces, saber la forma de cuidar de alguien, pues, la abuela tenía escaras en los píes, y entonces no sabías...(E.A.9. Mujer 52 años. Villarejo de Salvanés)*

- *De todas las formas, también, la persona que tiene un mayor o un enfermo a su cargo nosotros intentamos siempre dar educación para la salud a esas personas, al cuidador. Pero ya es una cosa individual, dependiendo de la patología y entonces ya se les explica. (E.A.10. ATS Consultorio. Área 5)*

Como se dijo, el sufrimiento de la cuidadora se agrava porque la familia se convierte prácticamente en el objeto exclusivo de atención: no hay un exterior que actúe como válvula de escape. Es lo que se le dice comúnmente a la mujer deprimida: *"sal, diviértete, búscate una actividad"*. El espacio del hogar es depresivo, es un espacio de soledad y de incomunicación.

- *Pues mira, el que cambias de ambiente, no te come la casa, que si no la casa te come. A mí no me come porque yo soy (...), pero normalmente la casa come, y te atocina, y no sabes nada del mundo exterior. Es decir, te cierras. Entonces la mayoría de las mujeres están muy cerradas en sus casas, demasiado. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Mira que yo soy una de las personas que me ha gustado estar en casa, además otra cosa te voy a decir, yo tuve hace ya tiempo la depresión, ya por ahí, estuve con psicólogos hablando y me decían, salir, salir. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Más... yo lo que más mujeres de esa edad que se cargan con muchísimo trabajo. O sea, ya e digo, hacen el trabajo de la casa. Como normalmente el marido y lo que son los hijos o están estudiando o están trabajando, ellas cuidan a sus mayores, hacen su trabajo de casa. O sea, hacen de todo. Entonces, yo veo que tienen mucha sobrecarga y siempre les están diciendo que piensen más en ellas, que... paren un poco y tengan un poco... que se dediquen un poco... unas horas o una hora al día, aunque sea para ella. No sé si... Eso es lo habitual. (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

- *Me viene a la consulta gente "pues, ahora voy a buscarme algo porque es que me aburro, porque..." Yo creo que ellas mismas se empiezan a dar cuenta y muchas veces yo se lo aconsejo: "Tienes que buscarte algo", porque tienen muchas horas libres al día, les dan mucho a la cabeza, tal y tal.(E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

Y ya sabemos lo que hay en ese espacio exterior rural: "vacío", "muerte", "incomunicación". Significantes todos ellos depresivos, y que reflejan también muy expresivamente lo que de cárcel tiene para la mujer rural la vida hogareña. La posibilidad de dotarse de un exterior vital, rico, comunicativo es quizá el anhelo más sentido de la mujer rural estudiada.

- *Mira, ese es un tema de salud importante aquí, la comunicación con la gente. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Antes la gente salía mucho más, ahora no sale nadie, está el pueblo, entiende **que está muerto el pueblo**. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

Por eso **se apuntan a todo**, aprovechan cual-

quier oportunidad para salir al exterior, para implicarse en actividades comunitarias. Y este rasgo del comportamiento dificulta sobremanera la identificación de sus necesidades y de sus demandas reales. Todo vale, efectivamente, con tal de salir de casa, con tal de encontrar una actividad que les haga sentirse vivas. Metafóricamente hablando, podríamos decir que el medio es el mensaje, que el contenido es lo de menos, que lo que más importa es la dinamización misma, incluso desde el punto de vista de la salud. Es saludable por sí misma esta implicación de la mujer en actividades, porque lo que está en juego es paliar un sentimiento depresivo que es una patología en sí mismo, pero que también puede producir otras patologías.

- Vale, efectivamente, la religión; un ámbito de actividad tradicionalmente muy importante, pero que en la actualidad también parece estar, salvo en pueblos grandes, ampliamente desatendido[141]. No observamos, en cualquier caso, que la religión aparezca como una faceta excesivamente relevante en la vida real. Los problemas suelen ir por otro lado y sus eventuales soluciones también. Incluso en determinados momentos la religión actúa –y se tiene conciencia de que actúa- como freno o barrera para que los problemas obtengan una salida, dado que remite a las actitudes más reaccionarias en relación a la superación de la condición de cuidadora, actuando prácticamente como censura externa. Lo que está mal visto es desatender al marido y a la familia, ocuparse de uno mismo tanto al menos como de los otros; es decir, empezar a no aguantar. Prácticamente, la religión actúa convalidando la no modificación del *statu quo* depresivo previo[142].

- Vale cualquier actividad, curso, taller, etc. que se proponga, venga de donde venga, del ayuntamiento, del centro de salud, de la asociación de mujeres o de cualquier otra institución.

- Vale cualquier tema, desde los más tradicionalmente femeninos, la costura, la cocina, etc., hasta los más contrarios a la tradicional condición femenina, como pueda ser la violencia doméstica.

La imagen que proyecta desde fuera la oferta -que obtiene con demasiada facilidad demanda- es la de **un cajón de sastre**. El aprovechar este ímpetu femenino compromete a las instituciones ofertantes a organizar, priorizar, concentrar recursos; es decir, a diseñar una estrategia conjunta que corresponda a las **necesidades reales** de la mujer rural y que, por tanto, permita, a la postre, modificar cosas importantes para la mujer y para la comunidad.

Ante todo hay que partir de la demanda implícita, que es la de un exterior –al hogar- rico y vital. En apariencia es demanda de diversión y a veces también demanda de saber; vamos a darles, por tanto, cultura y entretenimiento, que es supuestamente de lo que el campo y la mujer rural carecen. Pero si giramos el prisma del lado de la depresión, la interpretación de la demanda no es, efectivamente, **el aburrimiento**, sino algo de mayor entidad y también más preciso: algo así como la respuesta a la pregunta: ¿cómo ser mujer rural y no morir en el intento? Simplemente, es la condición femenina, deprimida por lo que le ofrece el modo de vida rural, la que busca un modo diferente de afrontarla.

- Y ya hemos visto los temas que realmente importan, o que realmente son importantes: eran temas relacionados con la condición de cuidadora: el marido, los hijos, los mayores. Y ya hemos visto también que lo importante **no era tanto el saber como el poder**; de ahí que haya-

[141] Al igual que se tiene médico por horas, también se suele tener cura por horas.

[142] La impresión –no es un tema en el cual hayamos intentado profundizar en exceso- es que el último giro conservador de la religión cristiana ha supuesto, en relación al medio rural y a la mujer rural, una disminución considerable de su influencia. Más allá del mero cumplir con la misma dominical para no dar que hablar, no observamos que la religión articule activamente ningún anhelo relevante de la mujer rural.

mos utilizado el odioso anglicismo de "empoderamiento" para aludir a la estrategia necesaria. De lo que se trata es de ayudar a la mujer rural a tomar las riendas de su propia vida. Sólo así sustituiremos **la evasión**, que no cambia nada de la realidad y que, por tanto, sólo sirve para apuntalarla, por la efectiva trasformación del medio y la atención a los problemas realmente importantes.

Debemos darnos cuenta que por esta vía sí que podemos favorecer que la mujer entre en la esfera social del pueblo y que se cree el tan necesario tejido social, del cual estos pueblos, como hemos visto, carecen. En efecto, en estos pueblos parece como si no hubiera problemas importantes, como si todo fuera nada más que angustias y frustraciones personales. Pero todo esto que hemos apuntado como problemas de la mujer son problemas **de todas las mujeres**, son problemas comunitarios y cuya solución atañe también al ámbito comunitario, no sólo al ámbito personal. Es un problema comunitario y que podría y debería abordarse desde lo comunitario el tema de la segregación del ocio por sexos; es un problema comunitario el alcoholismo de hombres maduros y jóvenes; es un problema comunitario el control de alcoholemia de los jóvenes conductores; es un problema comunitario la ausencia de alternativas saludables de ocio para los jóvenes; es un problema comunitario el tema de los mayores; y es un problema comunitario, también, el tema de los servicios de salud.

- *Es que para la juventud también faltan mu - chas cosas. Es que sólo hay bares. ¿Entonces la gente qué hace, la gente joven? Pues al bar, al bar o a casa, y a casa no se van. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *No lo hemos tocado, cuando estábamos pensando, he pensado en eso, la cantidad de gente mayor que hay sola. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- **El trabajo femenino**, como ya se ha dicho, es una de las vías de superación de la condición depresiva de la cuidadora más frecuentemente elegido culturalmente en el medio urbano. Es bien claro que el medio rural ofrece dificultades al respecto, muchas veces insalvables. Es importante, creemos, que no se ofrezcan **falsas esperanzas**, por muy buena voluntad que tengan ese tipo de ofertas. Hay que tener en cuenta que estamos ante mujeres de bajo nivel económico y cultural, y de cierta edad. Ya vimos que las mujeres en torno a los 40 años todavía conciben esperanzas al respecto; las de más de 50 normalmente ya han ajustado sus expectativas a sus posibilidades reales. Pero, tomando como referencia ese primer estrato, no es difícil observar las frustraciones adosadas a la realización de cursos, relativamente usuales en el medio, de autoempleo o de capacitación en ofimática. Naturalmente, también puede ser una fuente de depresión la frustración de expectativas puestas sobre una eventual "liberación" por el trabajo.

  - La última "moda", según vimos, parece ser la capacitación en trabajos asociados al cuidado de los ancianos. Esta vía, que ciertamente no es la ideal desde la óptica ideológica de género de superación de la condición de cuidadora, tiene por lo menos la ventaja de que apunta a una posibilidad real de empleo futuro en el medio. En este tema creemos que es mucho mejor ofrecer "realidades" que ilusiones.

Más allá de las posibles "salidas individuales", que en realidad sólo ayudarían a un número limitado de mujeres, caben sólo dos alternativas, ayudar a las mujeres a asumir un **compromiso personal, comunitario y social** con los temas que les afectan, o entretenerlas con actividades diversas que sólo desde un punto de vista imaginario contribuyen a superar las carencias básicas de la vida de la mujer rural. Esa imagen, fácil de percibir desde fuera y desde dentro, de mujeres aburridas esperando a que desde fuera les ofrezcan cosas interesantes, sin tener ni idea de lo que quieren y sin tomar la más mínima iniciativa al respecto, es demasiado patética. Es por lo menos un indicador de

que las cosas no se están haciendo del todo bien[143].

- *Yo pienso que al final es que terminas abu - rriéndote porque..., pues, no sé..., como, co - mo decirte. A lo mejor en la Asociación... pues, vienen, te dan una charla y al final, pues, pues, no te sacan de nada. Siempre lo mismo. Siempre lo mismo. Siempre lo mis - mo.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *Y sí, a lo mejor hemos hecho otros cursos y* ***no nos ha sacado de nada*** *y te aburre(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

Llegamos con esto al aspecto más general de la depresión de la mujer rural, la depresión por un ambiente muerto, sin vida. Nadie va a devolver la vida a ese ambiente rural si sus habitantes actúan como si realmente estuvieran muertos. La vida no puede venir de fuera, tiene que venir de dentro, de un cambio de la pasividad a la actividad. Y para ello no hay otra vía que partir de una valorización profunda del medio rural en que se vive y de la opción de vida que se ha elegido. Desde fuera[144] habría que alimentar el narcisismo rural, enseñar a valorar las propias costumbres, las propias competencias, la propia historia y las propias posibilidades que ofrece el medio. No observamos que se haya hecho demasiado en esa dirección.

4.2.3. Problemas de salud asociables a la relación con la actividad

El problema del estrés nos coloca, como ya vimos, en otra perspectiva. De hecho, aunque parezca paradójico, todo lo que se hace en contra de la depresión y todo lo que se hace a favor de la salud del cuerpo produce estrés. Produce estrés la elección de la vía del trabajo fuera de casa, produce estrés la elección de la vía de los cursos, etc. Hay poco tiempo en el día para hacer las cosas que se deberían de hacer para estar bien con el propio cuerpo y para estar bien con los otros.

- Es algo que no le **sucede** sólo a la mujer rural, le sucede también a la mujer urbana; como si la condición femenina en la nuestra sociedad moderna no tuviera otra salida que la hiperactividad. Naturalmente, está el aludido problema de la **doble jornada** en las trabajadoras, pero ello no es sino una manifestación puntual de un problema más general, que atañe a toda mujer moderna, sea o no trabajadora fuera del hogar. Hacer muchas cosas combate la depresión, ¿pero qué es lo que puede combatir el sufrimiento adosado al no poder parar?

Ciertamente, hay todo un trabajo[145] que realizar

[143] Hablamos del resultado global. Obviamente hay a nivel individual iniciativas interesantes. Pero lo que se observa, incluso en ellas, es una total falta de intensidad y de continuidad. Si algo se demuestra que ha producido efectos positivos, ¿por qué no se repite y se dan más oportunidades a otras mujeres para participar en la experiencia? ¿por qué no se abunda más en la dirección escogida? ¿por qué nunca se institucionaliza nada? Etc.

- *Exactamente, que sea algo continuo, porque hacer ahora muchas acciones estupendas y una oferta maravillosa, pues, cuando te ofrecen en el ayuntamiento del catálogo de actividades culturales, que di - ces: "a ver ¿a cuál voy?" Y luego se acabó, y no hay más ¿no? Entonces sería, pues, eso, intentar ofre - cer algo pero dándole un poco de continuidad para motivar a la gente y que realmente vean de que no es porque... bueno ahora interese ofrecer un recurso u ofrecer un servicio y luego más adelante ya no van a ofrecer nada, porque ya... claro, la gente consume todo lo que le das, porque somos consumis - tas natos, y sobre todo servicios que no les cuestan nada con mayor motivo ¿no? Entonces si les ha - ces una oferta van a demandar más y si luego eso se acaba ¡se acabó! O sea, yo creo que las acciones que se emprendan, si se inicia algo, si se selecciona algo, algún tipo de actividad, habría que darle una continuidad en el tiempo. O sea, no hacer un curso interminable ¿no? sino, de alguna forma, que no sea, algo puntual, que se ha acabado ahí y ya está, y que además haya más gente que tenga acceso y no solo los que en un momento dado fueron y luego ya no se hace nada, como, por ejemplo, con los cursos de Juan Carlos, la gente venía. Ahora ya no hay ¿y ahora qué? Entonces, las que no han tenido la suerte de venir dicen: "yo ¿por qué yo no? Que no he podido ir. Pues yo quiero también". (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

[144] Lógicamente, para conseguir que se haga, a la postre, desde dentro. Si no es así es difícil decir que se ha conseguido algo.
[145] Como se ve, tampoco el lenguaje consigue evadirse de esa conversión de toda actividad en actividad debida.

en el terreno del **perfeccionismo de las auto-exigencias**, particularmente de las adosadas con la propia función de cuidadora. Tener la casa más bonita y más limpia, ser la mejor esposa -amante y sumisa-, ser la mejor madre –(pre)ocupada y (pre)dispuesta-, etc.–, son todos mandatos que, por remitir al **deber ser** y **al valor social** de la mujer, nunca tienen una realización real completamente satisfactoria.

- Y con más fuerza, como ya se ha dicho, en el medio rural, dada la enorme visibilidad pública de los actos. El "qué dirán" insta a la actividad de tal modo que parece imposible despojarse de la elevada exigencia asociada a los deberes del hogar.

  – *Aquí la prioridad, está atareada todo el mundo con las cosas de la casa, yo te voy a decir una cosa, yo seré, no lo digo por orgullo y lo saben todas, me gusta tener mi casa como la que más de bien (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

  – *Yo el otro día hablando con mi hija pequeña, que tiene 21 años, está estudiando, no trabaja y necesita muchísimo, se lo decía yo, digo yo, si yo hiciese todo lo que hago en casa, digo yo de 200 para arriba me ganaba, segurísimo, porque es que las 24 horas, yo llegan las 11 de la noche, cuando termino muchos días y lo sabe ella, a lo mejor hay un día que no, pero normalmente sí, y dice mi hija, -pues mamá vete-, digo, -¿y qué pasaría?, pues que en casa estaría todo hecho un desastre-, porque qué iba a ser, si estoy yo y estoy todo el día con ropa, están todos fuera, necesito echar meriendas, ¿eso quien lo haría?, no sé. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

  – *En la ciudad la persona que es limpia, limpia, pero nadie se preocupa como se preocupan en los pueblos (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

  – *No, es que lo tienen tan asumido... Por eso es tan difícil decirles que se dediquen un tiempo a ellas. Vamos, yo es lo que he visto. Porque, por ejemplo, a lo mejor te vienen con el problema de la hipertensión. Entonces, pues, muchas de ellas, pues, llevan tal carga de trabajo al día que es que es imposible, es que tienen que tener la tensión alta, ¡vamos, por narices! Y, entonces, siempre les estás diciendo: "bueno, pues, tómate un poco las cosas con más tranquilidad, intenta trabajar un poco menos y dedicarte algo más de tiempo a ti..." Y es que nunca puedo, o sea... (E.A.5. Médico General. Consultorio. Área 3)*

Unos deberes que, por lo demás, como también se ha dicho, no disminuyen en las edades en que supuestamente deberían disminuir. Los hijos o se quedan en casa, o siguen exigiendo del tiempo y la dedicación de la cuidadora; los ascendientes mayores empiezan a demandar los cuidados incluso antes de que se hayan terminado los cuidados debidos a los propios hijos. Ya analizamos los problemas que se derivaban de ello desde el punto de vista del sufrimiento depresivo; pero no hay duda de que el estrés también debe de aparecer como resultado de una sobre-acumulación de demandas de cuidado sumamente exigentes.

- Y hay que tener en cuenta que todo ello se produce en un contexto de precariedad de servicios asociada al medio, que también genera un problema añadido de tiempo. El atender, por ejemplo, a los cuidados médicos del anciano supone una inversión de tiempo superior en el medio rural que en el urbano, puesto que los servicios sanitarios especializados están más lejos. Pero eso le sucede a la mujer rural en prácticamente todas sus actividades de cuidadora, desde la más cotidiana de la compra diaria, a la más excepcional de los trámites administrativos.

  – *Hay que andar mucho y tener mucha actividad, para la salud, me parece, yo por mí lo digo, eh. Yo desde luego trabajo mucho, ahora estoy un poquito más tranquila, pero cuatro hijos y ayudar, a ir a Madrid, a la Comunidad de Madrid a hacer papeles y "vete a este sitio mama", y "tienes que ir a éste sitio, tienes que hacer esto", eso me tiene. (...) porque como toda la vida he trabajado tanto...(RG1 Villa del Prado. 53 a 65. Pueblos pequeños)*

  – *Yo ahora mismo tengo un montón de gente, que soy yo la que, que hoy le toca el médico a uno, que tengo que ir a los papeles del otro. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

La **reducción de los niveles de exigencia en relación a las tareas** y la **negociación de la responsabilidad propia en las tareas que se le imponen** a la cuidadora deben ser objetivos

prioritarios de una acción de educción sanitaria relacionada con el sufrimiento del estrés. Y no debemos creer que las decisiones asociadas al cambio de actitudes al respecto son fáciles de tomar. Prácticamente suponen poner a la mujer en una situación de potencial marginación pública y/o familiar; suponen la posibilidad de entrar en una relación de conflicto **seria** con el entorno.

– *Entonces, lo que más les interesa, para con - cretar un poco, es eso. El manejo de conflic - tos (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

- Salir indemne de todo ello implica un **adiestramiento**, por encima o además de la eventual concienciación. La intensidad y la cantidad de agresiones más o menos simbólicas que la mujer puede sufrir en semejante actuación contra corriente, tanto por parte de ella **misma** (culpabilidad), como por parte medio social (maledicencia), como por parte del medio familiar (acusación de dejación de responsabilidades) pueden ser muy elevadas. Es mejor, efectivamente, no concienciar que concienciar sin dotar a la mujer de las armas necesarias para abordar las consecuencias públicas y privadas de sus eventuales acciones en este terreno.

✓ Al respecto está claro que la mujer que trabaja fuera del hogar está en mejores condiciones que la que no lo hace para asumir esta estrategia de, en última instancia, **valorización de la propia actividad**[146]. El trabajo fuera de casa, en la medida en que obtiene públicamente un reconocimiento de valor (dinero), permite negociar **límites** en ese otro trabajo no reconocido, que parece que puede extenderse ilimitadamente. Trabajando, la mujer puede permitirse a sí misma y pueden permitirle los otros que "descuide" tareas asociadas a la labor del ama de casa. Esta es la razón por la cual el trabajo femenino es potencialmente tan liberador para la mujer: ésta obtiene con él un arma inestimable de negociación[147] de su implicación en la actividad doméstica.

El problema profundo no es tanto que la mujer descuide las tareas domésticas como que las descuide sin tener una labor productiva[148] que hacer. No hay que pensar que eso sea un problema específico de la ruralidad; como si la ruralidad supusiese por sí misma un refuerzo de la función tradicional de la mujer. La mujer urbana, si trabaja solamente en su casa, va a tener el mismo problema. Lo que no se admite –socialmente- al ama de casa[149] es tener tiempo libre, con lo cual se cierra el círculo vicioso y aparece la consecuente paradoja: para tener tiempo libre la mujer tiene que trabajar fuera de casa.

- El compartir las tareas domésticas, el que no haya ninguna persona en el hogar específicamente encargada y responsable de ellas **es la única salida**. Pero para que esta salida sea **aceptable** familiar y socialmente tiene que haber, como pre–requisito, trabajo para la mujer, algo que, como se ha visto, aparece en falta en el medio rural. Sin lugar a dudas, el trabajo para la mujer en el medio rural es una responsabilidad de los poderes públicos. Y no hay que escudarse, para evadir esa responsabilidad, en una supuesta orientación tradicional del ama de casa rural de la que derivaría una aceptación tácita del rol de ama de casa. Con independencia de la asunción consciente del tema por parte de la mujer[150], el sufrimiento del estrés y las patologías más o

[146] Realmente, la desvalorización de la propia actividad es lo que hace que ésta sea una tarea inabarcable y, por tanto, productora de estrés. Lo que no tiene valor siempre resulta insuficiente, siempre parece poco, con lo cual están puestas las condiciones para que la actividad se desarrolle ilimitadamente en el tiempo a la búsqueda del reconocimiento (interno y externo) de su valor. El trabajador que tiene conciencia del valor de su trabajo no regala gratuitamente tiempo a su empresa; lo mismo debería de suceder con el trabajo del ama de casa.

[147] Incluso el exiguo salario de una asistenta por horas tiene más valor social que el trabajo del ama de casa. De ahí que sea relativamente frecuente encontrar en la investigación mujeres que realizan ese trabajo sin necesitar realmente el sueldo obtenido; es una cuestión de supervivencia personal que merece todo el respecto.

[148] Léase: con valor social.

[149] No es el caso de un trabajador o una trabajadora normal.

[150] Ya hemos visto, en cualquier caso, que únicamente la edad –una vez que ésta lleva al conformismo de la propia situación vital– produce una aceptación definitiva del rol. Las mujeres entre 40 y 50 años siguen todavía en la expectativa de obtener una liberación por el trabajo.

menos somáticas adosadas están ahí como síntoma de una situación estructuralmente injusta para la mujer en relación a los parámetros de justicia de la modernidad.

En estas condiciones lo que se da en la práctica es la imposibilidad de realizar avances significativos en el terreno de la corresponsabilización de los miembros de la familia en las tareas domésticas. Ciertamente, hay por parte de la mujer intentos en esa dirección, pero que, como hemos visto, son más demandas simbólicas de amor que efectivos intentos decididos de conseguir un tiempo libre para sí. Desde luego, con el marido está la batalla perdida prácticamente desde el principio; está perdida siempre y cuando el trabajo propio no aparezca como instrumento de negociación. Al fin y al cabo, el marido llega agotado por las noches a casa, ¿con qué cara se le puede pedir que se haga la cena? Con los hijos estaría un poco más fácil, siempre y cuando no trabajen; pero la batalla es también complicada, porque los modelos de referencia del hijo son los del padre[151], y los modelos de referencia de la hija son los de la madre[152]. Al final es inevitable tener esa impresión típica de ciertas generaciones de mujeres de haberles tocado la parte peor del pastel: antaño esclavas de sus padres, ahora esclavas de sus hijos.

- *Date cuenta que mi marido se levanta a las seis de la mañana y mi hijo, y no vuelven hasta las ocho de la noche. Entonces, ya son muchas horas. - Y no ven... luego vienen y se duchan y se sientan en el sofá y ya se quedan fritos, normal. A ver.(RG2 Cadalso. 40 a 52. Pueblos grandes)*

- *No, pero yo creo que también es porque nosotros nos hemos dado mucho a ellos, antes se decía, decimos ahora, que antes éramos los criados de los padres y ahora somos los criados de los hijos, o sea tenemos dos etapas, que hemos sido los criados de todos, claro, criados de padres y criados de hijos, porque hombre, está feo decir que eres criado de tu hijo, pero verdaderamente tienes un problema, porque es que estás sin parar (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *Yo creo que no ¿eh? Yo veo en los hijos igual ¿eh? Igual. Iguales desde pequeños. Va creciendo y vas viendo que el que es varón cada vez se va volviendo más como el padre, porque le enseña el padre, y la que es mujer va aprendiendo la conducta de la madre, que es quien le enseña y le enseña de esa manera. Yo no... Vamos, estas cosas no cambian tan rápidamente. Estos cambios son muy lentos. Pero, vamos, yo veo eso que se heredan estas costumbres de padres a hijos y se les ve igual. (E.A.1; Médica general. Centro de Salud. Área 1)*

Si del lado del derecho es difícil conseguir tiempo libre, habría que reivindicarlo del lado de la necesidad. Como hemos visto a todo lo largo de este informe, en ese tiempo libre imposible de la mujer confluyen muchas necesidades: necesidades asociadas a la relación con el cuerpo, necesidades asociadas a la relación con los otros; necesidades asociadas a la relación con la actividad. Es un tiempo libre **intrínsecamente saludable**, trascendental al equilibrio –psíquico– de la mujer con su entorno, con su mundo. Podríamos apurar más, y decir que es un tiempo trascendental también al devenir de la sociedad rural. Todos los anhelos que confluyen en ese tiempo libre son "revolucionarios" en relación a la inercia autodestructiva de la sociedad rural. Es difícil pensar que sin tiempo libre para la mujer sea posible que la sociedad rural encuentre la energía necesaria para movilizarse en una dirección de futuro.

El conseguir tiempo libre para la mujer rural, por tanto, es un bien cívico de primer orden. Ello puede ser relativamente complicado:

1º Habría que conseguir convencer a la propia mujer de que lo necesita, de que sus desequilibrios personales están muy relacionados con el afán perfeccionista que se impone a sí misma como cuidadora. No es tan difícil esta tarea, porque previamente hay ya un convencimiento implícito: basta con conseguir que ese convencimiento llegue a la palabra y, por tanto, a la concien-

[151] Se comportará, por tanto, fácilmente en un "machito".
[152] Es decir, verá en las tareas domésticas una suerte de esclavitud, con lo cual se alejará de ellas lo más posible.

cia. Es el paso de sentir algo a tomar conciencia de ello.

2º Habría que dotar a la mujer de armas para negociar su tiempo libre con su marido y con sus hijos. Naturalmente, en la mayoría de los casos no es la corresponsabilización total el objetivo, pero sí la negociación de un tiempo para sí. No pasa nada porque dos días a la semana el marido o los hijos se tengan que calentar solos la cena. El objetivo, en última instancia, es conseguir que el marido y los hijos tomen conciencia de la importancia que a nivel personal tiene ese tiempo libre para la mujer[153].

- *Organizamos, pues bueno, excursiones, teatro, irte a Madrid, excursión, pues donde sea, a Trujillo, a... no se, depende. Pero un día sólo, porque, entre otras cosas, todavía existe el no dejar al marido. ¿Cómo le voy a dejar sólo, y quién le hace la cena? (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Yo llegaba mi marido de trabajar y si yo a lo mejor me iba con mi amiga al cine, cuando venía tenía la cena hecha y cosas de esas. Aquí yo se que mis amigas, la gente de aquí se que no, vamos, que no pueden hacer, no lo hacen. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Yo no voy, porque mi marido no va, y entonces me da apuro de irme yo al bar y él que se quede sólo, y me quedo con él, pero gustarme me gusta.*

- *- ¿Y cuando es al revés, que se va el marido y la mujer se queda?, pues no pasa nada. (R.G.6. Amas de casa. 54 a 65 años. Anchuelo)*

- *El fallo... yo no... no es, yo las veo muy preocupadas por el marido: "!ay, no voy a ir tarde porque anoche llegué a la una y...¡" "¡chica, y qué, si estás con tus amigas, si no estás haciendo nada malo y ya eres suficiente mayorcita para saber lo que estás haciendo y lo que quieres hacer!". Sí, hay un poco de... En ese sentido sí lo hay. (Mujer, 57 años. Rascafría)*

- *Pues, mira, de los temas que yo trato, yo creo que lo que es el tema de comunicación con los demás, técnicas de comunicación. Es decir cómo afrontar conflictos, cómo manejar la ira, por ejemplo. Así, ese tipo de cosas. El conseguir de los que te rodean una buena relación. O sea, el manejo de conflictos. Conflictos de todo tipo. Da igual. Desde que los hijos no quieren hacer la cama y estás todo el día chillándole para que las hagan a que tu marido no te echa una mano en casa o que... ¡yo qué sé! Ese tipo de cosas, desde luego, son los temas que más les interesan. (E.A.2. ATS Centro de Salud. Área 1)*

3º Hay que adiestrar también a la mujer para que haga oídos sordos de la maledicencia. Toda la sociedad femenina rural debería de concienciarse de que no sirve de nada echar piedras sobre el propio tejado echándolas sobre el de la vecina. El desarrollo de una **solidaridad femenina** en este aspecto de la vindicación del tiempo libre debería de ser un resultado final, que, en cualquier caso, hay que ir trabajando a nivel particular enseñando a la mujer a pasar del qué dirán cuando está en juego algo importante para ella[154].

- *¿Pero por qué?, con lo facilito que es decir cada uno lo que siente y que no te importe lo que piensa el que vive al lado.*

- *Si la gente dijera eso en este pueblo, sería todo, no habría problemas aquí. (R.G.4. Mujeres. 54 a 65 años. Trabajadoras. Rascafría)*

- *Y a ese nivel yo creo que la salud mental, la salud mental, es muy importante ¿no? y eso ayuda. O sea, el tener esa posibilidad de poder decir: "me voy y no sé qué y tal". ¡Yo que sé! **todavía no está muy bien visto el que la mujer quede con las amigas** y se vaya a merendar aquí en el pueblo.(E.A. 0; ATS consultorio. Área 1)*

4º Hay que mantener por parte de las instituciones una oferta constante y precisa de actividades de tiempo libre.

- Por "constante" se entiende una oferta **relativamente estable**, por lo menos sobre

[153] E, indirectamente, también de la importancia que tiene la propia actividad doméstica de la mujer: no hay mejor forma de valorizar el trabajo en el hogar de la mujer que dejar de hacerlo de vez en cuando.
[154] Como sucedía con el marido y la cena, tampoco pasa nada por ello. Los fantasmas normalmente están para impedir tomar las riendas de la propia vida.

aquellas actividades potencialmente más demandadas. Es más razonable juntar los esfuerzos en pocas cosas, pero que por sí mimas ofrezcan la sensación de que hay una oferta y un servicio claros, y con pretensión de permanencia, que mantener una oferta dispersa y discontinua. La impresión de que hay "mucho ruido y pocas nueces" es inevitable; de que se hacen muchas cosas puntuales, pero que realmente no se avanza apenas nada en la dirección de la superación de las carencias del medio rural.

- Por "precisa" se entiende el establecimiento de una mínima coherencia estratégica en relación a los fines, y un mínimo orden táctico en la sucesión de las acciones. Si realmente vamos en la dirección de intentar rescatar a la mujer rural del núcleo de su insatisfacción, totalmente relacionado con su función tradicional de cuidadora, dejemos de una vez por todas de operar en la dirección contraria de reforzar usos, actitudes y habilidades tradicionales. Aparcar ya del todo los cursos y talleres de costura, cocina, etc., y concentrar los esfuerzos y los recursos en otras cosas más importantes y más trascendentes, tanto para la mujer como para la propia sociedad rural. El objetivo no debe ser el de entretener; y desde luego tampoco el actuar de forma opuesta a las intenciones iniciales. También hay que actuar en el sentido de que el primer escalón lleve directamente al siguiente.

✓ Creemos que también hay que cuestionar la **propensión a la gratuidad** de las acciones y los servicios. El medio rural no puede extinguirse por pretender que todo le venga gratis. Aún cuando estemos ante un segmento poblacional económicamente modesto, la impresión del analista es de que existen a nivel familiar recursos suficientes para costear una serie de servicios básicos de tiempo libre para la mujer rural[155]. Puede ser que no haya capacidad de auto–organización, pero sí que hay capacidad de pago; y con esos recursos se debe de contar para ofrecer un panorama más rico de servicios al medio rural. Y creemos, además, por lo menos considerando a la mujer rural, que se pagarían con gusto servicios cuya necesidad es incuestionable[156], aunque el pagar sea, efectivamente, un mal menor. También hay que considerar que lo que no se paga no se valora; la introducción del pago –siempre y cuando el beneficio sea real y no imaginario– debería ser considerado desde el punto de vista táctico como un elemento favorecedor de cara a los fines propuestos.

Como se ve, lo que se propone es "actividad", actividad fuera de casa, como elemento de actuación contra el estrés. Toda una paradoja: introducir actividad para eliminar el sufrimiento debido al exceso de actividad. Aún cuando la actividad sea en sí mismo beneficiosa, hay que cuidar sobremanera los contenidos: no todo vale. El objetivo, el fin, no puede ser la actividad en sí misma, sino la superación o, en cualquier caso, la relajación de los mandatos asociados a la condición de cuidadora. El objetivo, por tanto, por lo menos en lo que respecta a las acciones de educación sanitaria relacionados con el estrés, es el de abrir un campo de actividad nuevo distinto al de las conferencias, los cursos y los talleres. Un campo que pueda sentirse y percibirse como **auténtico ocio**[157].

El objetivo es conseguir que la mujer consiga un tiempo **para sí**, y que pueda gestionarlo y vivirlo de forma auténticamente liberadora o, por lo menos, suficientemente compensadora. Un tiempo gratuito, no debido a nada ni a nadie; un tiempo además autogestionado, no di-

[155] No hemos hablado de la cuasi propensión patológica al ahorro del medio rural. Es un rasgo cultural que hay que considerar, pero lógicamente para intentar modificarlo, en tanto que elemento conservador.
[156] Un servicio ginecológico in situ, por ejemplo, no tenemos la menor duda de que podría llegar a pagarse; aunque la acción quizá no ayude excesivamente a mejorar la imagen de la sanidad pública. Otras acciones como, por ejemplo, un servicio de gimnasia de mantenimiento, un servicio de autoescuela móvil, etc., no hay duda de que se pagarían.
[157] En un sentido dialéctico, las actividades deberían operar como antítesis de la tesis primaria de la condición de cuidadora, de cara a generar una síntesis como ocio.

rigido, enfocado y planificado desde fuera. Dado que estamos ante cuidadoras, un tiempo **destinado a cuidarse**, dirigido al propio yo y a sus necesidades. Sólo desde ese tipo de ocio se puede actuar eficazmente contra el estrés, sólo desde un tipo actividad que no pueda concebirse como actividad debida.

Hemos insistido varias veces a lo largo del informe en la necesidad de que el medio rural se dote de un ocio rural. Decir que el medio rural carece de oportunidades de ocio es todo un sinsentido; lo que no existe, posiblemente, es un espíritu lo suficientemente alegre como para descubrirlo y disfrutarlo. Estimular ese espíritu y actuar contra las causas que lo mantienen en una actitud de postración es la finalidad última de una intervención de educación sanitaria dirigida a las mujeres del medio rural.

5

CONCLUSIONES

5.1. ACERCA DE LAS DEMANDAS DE SALUD DE LA MUJER RURAL

Considerando el tema desde el "discurso", desde lo que dice la gente, la demanda (de salud) tiene las siguientes particularidades frente a la necesidad (de salud):

- Es ante todo, **consciente**, cosa que no puede decirse siempre de la necesidad (no siempre sabemos lo que necesitamos aunque, de hecho, lo necesitemos).

- Implica un **acuerdo** intersubjetivo claro. La demanda está (previamente al acto de investigación) hablada y consensuada; la necesidad puede estar recluida en el ámbito de lo privado. Otra forma de decirlo sería que la demanda tiene un **sujeto colectivo** que la ejerce (en nuestro caso hablaríamos de la mujer rural).

✓ Incluso cuando la demanda se ejerce a nivel individual hay un componente colectivo en ella. Siempre demandamos lo que creemos que tenemos derecho a demandar, lo cual implica que hay un acuerdo previo intersubjetivo acerca de lo que se puede o no demandar.

- La demanda, al igual que tiene un sujeto colectivo, tiene un **interlocutor**, también colectivo. La demanda es siempre demanda a alguien, que se supone **responsable** de la necesidad implícita. Por lo menos en nuestras sociedades desarrolladas, la demanda traduce el concepto de **derecho cívico**: lo que nos es debido (por las instituciones) en tanto que ciudadanos en una sociedad dada. Las instituciones públicas (en nuestro caso, las sanitarias) son, efectivamente, las responsables a las que se refiere la demanda.

La demanda, por tanto, alude a un nivel del discurso (del discurso que se produce en un grupo, o en una entrevista), que podríamos denominar como **"político"**. Hay un discurso político rural sobre la salud. Veamos qué rasgos generales, en la investigación, articulan dicho discurso político.

Es relativamente fácil identificar demandas de salud, las mujeres te las repiten casi de carrerilla en los grupos de discusión. Hay, además, como dijimos, un acuerdo intersubjetivo al respecto; todas las mujeres tienden a coincidir en las mismas demandas, que están directamente relacionadas con las **carencias** del medio

en relación a la **protección frente a la enfermedad**. En un sistema universal de salud, como es el español, los déficits de protección sanitaria suponen la conculcación de un derecho (de ciudadanía); pero en el caso de la mujer rural, antes que la valoración global de la efectividad del sistema sanitario público para garantizar la protección sanitaria, está la valoración de los déficits que al respecto presenta el medio rural frente al urbano[158].[159]

Las demandas, por tanto, se concentran en lo fundamental en la posibilidad de obtener un grado de protección sanitaria al menos similar al que se pueda obtener un medio urbano. La protección sanitaria, por encima de lo que pueda significar a nivel individual o puntual, constituye un rasgo de la **calidad de vida** percibida; un rasgo además muy importante en relación a otros elementos que puedan entrar a formar parte de ella. Hay que tener en cuenta que la salud es un valor anterior y de superior rango a cualquier otro valor de civilización que podamos barajar.

Esta "menor protección sanitaria" se manifiesta a todos los niveles y en todos los registros posibles:

- Se manifiesta, de forma aguda, en la valoración de los **servicios de urgencias**. La mayor distancia a recorrer por la ambulancia y, por tanto, la mayor dilación en la atención, supone un elemento de inseguridad que está constantemente presente. Vivir en el medio rural, a causa de la distancia en la que se encuentran los recursos de urgencia, supone un mayor riesgo para la propia vida que vivir en un medio urbano; es una desprotección que se vive, se padece, no es meramente teórica.

- Se manifiesta también, de forma crónica, en la valoración de los **servicios especializados**. Las figuras del **pediatra** y del **ginecólogo** son las que más se echan en falta, aunque por razones diferentes. Por lo menos en España, el pediatra está reconocido como figura de primera línea para la atención de la infancia; el que un médico general haga funciones de pediatra supone de por sí una rebaja la protección de la infancia. Los niños en los pueblos están, por tanto, en la conciencia de la mujer rural, menos protegidos sanitariamente, y ello, como es obvio, se padece. El caso del ginecólogo tiene que ver con la instalación (en la modernidad) como necesidad de un control ginecológico sistemático en la mujer adulta. La enorme incomodidad que supone el estar pendiente de esos controles en el medio rural –hay que desplazarse a la ciudad de forma reiterada, abandonando obligaciones-, convierte ese déficit en cuasi un problema de protección: se acude al ginecólogo necesariamente con mucha menos frecuencia que lo que se haría en un entorno urbano, y se instaura –por necesidad– un comportamiento menos previsor al respecto, lo cual supone un riesgo para la salud.

- La **atención primaria** es aparentemente el punto fuerte; de hecho, todos los déficits de la atención especializada y de urgencias se intentan, desde la institución y desde los mismos profesionales sanitarios, compensar desde la atención primaria. Pero, aún así, la insatisfacción se instala desde dos registros: a) el de la pérdida de un referente de salud permanente en los pueblos pequeños, que deben de conformarse, en la racionalización sanitaria, con un **médico por horas**[160]; y b) el de la pérdida, incluso en pueblos más grandes con centro de salud permanente, por la dinámica de la pro-

[158] Un medio urbano conocido y suficientemente cercano: hay que tener en cuenta que estamos hablado de los ámbitos rurales cercanos a la ciudad de Madrid.

[159] Y hay que tener en cuenta en todo momento que la mujer rural está, por regla general, muy plegada a la condición social de **cuidadora**, de ama de casa. Su relación con los servicios sanitarios, además que por ella misma, por sus propias necesidades, está vinculada a la protección del resto de miembros de la familia (y, por extensión, del resto de miembros del pueblo; en cierto modo el pueblo –esto es bien patente en el ámbito rural- se convierte en familia extensa, objeto a su vez de cuidado). Las demandas de salud de la mujer rural son, por tanto, inmediatas, vívidas, e íntimamente relacionadas con su rol tradicional de cuidadora.

[160] Especialmente en la sierra de Madrid, hay un gran número de pueblos que, por su exigua población, no se hacen merecedores de una protección sanitaria permanente, y deben de conformarse con tener una visita programada varios días por semana.

fesionalización, de un referente asistencial cercano, familiar y fácilmente accesible en cualquier ocasión que se requiera. Lo que opera es una necesidad de protección permanente, que exige de una **presencia permanente** y de una **disponibilidad permanente** de algún profesional sanitario. Ciertamente, la protección objetiva existe, pero falta la certeza, dado que la enfermedad no siempre avisa, de tener a alguien a quién recurrir inmediatamente cuando la situación lo requiera. Algo parecido a un **sentimiento de orfandad**, de pérdida o de indiferencia del padre.

El discurso de las demandas, el discurso político-sanitario de la mujer rural se organiza, por tanto:

a) Desde un concepto de salud como **protección**. Sentirse sanitariamente protegido es una concepción probabilística: es la probabilidad, ante la evaluación de los medios disponibles, de verse adecuadamente atendido cuando la situación lo requiera lo que genera las demandas y marca su intensidad.

b) La protección que se precisa no es ya en la mujer rural de la Comunidad de Madrid meramente **paliativa**. La protección **preventiva** es ya una necesidad, en la cual la mujer rural se equipara prácticamente con la mujer urbana[161], y que toma su expresión más clara en el déficit de protección ginecológica. La mujer en el medio rural tiene una mayor impresión de desprotección sanitaria que la que pueda llegar a tener el hombre en ese mismo medio. Ni que decir tiene que esta, relativamente reciente, incorporación de la necesidad preventiva al ámbito de las demandas lo que hace es dejar todavía más en precario, si cabe, la infraestructura sanitaria (pública y también privada) del medio rural. Las razones para acudir al médico se multiplican exponencialmente, creándose también desde el otro lado, desde el lado de los profesionales sanitarios rurales de atención primaria, que también fueron estudiados, una sensación de evidente **colapso asistencial**.

c) Desde la vivencia de una **carencia** frente a un estándar asistencial dado: **el que puede presumirse que posee el ciudadano o la ciudadana urbanos.** La sensación de desprotección no es absoluta, sino relativa. Es estar "peor", menos protegido que un ciudadano medio –la media, como es obvio, es el nivel asistencial supuesto en la ciudad.

Ese déficit, esa distancia frente a la normalidad, se manifiesta no sólo en las demandas sanitarias, sino también en las referentes a otros aspectos vitales. La vida rural siempre aparece, en todos los órdenes del discurso de las mujeres rurales, en falta, como una sub-vida, como un modo degradado de vivir frente al estándar que marca el modo alternativo, el modo de vida urbano. Todo el discurso político rural se organiza, por tanto, en la demanda de superar esa distancia que se sufre auténticamente como pérdida vital personal y colectiva.

- Es interesante reseñar que estas demandas a la sanidad tienen, en el contexto global del discurso político de la mujer rural de equiparación de la **calidad de vida** al estándar urbano, un lugar preeminente. No sólo opera el hecho de que la mujer, en tanto que cuidadora, se relaciona con la sanidad como algo que incorpora como de su especial responsabilidad –familiar y social-; está también el lugar que la protección sanitaria ocupa frente a otras demandas típicas del medio rural. Siempre la salud es lo primero; es difícil aceptar un déficit en este ámbito; el medio rural puede ser pobre, aburrido, decadente, etc., pero es claro que lo primero que hay que solucionar es la percepción de que se trata de un medio inseguro para la propia vida. Así, las demandas

[161] Esta equiparación en el ámbito de las necesidades de la mujer rural con la mujer urbana debe de considerarse, por lo menos en la Comunidad de Madrid, como un axioma. Los medios de comunicación (comunes), entre otras cosas, garantizan esa equiparación.

de protección sanitaria adquieren un **carácter político prioritario**, con el que hay que contar a la hora de elaborar políticas públicas dirigidas al ámbito rural.

5.2. LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA MUJER RURAL

La demanda de protección es, en cierto modo, la cristalización en el discurso colectivo[162] de las necesidades de salud individuales y colectivas. Es el conjunto de experiencias con la enfermedad de los distintos miembros de la colectividad, lo que termina por cristalizar, en un contexto histórico concreto, en un discurso colectivo de carácter político en lo que respecta a la protección de la salud.

La necesidad de salud tiene un componente en el discurso –vale decir, en el lenguaje- del que suele carecer la demanda. Ese componente es **el sufrimiento.** La necesidad desnuda no es otra cosa que un sufrimiento personal, que puede ser más o menos compartido con otros sujetos que lo sufren de la misma forma, pero que, en última instancia, tiene una ubicación en la persona y una expresión en la vida real y cotidiana. Nuestro recorrido por las necesidades de salud de la mujer rural es, por tanto, un recorrido por las formas de sufrimiento que la vida rural, en cierto modo, produce[163].

- Lógicamente, no es cualquier sufrimiento el que debemos de considerar, sino sólo aquél que aparece en el discurso relacionado con la salud, sea porque la enfermedad es su origen, o su causa, sea porque la enfermedad es su consecuencia.

Enfocado el prisma desde el punto de vista de la necesidad de salud, nos encontramos con tres niveles pertinentes de análisis:

1º. El primer nivel de necesidad nos colocaría del lado del **sufrimiento circunstancial asociado la enfermedad**. Cuando se está enfermo, está claro, hay sufrimiento, un sufrimiento que desaparecería en el momento de la **curación**. Es un sufrimiento, por tanto, **transitorio**, a no ser que consideremos la figura del enfermo crónico. Prácticamente, es este sufrimiento del que más experiencia se tiene desde el sistema sanitario; y puede decirse que su sentido práctico se cierra la mayoría de los casos en él. Es el enfermo el sujeto de la práctica sanitaria y el sufrimiento individual su objeto. Para nosotros, en cualquier caso, como analistas de las necesidades de salud de la mujer rural, este nivel es el menos accesible y quizá también en el menos pertinente. Tendríamos que estudiar mujeres rurales enfermas, pero cada enfermedad en su individualidad nos colocaría en un ámbito de necesidad distinto. Y realmente la ruralidad no está relacionada con enfermar de distinta manera. Sólo podemos hablar en este caso de los déficits de atención, asociados principalmente a los más débiles (niños y ancianos), que es lo que hicimos en el primer capítulo. Hay que considerar que estamos ante mujeres en su mayoría sanas; en las edades que estudiamos (40 a 65 años) son normalmente **los achaques** los que hacen acto de aparición, y el sufrimiento adosado a ellos es relativo.

2º. La introducción, aludida anteriormente, de la mentalidad preventiva en la mujer rural introduce otra perspectiva en la necesidad. La mentalidad preventiva lo que hace, entre otras cosas, es **colocar la enfermedad mucho más cerca como posibilidad**. y colocar también, como consecuencia, mucho más cerca de la gente a los servicios sanitarios.

- El sufrimiento en este caso es, obviamente, menor. Es el sentimiento asociado a **la probabilidad** de contraer una afección.

[162] La mayoría de las veces el cualitativo nos coloca en el nivel del discurso colectivo.
[163] Naturalmente, tras las demandas de salud, en la medida en que traducen necesidades, expresan también un sufrimiento. Desde las demandas, en cualquier caso, el componente de consenso tiende a alejar nuestra percepción del sufrimiento individual, aunque evidentemente esté ahí. Además, puede darse el caso –mucho más frecuente de lo que pudiera parecer- de que haya sufrimientos que no se traduzcan en demandas clara y racionalmente definidas.

Podríamos decir, además, que se trata de un sufrimiento inducido; cuanto más se sepa de los riesgos al respecto mayor sufrimiento aparece asociado. Hay en ello, como sabe, una variante individual de naturaleza psíquica: se puede ser más o menos aprehensivo. Es conocido de todos, además, que esta inducción de la aprehensión es una característica típica del sistema sanitario moderno: introducir la prevención supone excitar en la población la sensación de riesgo.

- Pero también hay una variante colectiva, la asociada a los llamados **grupos de riesgo**. Estar o no incluido en un grupo de riesgo intensifica el sufrimiento. Nuestro estudio se ubicaba precisamente en uno de esos grupos de riesgo, el de la llamada mujer perimenopáusica. Y ya vimos que el sistema sanitario no ofrecía a esta mujer en el medio rural armas mínimas para abordar su miedo, que se va extendiendo en múltiples facetas de posible enfermedad, conforme se van extendiendo los achaques de la edad.

- En cualquier caso, a pesar de que existe conciencia de pertenecer a una población de riesgo y que ello conlleva, razonablemente, el autocontrol, en la mujer rural analizada también se da un cierto **no querer saber** de informaciones de esta naturaleza. Hay una especie actitud defensiva frente a la incorporación de **nuevos miedos** que problematicen más de lo que está desde el lado de la salud la vida en el campo. Un no querer saber de enfermedades, siendo imposible como es en el medio –ante la deficiencia de servicios sanitarios preventivos- evacuar del todo la angustia instalada. El dato es interesante para valorar la eficacia en el medio de las intervenciones en prevención de la salud en la dirección de introducir a la mujer rural en el autocuidado preventivo asociado al saber sobre enfermedades posibles.

3º. Este cambio de mentalidad de lo paliativo a lo preventivo va paulatinamente introduciendo en el discurso otro concepto nuevo, el de "**vida saludable"**, y una práctica nueva, la del cuidado, o la del **autocuidado**. La vida saludable, como expectativa, traduce una promesa de **felicidad.** No se trata de la felicidad de estar sanos y protegidos frente a la enfermedad, sino de la felicidad de **sentirnos saludables**. Queda claro que tras esa promesa de felicidad y de salubridad está también lo contrario, la vivencia previa de infelicidad y de insalubridad. La otra cara de la moneda de la utopía es precisamente la vivencia del desequilibrio previo.

- En esa expectativa de felicidad y de salubridad parecería como sí la vida en el campo supusiera la concreción práctica de la utopía. Un modo de vida más humano y más natural, como antítesis de la deshumanización y la desnaturalización de la vida urbana. Pero lo cierto es que, desde la óptica del discurso de la mujer rural, apenas encontramos eficacia práctica de dicha utopía urbana: el modo de vida rural, cuando se vive, lo que suele reflejar es todo lo contrario, **un estado autopercibido de insalubridad personal y colectiva muy agudo**. Y ello no está relacionado sólo con los aludidos déficits sanitarios; hay algo en el medio rural que tiene un cierto carácter insalubre.

Estos complejos de insatisfacción personal y colectiva de la mujer rural han sido objeto de análisis pormenorizado en la investigación. Cabría decir, incluso, que han sido el objeto más directo de investigación, por razones de demanda (la demanda del estudio venía del Servicio de Promoción de la Salud), pero también por razones asociadas al propio discurso: el sufrimiento adosado a la salubridad del modo de vida rural dominaba sobre cualquier otro sufrimiento a la hora de referirse a la propia experiencia vital.

Ante todo nos gustaría que se cayera en la cuenta de que, en este cambio de perspectiva de la salud, ya no es el cuerpo el sujeto de las prácticas cuanto, cabría decir, **"la persona y sus circunstancias".** En el paso de la salud a lo que hemos llamado salubridad lo que está

en juego no es el equilibrio corporal, sino un equilibrio personal: la salubridad queda del lado de la persona, del modo en que ella se siente en su relación con el mundo[164]. Lo cierto es que los médicos, especialmente los de atención primaria –y el ámbito rural no es una excepción– cada vez tienen que bregar más con personas que con cuerpos, con "problemas" que con patologías –o, más bien, con patologías que tienen su origen en problemas.

Desde esta óptica de la vida saludable deberíamos de redefinir el concepto de patología, y reajustarlo a la finalidad real del "tratamiento". Si lo que está en juego es la recuperación de un "equilibrio" personal, la patología de la que hablamos sería un **desequilibrio del sujeto con su entorno**, que puede dar lugar o no a patologías somáticas, pero que en sí mismo implica una suerte de **sufrimiento** que obliga al sujeto a buscar una forma de subsanarlo (la visita al médico suele ser una de esas vías, especialmente en el medio rural, donde otras alternativas se dan escasamente)[165].

En la investigación propusimos un modelo heurístico para abordar y clasificar las necesidades asociadas a este tipo de patologías. Ante todo hay que partir de la existencia de desequilibrios en la relación del sujeto con su entorno. Hemos identificado tres ámbitos de entorno muy generales en que se produce frecuentemente (cabría decir, estructuralmente) el desequilibrio:

a) Desequilibrio en la relación del sujeto **con su cuerpo**.
b) Desequilibrio en la relación del sujeto **con los otros**.
c) Desequilibrio en la relación del sujeto **con su actividad**.

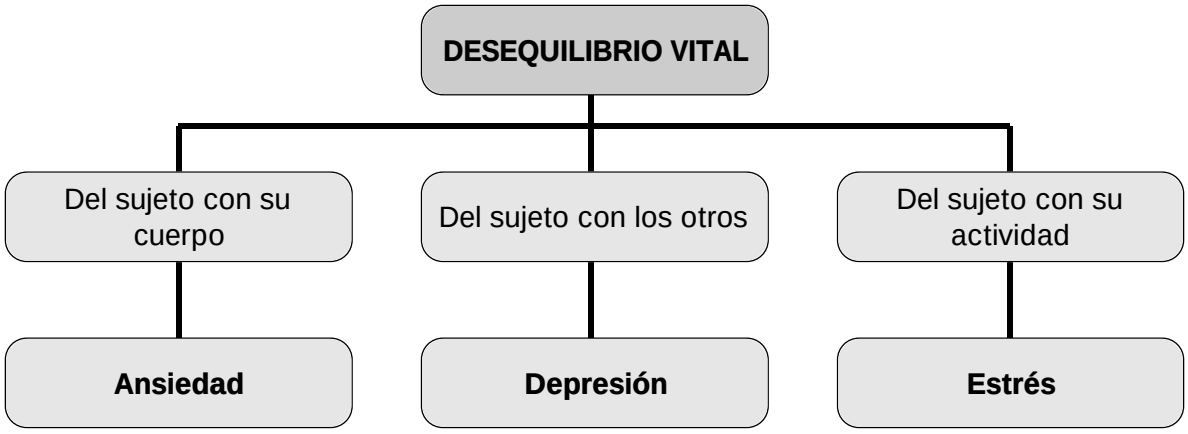
A estos tres desequilibrios corresponderían lo que podríamos llamar como patologías "sociales" específicas, que cabría definir como *estados de insatisfacción que tienen su origen en circunstancias sociales comunes a un determinado colectivo social, y que se traducen en la percepción individual y colectiva de un déficit de salubridad*[166]. Utilizando los términos que normalmente aparecen el discurso de las mujeres rurales para nombrar estos estados, hemos sugerido las siguientes patologías sociales asociadas a cada tipo de desequilibrio:

a) La ansiedad, como sufrimiento adosado al desequilibrio en la relación del sujeto con su cuerpo.

b) La depresión, como sufrimiento adosado al desequilibrio en la relación del sujeto con los otros.

c) El estrés, como sufrimiento adosado al desequilibrio en la relación del sujeto con su actividad[167].

[164] Subrepticiamente en la sanidad se nos ha colado la persona; y no está nada claro que todavía nos hayamos dado cuenta de las implicaciones que se derivan ese cambio revolucionario.
[165] El arbitrar vías propias para subsanar este tipo de patologías creemos que abre un campo de prácticas, que todavía el sistema sanitario, por lo menos en España, no se hecho cargo de una forma sistemática y planificada, sino sólo a partir de acciones deslavazadas incluidas en programas diversos, que difusamente se incluyen dentro de la llamada Educación Sanitaria y la Promoción de la Salud Con un enfoque, además, particular de la Educación Sanitaria y la Promoción de la Salud. La mayoría de las veces esta práctica se confunde con la mera difusión de recomendaciones en relación a hábitos saludables, una forma de difundir la recomendación médica a la colectividad.
[166] No de salud, está claro.
[167] Debe estar claro que no estamos redefiendo el sentido de estas patologías, tal como puedan estar definidas en un ámbito médico o psiquiátrico. Hablamos, y nombramos con estos términos patologías sociales que forman parte, en cierto modo, de la normalidad de una forma de vida. Si se habla –en el discurso de la gente, por ejemplo, de que el trabajo moderno produce estrés, no se infiere el hecho de que todos los trabajadores estén clínicamente estresados. Desde un punto de vista social, sin embargo, sí que existe un sufrimiento colectivo ante los modos usuales del trabajo moderno, que sí que sienten prácticamente todos.



Este tipo de patologías las hemos denominado "sociales" precisamente porque están directamente imbricadas en el modo de vida; en este caso en el modo de vida rural. Las sufren, o están en propensión de sufrirlas, por tanto, prácticamente todas las mujeres rurales consultadas; el hecho de que en determinadas personas adopte la forma aguda de patologías psíquicas o físicas, no excluye la posibilidad de hablar de ellas como patologías sociales. Realmente, actuando sobre las patologías sociales podríamos incidir en la disminución de esas patologías psíquicas o físicas que, según nos informan los profesionales sanitarios rurales consultados, cada vez forman parte más importante del tiempo dedicado a la consulta. Veamos, de todas formas, y de modo somero, qué sentido se le da a cada una de las patologías sociales antes mencionadas y cómo se concretan en el discurso de la mujer rural.

1. **La ansiedad**[168] se define en nuestro caso como **el sufrimiento asociado al desencuentro del sujeto con su cuerpo**. La evidencia de ese desencuentro en prácticamente todos los sujetos de las sociedades modernas es de todos conocido; sin la hipótesis de ese desencuentro es imposible entender pulsiones tan características de la sociedad moderna como las que preexisten a las prácticas de la estética corporal, del deporte o la del control de la alimentación. Todas esas prácticas pueden con facilidad interpretarse como la búsqueda reiterada de un equilibrio (perdido) en la relación del sujeto con su propio cuerpo. En última instancia, es la vivencia del propio cuerpo como **antinatural**, como despojado de su naturalidad propia originaria, lo que genera el sufrimiento de la ansiedad y lo que impulsa a buscar fórmulas para restablecer el equilibrio.

   ✓ En el caso particular del tipo de mujer rural analizado (perimenopáusica), este desencuentro toda la forma aguda del inicio de la decadencia física (aparición de los primeros achaques) y de la pérdida de la capacidad reproductiva (menopausia). Este desencuentro agudo con el propio cuerpo se instala en el medio rural analizado sin que existan **medios culturales y prácticos** para reestablecer el equilibrio, lo que abunda en la aparición del sentimiento de la ansiedad y en la generalización de fórmulas perversas para afrontarla (descuido del cuidado personal y físico, abandono de las relaciones sexuales, indiferencia hacia el cuidado ginecológico, exacerbación de regímenes alimenticios, etc.).

   ✓ La tesis (no contrastada cuantitativamente)

[168] Es el término más difícil de escoger, porque todavía el lenguaje no ha creado un término especialmente característico para definir el estado de insatisfacción concreto al que se refiere

es la de una agudización en el medio rural de la ansiedad y, por tanto, de una mayor incidencia de estos comportamientos perversos, debido, por una parte, a la deficiencia de medios para abordar el problema (faltan actividades deportivas y de mantenimiento físico, faltan controles y atención ginecológicos, etc.), pero también por una forma característica de **control social**, que tiende a penalizar en la mujer de edad madura ciertos comportamientos y ciertas actitudes (interés por el aspecto corporal o por las relaciones sexuales) y que impide que se tiendan a compartir con otras mujeres ese tipo de temas (incomunicación por miedo al qué dirán, que dificulta encontrar salidas personales a los problemas).

2. **La depresión,** como sentimiento concomitante al desencuentro del sujeto con los otros, lleva directamente al tema del valor personal autoatribuído (valemos o no valemos para los otros) y, por tanto, al concepto conocido de la **autoestima**. Es un dato constatado –y refrendado por los profesionales sanitarios consultados- que el déficit de autoestima es un mal endémico en la mujer rural, que provoca entre otras cosas una dificultad especial para la solución de conflictos personales, familiares y sociales, y que tiene como consecuencia concomitante la aparición frecuente en consulta de desarreglos y patologías psicológicas.

✓ En el análisis se ha podido constatar esa presunción y se ha podido abundar en el conocimiento de sus causas. Ante todo, el sufrimiento de la depresión se manifiesta en dos contextos, uno interior (la familia) y uno exterior (el pueblo), considerando además que se da un desequilibrio o desajuste claro entre ambos contextos de relación.

✓ El núcleo de insatisfacción suele colocarse en la familia, y en el contexto de la configuración afectiva de la **cuidadora**. Lo que se sufre son las frustraciones afectivas de la cuidadora en relación a la reciprocidad esperada de los objetos de cuidado: el marido, los hijos y los mayores. Estos sufrimientos, se sabe, son especialmente agudos en la mujer perimenopáusica: la mayoría de edad de los hijos, su eventual salida fuera del hogar, la reducción del interés sexual del marido o las frustraciones asociadas al cuidado de los mayores generan núcleos de insatisfacción muy potentes. Pero, además, como un elemento añadido de agudización, están las pautas culturales de relación entre sexos enquistadas en modos tradicionales del ámbito rural, que dificultan grandemente la resolución de conflictos en el interior de la pareja.

✓ El exterior (la relación con los vecinos del pueblo), que debería actuar como elemento de compensación, se muestra como altamente hostil e impermeable. Es prácticamente imposible, si no se quiere entrar en el círculo de la maledicencia, entrar en confidencias con otras mujeres del pueblo. De este modo, los problemas personales se enquistan, sin encontrar vías de expresión ni, por tanto, de eventual solución. Al final los casos más agudos terminan en la consulta del médico rural, que suele encontrarse con dificultad práctica y profesional para abordarlos.

✓ La actividad fuera de casa (incluido el trabajo) termina por ser la única vía razonable para salir, compensar o equilibrar una existencia familiar altamente depresiva. La eficacia de las actividades externas de educación, máxime cuando tienen como objeto introducir **habilidades de resolución de conflictos** en el interior del núcleo familiar está perfectamente constatada en la investigación.

3. **El estrés** fue la patología que más nos extrañó encontrar; tan fuerte es el prejuicio de que la vida rural es una vida tranquila, que resultaba difícil creer que se produjera un sufrimiento tan agudo el desarrollo de la actividad en el caso de la mujer rural analizada.

• Ante todo hay que considerar el dato de que el académico “nido vacío” no es exactamente una realidad. Los hijos prolongan cada vez más su estancia en la familia –es un dato muy característico del comportamiento actual de la juventud española-;

cuando salen, es muy habitual que la mujer se vea implicada en labores de cuidado de los nietos; la atención al cuidado de los mayores es también muy típica en estas edades en el medio rural; el propio marido se convierte también a edades más avanzadas en objeto de cuidado especial, dado que entra antes en la vejez que ella misma. Al contrario de lo que cabría esperar, la mujer perimenopáusica se ve normalmente en el medio rural enfrentada a una elevada exigencia de cuidados.

- A ello hay que añadir un elevado **perfeccionismo**, como autoexigencia, en las labores del hogar. Es un dato curioso, que contrasta con las actitudes propias de las generaciones anteriores de mujeres rurales, mucho más relajadas al respecto.

- Como resultado final lo que se suele dar es una jornada completa y agotadora, en actividades que, como hemos dicho, generan, además, sentimientos depresivos muy potentes. Pero lo más problemático no es la cantidad sino la cualidad; la falta en la mujer de tiempo de compensación, de **tiempo de ocio**. La precariedad de ofertas de ocio del medio rural, y también la dificultad que ofrecen al respecto las pautas de relación de género y sociales del pueblo, dificultan en gran medida que el estrés obtenga una vía de salida satisfactoria.

- La propuesta de fórmulas de ocio para la mujer rural, así como el actuar en contra de las actitudes y prejuicios que impiden a la mujer asumir su propio ocio como una necesidad personal ineludible es un objetivo fundamental, si lo que se quiere es mejorar la salubridad de la mujer rural.

Ansiedad, depresión y estrés constituyen los tres ejes, los tres sufrimientos fundamentales, en los que debe de pivotar la acción de Promoción de la Salud para la mujer en el medio rural. Es cierto que se trata de patologías genéricas de civilización, que afectan tanto a la mujer urbana como a la rural, e incluso también al hombre rural o urbano. Pero el medio rural y la condición femenina rural, especialmente en las edades de la menopausia, generan una **intensificación especial de estos sufrimientos**. El medio rural es intrínsecamente un **medio en falta** de cara a ofrecer modelos, pautas, actitudes, habilidades y servicios para hacer frente, para compensar o equilibrar estos sufrimientos.

Un tipo de educación sanitaria especialmente enfocada, no tanto a la difusión de conocimientos y prácticas de prevención de la enfermedad, cuanto al abordaje directo de estas patologías sociales y de sus causas es claramente una necesidad prioritaria, considerando el sufrimiento real de la mujer rural estudiada. Semejante educación sanitaria debe tener como objeto directo la modificación de las actitudes y pautas de comportamiento íntimamente asentadas en las relaciones colectivas y en la proposición de **modos saludables** de implicarse en todas las facetas de la vida cotidiana: desde la relación con el propio cuerpo (incluyendo la sexualidad), pasando por la relación con los otros (la familia y la colectividad), hasta la relación con la propia actividad (contribuyendo a generar alternativas de ocio propia y positivamente rurales).

En gran medida, el círculo vicioso que contribuye a enquistar y agravar este tipo de patologías sociales tiene su origen último en la consideración del modo de vida rural como un modo de vida degradado frente al de la ciudad. Mientras no se consiga a nivel individual y colectivo positivizar la propia opción de vida como una alternativa distinta y, al menos igualmente rica que la urbana, no se hará más que establecer parches sobre cuestiones concretas y puntuales. Un compromiso político que implique a todas las instituciones, no sólo a las sanitarias, en la dirección de revitalizar el medio rural madrileño es a todas luces necesario y urgente.

En semejante proceso la mujer rural debe aparecer, no sólo como un agente necesitado, sino también como un agente potencialmente dinamizador de un eventual proceso de cambio. La otra cara de la moneda del sufrimiento es la energía potencial que genera de cara a modificar los propios presupuestos y las propias condiciones de vida.

DOCUMENTOS DE SALUD PÚBLICA PUBLICADOS

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 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 Auditorías 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 de 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 Lasa 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 por 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 2.003
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 del 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 2002. Programas de Salud Pública.