

M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz
Rosa Casado Mejía
Soledad Vázquez Santiago
Eugenia Gil García
Alicia Botello Hermosa
Cristina Ramírez Zambrana



GUÍA DE GÉNERO Y SALUD

Innovaciones
y propuestas
para trabajar en
grupos pequeños



Editorial Universidad de Sevilla

M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz
Rosa Casado Mejía
Soledad Vázquez Santiago
Eugenia Gil García
Alicia Botello Hermosa
Cristina Ramírez Zambrana

GUÍA DE GÉNERO Y SALUD

Innovaciones y propuestas para trabajar en grupos pequeños

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Colección: Manuales Universitarios

Núm.: 103

COMITÉ EDITORIAL DE

LA EDITORIAL UNIVERSIDAD DE SEVILLA:

Araceli López Serena

(Directora)

Elena Leal Abad

(Subdirectora)

Concepción Barrero Rodríguez

Rafael Fernández Chacón

María Gracia García Martín

Ana Ilundáin Larrañeta

María del Pópulo Pablo-Romero Gil-Delgado

Manuel Padilla Cruz

Marta Palenque

María Eugenia Petit-Breuilh Sepúlveda

José-Leonardo Ruiz Sánchez

Antonio Tejedor Cabrera

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin permiso escrito de la Editorial Universidad de Sevilla.

© Editorial Universidad de Sevilla 2024

c/ Porvenir, 27-41013 Sevilla.

Tlfs.: 954 487 447; 954 487 451; Fax: 954 487 443

Correo electrónico: info-eus@us.es

Web: <https://editorial.us.es>

© M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz, Rosa Casado Mejía,
Soledad Vázquez Santiago, Eugenia Gil García, Alicia Botello Hermosa
y Cristina Ramírez Zambrana 2024

© M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coord.) 2024

Las imágenes y figuras que no tienen procedencia específica están obtenidas de Pixabay: <https://pixabay.com/es/>

ISBN: 978-84-472-2743-3

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/9788447227433>

Diseño de cubierta, maqueta y realización electrónica:
santi@elmaquetador.es



ÍNDICE

Agradecimientos	15
Introducción.....	17
Presentación de las actividades.....	19

UNIDAD TEMÁTICA I. ANÁLISIS DEL SISTEMA SEXO-GÉNERO

Seminario 1.

Socialización diferencial por género

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz, Rosa Casado Mejía y Cristina Ramírez Zambrana	27
Actividad 1. ¿Niño o niña?	32
Actividad 2. Otros roles son posibles.....	35
Actividad 3. Condicionantes de género en la historia personal. «Mi historia favorita»	36

Seminario 2.

¿Cómo usamos el lenguaje? Uso inclusivo y no sexista del lenguaje

Soledad Vázquez Santiago y Eugenia Gil García	41
Actividad 1. Estereotipos y lenguaje: ¿Herramienta de desigualdad?	45
Actividad 2. La regla de la inversión.....	52



Seminario 3.

Reparto de espacios públicos y privados. Trabajo productivo y reproductivo

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz	57
Actividad 1. El trabajo doméstico en cómics	64
Actividad 2. ¿De quién es la responsabilidad de la casa?	65
Actividad 3. Encuestas sobre el uso del tiempo. Quién hace qué.	66

Seminario 4.

Los vínculos afectivos. El amor romántico

Rosa Casado Mejía y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz	71
Actividad 1. Mitos románticos y subordinación de las mujeres.	75
Actividad 2. Una puerta llamada Amor.	76
Actividad 3. ¿Qué me estás cantando?, ¿qué me estás contando?, ¿qué estoy viendo?	78

Seminario 5.

El cuerpo generizado

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Rosa Casado Mejía	85
Actividad 1. Cómo soy y cómo me gustaría ser	94
Actividad 2. Expresión corporal de las emociones y vivencia del cuerpo	95



Seminario 6. La sexualidad

Rosa Casado Mejía	101
Actividad 1. Psicoerotismo global y genital	108
Actividad 2. Sensibilización corporal de cara y cuello	109
Actividad 3. Los genitales tienen nombre	111
Actividad 4. Diversidad sexual. Otra mirada	112

UNIDAD TEMÁTICA II. GÉNERO Y SALUD

Seminario 7. Los roles de género como factor de riesgo/protección para la salud

Rosa Casado Mejía, M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Alicia Botello Hermosa	121
Actividad 1. Identificando mi hombre y mi mujer ideal	126
Actividad 2. La feminidad y la masculinidad en el punto de mira	130
Actividad 3. Una cuestión de género	131
Actividad 4. Dando voz a quien cuida	132



Seminario 8.

Género y profesiones sanitarias

Soledad Vázquez Santiago y Eugenia Gil García	137
Actividad 1. Profesiones sanitarias, ¿en femenino? Datos y cifras	139
Actividad 2. ¿Dónde se colocan mujeres y hombres en las profesiones sanitarias? Feminización de las profesiones sanitarias. Datos y cifras	146
Actividad 3. El techo de cristal en las profesiones sanitarias. El caso de la enfermería.	150
Anexo 1. Seminario 8	157

Seminario 9.

Creencias populares sobre los ciclos vitales de las mujeres y estereotipos de género asociados

Alicia Botello Hermosa	159
Actividad 1. ¡Rompamos el tabú menstrual!	163
Actividad 2. ¡No te duches, no te mojes la cabeza!	163
Actividad 3. ¡Ni mujer ni vieja!	164
Actividad 4. ¿Líquido azul?	164

Seminario 10.

Dolor crónico generizado. Una mirada de género

Eugenia Gil García y Soledad Vázquez Santiago	167
Actividad 1. Entrevista estructurada a una persona con dolor crónico	167
Actividad 2. Elaboración de una parrilla de información	172



Seminario 11.

Uso y abuso del consumo de alcohol en jóvenes.

La importancia de la amistad y los mandatos de género

Eugenia Gil García y Soledad Vázquez Santiago	177
Actividad 1. Elaboración de un mapa cognitivo sobre riesgo y consumo de alcohol	179
Actividad 2. Reflexión sobre mandatos de género relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes.....	180

UNIDAD TEMÁTICA III. VIOLENCIA DE GÉNERO

Seminario 12.

Conceptualización, características y ciclo de la VG

M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz y Rosa Casado Mejía	191
Actividad 1. Reconociendo el maltrato.....	199
Actividad 2. Mitos y realidades sobre la VG	200

Seminario 13.

Tipos y repercusiones en la salud de la VG

Rosa M.ª Casado Mejía y M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz	203
Actividad 1. Maltrato no es solo golpes.....	208
Actividad 2. Ponte en mi piel	212



Seminario 14.

Actuación integral. Protocolos sanitarios ante la VG

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Rosa Casado Mejía	217
Actividad 1. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG	233
Actividad 2. Voces que callan, cuerpos que hablan.....	234

Seminario 15.

La violencia en el noviazgo y las redes sociales

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz	239
Actividad 1. La escalada de la violencia	244
Actividad 2. Los primeros compases de la violencia	246

Seminario 16.

Violencias invisibles: la prostitución y la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual

Cristina Ramírez Zambrana	249
Actividad 1. Yo, mujer, quiero ser libre	255
Actividad 2. Moneda de cambio	258
Actividad 3. Sin clientes no hay trata.....	262



Seminario 17.

El buentrato como proyecto de vida

Rosa Casado Mejía	269
Actividad 1. Contrato de buentrato	272
Actividad 2. Cuidar y cuidarse	279
Autoras	283



AGRADECIMIENTOS

La edición actual recoge las aportaciones y experiencias que han hecho otras compañeras en el recorrido de estos diez años. Sin ellas, el haber llegado aquí sería impensable. Nuestro agradecimiento a estas profesoras y mujeres imprescindibles, que comenzaron con nosotras esta asignatura: Carmen Caro García, Matilde Capado Rodríguez, Yara Prieto Carpintero, Esperanza Ruiz Arias y Juana Macías Seda.



INTRODUCCIÓN

Estas propuestas son una guía para trabajar en seminarios y grupos reducidos que nace de la experiencia de trabajo con el alumnado de la asignatura Género y Salud del grado en Enfermería, desde el comienzo de la misma en 2009, con una trayectoria acumulada de más de diez años. Surge, pues, del estudio, la reflexión y las experiencias compartidas en esta materia durante estos más de diez años, que en 2015 recibió el Premio Rosa Regás «a materiales curriculares que promuevan la igualdad entre hombres y mujeres en educación y que destaquen por su valor coeducativo».

Con estos contenidos, se pretende capacitar a los alumnos y las alumnas que los cursen en una serie de competencias, tanto específicas como transversales, aportando una formación en un perfil holístico donde los conocimientos están

vinculados a los temas de género. Abordaremos la salud de hombres y mujeres y el impacto de la construcción cultural del género en la misma; las características específicas del maltrato contra las mujeres y su abordaje desde la atención sanitaria, así como otras formas de violencias invisibilizadas en la sociedad. Pero también reflexionaremos sobre la construcción de la identidad de género, identificaremos mitos, estereotipos y creencias que todos y todas llevamos implícitos en nuestro sistema de socialización como personas incardinadas en una estructura social patriarcal.

La estrategia para conseguirlo es el trabajo en grupos pequeños y la aplicación de distintas metodologías: ejercicios vivenciales, grupos de discusión, videofórum, *rol playing*, recensión de artículos o estudio de casos, entre otros.



La dinámica de grupos pequeños es flexible y permite ensayar competencias más participativas y personales mediante el fomento de la crítica y la autocrítica, las habilidades en las relaciones interpersonales, las habilidades para trabajar en grupo, el compromiso ético, la comprensión de culturas y costumbres de otros pueblos, la capacidad de adaptación a nuevas situaciones, de generar nuevas ideas y, en suma, la capacidad de aprender.

El grupo pequeño está compuesto por una media de diez personas (con variabilidad de 8 a 15). Es el número óptimo para que el grupo funcione en las actividades que se proponen.

El entorno físico es importante, por lo que proponemos como idóneo un aula pequeña que permita flexibilidad en cuanto a mobiliario de mesas y sillas. Así, para algunas actividades se recomienda la disposición en círculo y para otras actividades serán necesarias mesas de trabajo para reunirse en subgrupos de cuatro a seis personas y la posterior puesta en común del grupo completo, de 8 a 15 personas.

Estas propuestas podrían servir para la formación en dicha materia en distintos foros con otros grupos de adolescentes o adultos.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1.ª sesión. La presentación se hará el primer día de sesiones, con los y las participantes del grupo y quien guía o tutoriza al grupo, que se dispone en círculo. Se dinamizará con un ovillo de lana o hilo que se va lanzando a la persona siguiente tras la presentación.

Comienza presentándose la persona que guiará o tutorizará al grupo. Nombre, dinámica que se va a seguir en las actividades de los grupos, objetivos que se intentan conseguir en las mismas, duración, etc.

Cada participante se presenta al grupo como considere: nombre, qué conoce previamente de la materia, qué expectativas tiene sobre la actividad formativa, cómo es su situación actual... ¿ha habido algún cambio reciente en su vida?, ¿de residencia?, ¿de amistades? Si lo ha habido, ¿lo valora como positivo o como problemático?

Con la ayuda del ovillo de lana, que se va tirando de un participante a otro/a, y de forma aleatoria se van dando la palabra.

Terminadas todas las presentaciones, la última persona que se haya presentado vuelve a tirarle el ovillo al guía o tutor/a del grupo, que explica que durante el transcurso de los seminarios intentaremos tejer una red significativa de conocimientos y relaciones. (Generalmente, cuando se acaba, casi todas las personas participantes guardan un trozo de la lana o el hilo de recuerdo).

El cuidado, propuesta para trabajar de manera transversal en todos los seminarios

El cuidado, según Marie-Françoise Collière (1995)* es imprescindible para la vida. Sin embargo, está

* Collière, Marie-Françoise (1995). *Cuidar, el primer arte de la vida*, París, Interéditions. 440 p.



interiorizado como rol/mandato de género para las mujeres y, por tanto, está naturalizado como tarea femenina y no reflexionamos habitualmente sobre él. No obstante, genera muchas emociones de las que no somos conscientes, y entonces no las gestionamos siempre a favor de la salud y la vida, siendo en muchas ocasiones factor de riesgo para la salud de las personas implicadas, cuidadas y cuidadoras, en vez de ser factor de protección. Por la importancia que tiene el cuidado en nuestra vida, como hombres y mujeres y su influencia en las relaciones de género y en la salud, se propone esta estrategia para trabajar los cuidados de manera transversal, que se va haciendo a lo largo de todos los seminarios.

Objetivos

- Comprender y experimentar la importancia del cuidado.
- Identificar lo positivo y negativo de dar y recibir cuidados.
- Identificar las propias tendencias y resistencias para cuidar y dejarse cuidar.

Procedimiento

2.ª sesión. La persona que guía al grupo llevará algún detalle que piense que le puede hacer ilusión a este. Puede ser algo para picar (algún zumo, aperitivos, galletas...) o un regalo más espiritual (poema, canción), pero siempre han de favorecer un ambiente lúdico. Esto se hace para trabajar el concepto del cuidado de dar (cuidadoras y recibir: cuidadas). El momento «cuidados» se realiza cuando se crea conveniente, puede ser al final (parece lo más recomendable para no romper la dinámica del seminario), en medio de este...

Diversificar los cuidados: comensalismo, música, poema, abrazos... cualquier expresión de afecto puede ser un cuidado, no solo los cuidados en salud, el objetivo es hacer visibles los cuidados como actos cotidianos invisibles.

3.ª sesión. Sigue haciéndolo la persona que guía el grupo.

Reflexión al final de la sesión:

¿Qué os ha parecido lo que hemos compartido estos días? Esto ha sido para trabajar el



concepto del cuidado: hoy yo (profesor/a) me he preocupado de «cuidaros», he pensado algo que os podía agradar y lo he traído para que os guste y os sintáis bien. Para el próximo día hemos de decidir 2-3 personas que cuiden al grupo, que piensen en algo que nos pueda gustar, lo preparen y lo traigan. Se trata de vivir los dos papeles de cuidar y ser cuidado/a, tiene que ser algo que nos haga disfrutar a ambas partes; si no, se cae en una relación de poder, quien cuida no es esclavo/a del resto. ¿Quién se ofrece?

Se eligen cuidadores/as.

4.^a-10.^a sesión. Al final, se eligen cuidadores/as para la sesión siguiente.

15.^a sesión. Se reparten y organizan los cuidados para el próximo y último día.

16.^a sesión. Se comparte entre todo el grupo. La persona que guía o tutoriza al grupo puede dar algo a cada participante (poema, canción...). Reflexión sobre los cuidados (desarrollado en el último seminario, actividad 2, «Cuidar y cuidarse»).



Competencia

Capacitar para conocer e identificar la construcción cultural del género.

Unidades de competencias

- Capacitar para analizar el origen de las desigualdades de género.
- Capacitar para detectar los elementos de la socialización diferencial por género y su repercusión en la construcción social.

Criterios de resultados

Los/las participantes, al final de la Unidad Temática I, Análisis del Sistema Sexo-Género:

- Analizan los condicionantes sociales y culturales que actúan desde la infancia en la socialización desigual de niños y niñas.
- Identifican los condicionantes socioculturales y cómo han influido estos en su historia personal desde la infancia.
- Analizan los estereotipos de género y su influencia sobre las emociones durante la adolescencia y la juventud.
- Identifican los mensajes diferenciales por género en los medios musicales y de comunicación.
- Son capaces de detectar la influencia de los estereotipos de género en el reparto del espacio público y privado en nuestra sociedad, reflexionan sobre la forma de revertir esa situación y los condicionantes actuales para que no se produzcan.
- Analizan el impacto de la doble y triple jornada laboral y la repercusión que esta tiene en el desarrollo personal y profesional.
- Reconocen la influencia de los estereotipos de género en los vínculos afectivos.
- Identifican los distintos elementos que caracterizan el amor romántico, y los analizarán en las parejas actuales.
- Reflexionan sobre los mensajes subliminales del amor romántico y cómo condicionan los estereotipos de género los vínculos amorosos, las relaciones sexuales y psicoafectivas.
- Reflexionan sobre la generización del cuerpo, y la importancia de una vivencia sana de la percepción corporal.



- Reconocerán la diferente visibilización de la sexualidad femenina y masculina, así como las diferentes eróticas, que pueden facilitar u obstaculizar el encuentro entre mujeres y hombres.
- Conocerán la diversidad sexual y las representaciones sociales de las distintas orientaciones sexuales.
- Reconocerán la importancia de una vivencia placentera de la sexualidad como fuente de salud.

Contenidos

1. Construcción cultural de la desigualdad.
2. El lenguaje generizado.
3. El trabajo y los espacios. Trabajo productivo y reproductivo. Reparto del espacio social: lo público / lo privado.
4. Las relaciones afectivas. Tipos de amor. Mitos sobre el amor romántico.
5. Influencia de la construcción cultural en la percepción de la imagen corporal.
6. La vivencia de la sexualidad.

Propuesta de actividades para los seminarios

TOTAL de 6 seminarios:

1. Socialización diferencial por género en las distintas etapas etarias y los condicionantes de género en la historia personal.
2. La utilización sexista o inclusiva del lenguaje.
3. El trabajo productivo/reproductivo. Reparto de espacios público/privado.
4. Los vínculos afectivos. El amor romántico.
5. El cuerpo generizado.
6. La sexualidad, su relación con la salud. Diversidad.



SEMINARIO 1.

SOCIALIZACIÓN DIFERENCIAL POR GÉNERO

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz, Rosa Casado Mejía y Cristina Ramírez Zambrana

La distinción entre sexo y género es crucial. El sexo es un concepto que se reserva para referirse a las características biológicas de los seres humanos, está determinado por la estructura cromosómica, factores biológicos y hormonales que determinan un dimorfismo sexual, con las diferencias anatómicas y fisiológicas entre los hombres y las mujeres. Y aunque pensemos que las diferencias entre ambos sexos son grandes, realmente solo existe un cinco por ciento de diferencias, y es mucho menor que en otras especies.

El género es la manera en que hombres y mujeres construyen su subjetividad en una sociedad determinada y en un momento histórico determinado. Es un concepto relacional, que implica un abanico de normas socioculturales y que suponen desigualdades estructurales de acceso

a los recursos por parte de hombres y mujeres que pueden influir en la salud, ya que tiene una profunda influencia en las experiencias vitales y es una categoría social que va a determinar el acceso a recursos y oportunidades.

Hasta hace unas décadas se consideraba que el sexo era el factor causante de las diferencias sociales existentes entre las personas sexuadas en masculino o femenino.

La configuración de la identidad personal es un proceso complejo donde intervienen multitud de factores. Son rasgos que resultan esenciales desde la perspectiva del propio sujeto, pero dicha perspectiva está moldeada socialmente. Son, a su vez, rasgos que tienden a permanecer y que, en cierta forma, sintetizan la propia historia personal. La identidad viene a ser la respuesta a la



pregunta «¿quién soy yo?», ya que tiene una faceta colectiva, y no solo individual, engloba también la respuesta a la pregunta «¿quiénes somos nosotros?». En la definición de la propia identidad existen aspectos individuales y aspectos colectivos que se realizan siempre en interacción social, mediante procesos complejos y prolongados (no necesariamente conscientes) y se van construyendo dialécticamente dentro de la cultura donde la persona se desarrolla.

La socialización es el proceso por el que un niño se convierte en un miembro aceptado de su sociedad, aprende la lengua, las costumbres, las actitudes y las creencias prevalentes en la misma, es decir, es la manera en que nos vamos moldeando, aprendiendo y adaptando, o no, a la cultura en la que vivimos inmersos (Arnett, 1992).

Según Jeffrey Arnet (1992), hay siete elementos que influyen en el proceso de socialización, presentes desde la infancia: la familia, los pares amigos/as y compañeros/as, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación, el sistema legislativo y el sistema cultural de creencias.

La socialización tiene como objetivo el desarrollo de una identidad clara a todos los niveles: personal, orientación sexual, roles de género, o rol profesional. Y el desarrollo de un sistema de valores y creencias religiosas, éticas o políticas, entre otras. Las fuentes de significado: qué es importante, lo que debe ser valorado, lo que debe ser vivido.

Estos son los elementos que niños, niñas y adolescentes deben aprender, y las personas adultas deben poseer, para que funcionen adecuadamente como miembros de su cultura.

Y un factor clave en la génesis de esa identidad personal es la adopción de la identidad sexual masculina, femenina u otras. En la construcción de esa identidad sexual en un momento histórico determinado y en una sociedad concreta interviene el individuo, pero también los elementos simbólicos y las estrategias de poder.

Una de las fuentes principales de socialización es la familia. Y a pesar de que ha quedado obsoleta la perspectiva determinista sobre la importancia de

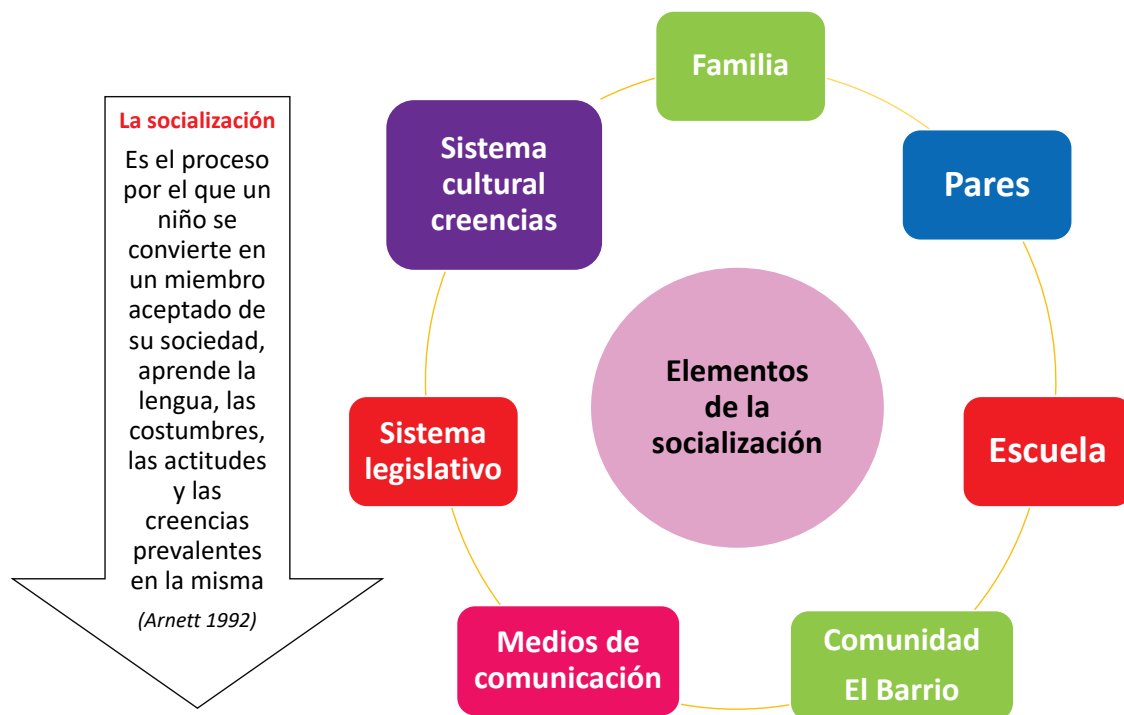


Gráfico 1. Elementos de la socialización (Arnett, 1992). Elaboración propia.

la familia en el desarrollo, se sigue considerando que esta ejerce una influencia de primer orden a lo largo de todo el curso vital del individuo, si bien la naturaleza de esa influencia varía en cada etapa evolutiva (Yubero, 2018). Hay que considerar

que la familia está viviendo actualmente un rápido y profundo proceso de cambio con nuevas modalidades de pareja y de familias: familias monoparentales, monomarentales, familias reconstituidas, familias interraciales o interreligiosas,



familias con progenitores del mismo sexo... Y que la familia como instrumento de socialización ha disminuido su influencia. Según Gilles Lipovetsky, la familia posmoderna la componen parejas + hijas/os. La sociología familiar individualista considera que la familia actual está sometida a un proceso libre de construcción-deconstrucción, según el proceso vital de las personas que la componen (Beck y Beck-Gernsheim, 2003).

Otro de los elementos de primer orden que interviene en la socialización, como demuestra un gran cuerpo de investigación desde la teoría social de la identidad, es la relación con los pares (Brown, 2000). El grupo de amigos y amigas desempeña un papel fundamental, especialmente en lo relativo a la transmisión de la cultura, que incluye también las formas de ocio y las conductas de riesgo y trasgresión (Harris, 1995). Los investigadores e investigadoras de la teoría del desarrollo de la socialización en grupo defienden que la modificación de las características de personalidad ocurre en el contexto exterior, fuera del hogar, en los procesos intra e intergrupales de los grupos de pares, de forma que

experiencias semejantes dentro del grupo van creando semejanzas entre los individuos que las comparten y conducen a mayores similitudes de personalidad que compartir la misma genética (Loehlin, 1997; Bernuz, 2020).

Es un ajuste natural donde se evalúa la autoestima y la imagen de cada cual, ya que una parte fundamental del concepto de sí mismo/a está derivada de la posición del individuo dentro del nicho ecológico del grupo. También se produce en los grupos una socialización diferenciada dependiendo del género, con niveles más altos de identidad social entre los varones. Los adolescentes masculinos perciben a sus grupos de pares como más cohesivos y confían más en su ayuda y las chicas se centran en desarrollar las relaciones interpersonales con una o dos amigas cercanas. En el futuro, estas relaciones grupales de pares van a suponer redes valiosas a través de las cuales se desarrollan y negocian los roles de género (Tarrant, 2002). A las mujeres se las socializa desde niñas en las emociones y en la necesidad de conseguir pareja para ser «seres completos» y poder formar una familia. A los hombres se los socializa



desde niños en la individualidad, el éxito y el logro económico y social (Bonino, 2002).

Otro de los elementos que suponen una nueva y potente fuente de socialización en adolescentes y jóvenes de los países industrializados contemporáneos, y que hay que considerar, son los medios de comunicación, que se han convertido en una parte central del ambiente cultural de nuestra sociedad (Feixas, 2014).

Internet se diferencia de los medios tradicionales (prensa escrita, televisión, radio), que tienen

un carácter unidireccional: las redes son descentralizadas y esto supone nuevos códigos de interacción y formas de socialización entre individuos. Además, se configura como un espacio que se superpone al espacio físico y permite superar en mayor medida las limitaciones del espacio y del tiempo. El poder de socialización de internet va aumentando y también va cediendo por estas características: es una socialización autogestionada por el propio individuo (*self-service*), desde edades muy tempranas, siempre disponible y con escaso control parental (Yubero, 2018).



Actividad 1. ¿Niño o niña?

A continuación, vamos a presentar una actividad que nos va a permitir reflexionar acerca de cómo el proceso de socialización diferencial por género en las distintas etapas etarias condiciona la historia personal de cada uno y de cada una.

Estrategia metodológica: grupos de discusión y videofórum.

Objetivos

Analizar los condicionantes sociales y culturales que actúan desde la infancia en la socialización desigual de niños y niñas, y que al ser «habituales» y estar normalizados, se encuentran invisibilizados.

Al final de la sesión, los/las participantes reconocerán los principales estereotipos sociales de la socialización diferencial desde las primeras etapas de la vida.

Procedimiento

1. Se subdivide el grupo en dos.

2. Se entrega a cada subgrupo la misma foto de un bebé y cada grupo la trabaja de forma independiente. Es importante que ambos desconozcan la foto con la que está trabajando el otro subgrupo.

3. Cada subgrupo construye una historia de vida a partir de la foto de un bebé; al subgrupo A se le pedirá que construya la vida de Andrés, y al subgrupo B la vida de Andrea, en todas las etapas etarias. Se designará a un secretario o secretaria para que recoja por escrito la historia, en la que deben aparecer reflejados los siguientes aspectos:

En la infancia: juguetes y juegos, con quién los comparte, cómo lo/la visten, en qué valores es educado/a, qué sentimientos experimenta y exterioriza...

En la adolescencia: amistades, relaciones sentimentales, qué va a estudiar, qué recomienda la familia que estudie, cuáles son sus gustos, qué sueños de futuro tiene, cuáles son



sus motivaciones y deseos, qué emociones experimenta y exterioriza...

En la madurez: qué ha estudiado, en qué trabaja, qué tipo de pareja o de familia ha creado, ¿se encuentra feliz y satisfecho/a con su vida?, ¿qué emociones experimenta y exterioriza...?

4. Una vez finalizada y escrita la historia de Andrés y Andrea, cada grupo la expondrá al resto a través de una persona que ejerza la portavocía.

Tras la exposición de ambas historias, se les pedirá a ambos grupos que muestren la imagen del bebé en la que se han basado para construir la historia. Se debatirá y se hará el análisis de las diferencias y de los estereotipos adjudicados a cada historia de vida, partiendo de la misma fotografía. Se recogerán los estereotipos identificados por género en la pizarra.

5. Tras el debate y el análisis de las historias presentadas, se podrán proyectar, a modo de conclusión, dos propuestas de vídeo:

- El vídeo creado por ONU Mujeres en 2017 como campaña de sensibilización del movimiento HerForShe para concienciar sobre la socialización diferencial por géneros.
- El vídeo *Píldora violeta. Socialización de género*.

Material

- Papel y bolígrafo.
- Pizarra.
- Dos fotografías del mismo bebé. La imagen debe presentar a un bebé de manera aséptica, sin ningún factor o complemento que nos pueda condicionar el desarrollo de la historia. A continuación, proponemos un ejemplo encontrado en la página web de descarga de imágenes libre de derechos de autor <https://www.stocklib.es>.
- Vídeo Píldora violeta. Socialización de género. <https://www.youtube.com/watch?v=8wOXb-YywKAU>.
- La socialización diferencial por género.



Foto 1. ¿Andrés o Andrea?



Foto 2. Vídeo creado por ONU Mujeres en 2017.
<https://www.youtube.com/watch?v=0eSeZH6utnE>



Foto 3. La socialización diferencial por género.



Actividad 2. Otros roles son posibles

En las primeras etapas vitales, los cuentos y programas infantiles desempeñan un papel fundamental y determinante en el proceso de socialización diferencial y en la naturalización de roles estereotipados de género. El análisis de cuentos y materiales coeducativos existentes favorece la reflexión acerca de la influencia e importancia que tiene educar en igualdad en el proceso de socialización y en la normalización de otros roles posibles, sin estereotipos de género.

Estrategia metodológica: videofórum y grupos de discusión.

Objetivos

- Reflexionar acerca del grado de normalización existente de los roles estereotipados de género.
- Analizar la importancia que tiene la educación en igualdad en el proceso de socialización y en la naturalización de otros roles posibles.

Al finalizar la sesión, los y las participantes identificarán la influencia que tienen los cuentos infantiles en la socialización de género en las primeras etapas de la vida y reconocerán la importancia que tiene la coeducación en la incorporación y normalización de otros papeles posibles en la sociedad.

Procedimiento

Se proyecta el cuento coeducativo *Las aventuras de Minicornio*, que visibiliza distintos modelos de familia en las que sus miembros desempeñan papeles diferentes a los tradicionales, libres de estereotipos de género.

Se pide al alumnado que, durante la visualización del mismo, recoja por escrito, de cada personaje que aparece en la historia, sus actitudes, comportamientos, cualidades, lenguaje, juguetes, vestimenta, roles... Tras la visualización del mismo, se comparten en el grupo y se anotan en la pizarra.

Para la reflexión grupal se les pide que identifiquen qué aspecto o aspectos de los personajes



les han llamado la atención, sorprendido y/o chocado, y que justifiquen su respuesta.

Posteriormente, planteamos la misma historia, pero con un intercambio de características y cometidos entre los distintos personajes... ¿Tu reacción es la misma?, ¿A qué crees que se debe?

Materiales

- Papel y lápiz.
- Pizarra.

Actividad 3. Condicionantes de género en la historia personal.
«Mi historia favorita»

Estrategia metodológica: ejercicio vivencial y análisis de discursos.

Es un ejercicio de introspección, de mirada interior, en el que recordamos y reconocemos qué valores dominaron en nuestra infancia y de qué manera los fuimos adquiriendo, incluso a veces

es posible, mientras lo expresamos, intuir o vislumbrar las causas.

Es también un ejercicio de escucha donde se puede confirmar que se nos educó en los mismos valores según nuestro sexo. Se puede percibir con facilidad que las diferencias de género son más culturales que biológicas, y que hay un discurso social más interesado en destacar los sexos como opuestos, en vez de resaltar los múltiples factores de igualdad que compartimos todos y todas en tanto que somos seres humanos.

También permite descubrir, al compartir los cuentos y las biografías, que existen, además, diferencias intragénero, lo que permite acercarse al concepto de diversidad y singularidad de cada ser humano, practicando el escuchar las diferencias sin juzgar, sin discriminar, sin desvalorizar ni jerarquizar.

La relajación abdominal, con los ojos cerrados y conectando con la respiración, facilita el conectar con el mundo emocional y rebajar el «control racional» sobre el mismo. La escritura y el



compartir poniendo palabras a la experiencia permite pasar las vivencias por el filtro racional, haciendo converger emociones y pensamientos, lo emocional y lo racional.

Objetivos

- Facilitar la reflexión acerca de los condicionantes sociales y culturales que han influido en nuestra historia personal desde la infancia.
- Analizar los estereotipos de género y su influencia sobre nuestro proceso personal a partir de una historia significativa de nuestra infancia.

Al final de la sesión, los y las participantes reconocerán los principales estereotipos sociales de la socialización diferencial en la propia vida y en la del resto del grupo, así como la importancia de los afectos y emociones en la socialización.

Procedimiento

1. Revivir la historia favorita de la infancia. Relajación guiada mediante la respiración abdominal:

Cierra los ojos, ponte cómoda, ponte cómodo. Conecta con tu respiración, siente cómo el aire entra y sale de tu cuerpo, inspira profundamente, el aire entra por tu nariz, por la tráquea, llega a los pulmones... y lo sueltas suavemente...

Lleva tu atención a tus pies. Tómate tu tiempo para sentirlos y después imagina y siente cómo pesan y se relajan; pesan y se relajan.

Sigue subiendo llevando tu atención a través de la tibia, el peroné y las rodillas, siéntelas e imagina y siente cómo pesan y se relajan; pesan y se relajan.

Sigue subiendo llevando tu atención a través de los muslos, las pantorrillas, los genitales, los glúteos y la cintura. Tómate tu tiempo para sentirlos y después imagina y siente cómo pesan y se relajan; pesan y se relajan.

Sigue subiendo llevando tu atención ahora a través del abdomen, el pecho, la espalda, los hombros, los brazos y las manos. Tómate tu



tiempo para sentirlos y después imagina y siente cómo pesan y se relajan; pesan y se relajan.

Sigue subiendo llevando tu atención a través de tu cuello, los músculos de la cara, el cuero cabelludo y, finalmente, la mente. Tómate tu tiempo para sentirlos y después imagina y siente cómo pesan y se relajan; pesan y se relajan...

Ahora piensa en una historia, un cuento, una imagen de tu infancia que te haya hecho especialmente feliz, o que haya sido significativa en tu infancia, cuando tenías de tres a seis años... Detente en ese momento, respira profundamente, recrea la historia y siéntete identificado/a en ese personaje que te gustaba. Piensa por qué te gustaba tanto, qué sentías. Piensa en qué se parecía a ti.

2. Recordatorio consciente de la historia favorita de la infancia. Escribid la historia tal como se ha recordado, contestando las siguientes preguntas:
 - ¿Quién soy yo en esta historia? Puede ser un niño, una niña, un animal, un árbol, un

mago, un hada... Piensa por qué te gustaba tanto, en qué se parecía a ti.

- ¿Cómo consigue el personaje ser amado? ¿Qué hace? ¿Qué cualidades desarrolla?
- ¿Cuáles son los sentimientos preferidos de ese personaje? La tristeza, la alegría, el miedo...
- ¿Qué otros personajes acompañan a la persona principal? ¿Qué papel juegan?

3. Compartiendo las historias favoritas. Voluntariamente, quien quiera narra al grupo su historia, la cuenta con todos los detalles que recuerde y dice cuál era su personaje preferido, con quien se identifica y por qué. En este momento no se analiza, solo se cuenta la historia, todas las historias son perfectas, porque en las vivencias no hay «cosas mal hechas», no debe haber juicio.

4. Reflexiones compartidas:
 - Sobre los estereotipos de género que han influido en la socialización en la infancia de las personas que lo han contado y si



existen en las historias contadas diferencia entre los personajes masculinos (héroes solitarios, aventureros, activos, salvadores...) y femeninos (cuidadores, amor romántico, pasivos, generosos...).

- Sobre cómo ha influido el mandato social en la propia historia, desde la infancia, en el presente y cómo se imaginan en el futuro, dentro de quince años, cuando sean personas adultas (35-40 años), dónde estarán, en qué trabajarán, con quién vivirán.

Material

- «La historia favorita». Adaptado del ejercicio descrito por la autora Fina Sanz en *Los vínculos amorosos: amar desde la identidad en la terapia de reencuentro* (6.ª ed.). Kairós, 2003, p. 138. ISBN: 9788472453616.
- Música para ayudar a la relajación.



BIBLIOGRAFÍA

Arnett, Jeffrey (1992). Socialization and adolescent reckless behavior: A reply to Jessor. *Developmental Review*, 12, 391-409.

Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (2003). La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas. Barcelona: Paidós.

Bernuz-Beneitez, M.^a José y González Álvarez, María (2020). La influencia del desarrollo moral de los adolescentes en su comportamiento antisocial auto-reportado: el caso de las adolescentes. *Oñati Socio-legal Series*, 10(2). ISSN: 2079-5971: <https://doi.org/10.35295/osls.iisl/0000-0000-0000-1081>

Bonino Méndez, Luis (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, 6, 7-36. ISSN 1139-1219, ISSN-e 2340-4930. (Ejemplar dedicado a: Masculinitats: mites, de /construccions i mascarades).

Brown, Rupert (2000). Social Identity Theory: past achievements, current problems and future challenges. *European Journal of Social Psychology*, 30, 745-78.

Feixa, Carles (2014). De la Generación x a la #Generación. Barcelona: Editor Service. ISBN: 978 8494236471.

Harris, Judith (1995). Where Is the Child's Environment? A Group Socialization Theory of Development. *Psychological Review*, 102(3), 458-89.

Loehlin, J. (1997). A Test of J. R. Harris's Theory of Peer Influences on Personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(5), 1197-1201.

Magallanes, Ana (2018). *Las aventuras de Minicornio*. Ed. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. https://www.youtube.com/watch?v=opQPG_NGxEY

Tarrant, Mark. (2002). Adolescent Peer Groups and Social Identity. *Social Development*, 11, 110-23.

Yubero, Santiago; Larrañaga, Elisa; Navarro, Raúl y Elche, María. (2018). Padres, hijos e internet. Socialización familiar de la red. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1-13.



SEMINARIO 2.

¿CÓMO USAMOS EL LENGUAJE? USO INCLUSIVO Y NO SEXISTA DEL LENGUAJE

Soledad Vázquez Santiago y Eugenia Gil García

Nos enseñaron que la lengua es neutra y el masculino sirve para el genérico y universal. Al hacer este uso, se le otorga al hombre la categoría de sujeto social, sin pensar en que resulta discriminatorio para las mujeres y que las invisibiliza. El genérico masculino es el referente y el femenino se diluye en él. Por tanto, produce una sobrevaloración de lo masculino y así las mujeres no encuentran modelos de referencia en los que apoyarse a través del lenguaje.

El lenguaje, como vehículo del pensamiento y de las relaciones personales, informa sobre todos los ámbitos de pensamiento humano. A través del lenguaje nombramos la realidad, la interpretamos y la creamos simbólicamente. Las palabras comunican nuestro modo de ver el mundo, nuestro pensamiento. Si eres sexista y patriarcal, vas a transmitir esa ideología. Es decir, condiciona

nuestro pensamiento y determina nuestra visión del mundo, por tanto, desempeña un papel muy importante en los procesos de socialización, en la construcción del imaginario social y la conformación de la identidad.

Pero, por otro lado, está preñado de posibilidades de evolución. Es por ello por lo que se configura como un instrumento de cambio que puede utilizarse a nuestro favor y ayudar a cambiar la situación de subordinación que siguen sufriendo las mujeres en nuestra sociedad. Para ello, como en otros avances de la situación de las mujeres, es preciso que el asunto se incorpore a la agenda pública. En este sentido, la primera referencia normativa respecto a la comunicación inclusiva data de 1990, cuando el Consejo de Europa recomienda la eliminación del sexismo del lenguaje, incorporando toda



una serie de iniciativas, especialmente en textos jurídicos, educativos y de la Administración pública, y muy especialmente en los medios de comunicación. Otra referencia más reciente se encuentra en la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, en su artículo 14.

Otorgar a las mujeres a través del lenguaje el lugar y la importancia, tanto social como individual, que les corresponde es un signo de progreso y una muestra de sensibilidad. Pero no hay que minimizar un hecho fundamental: también es una cuestión de equidad. Mientras el uso cotidiano de la lengua siga haciendo invisibles a las mujeres, no conseguiremos una sociedad igualitaria. Excluir uno de los sexos del mundo es un

error imperdonable y una ofensa directa a la mitad de la población.

Además del propio lenguaje, es fundamental que las organizaciones incorporen la perspectiva de género en toda la comunicación que lleven a cabo, revisando con asiduidad si el trato que ofrece es sexista y, de ser así, cambiarlo.

A continuación, se presentan algunas actividades para conseguir los objetivos planteados. En cada una de ellas se proponen distintos ejercicios. Quedan fuera de este espacio limitado otros muchos. Aconsejamos a la persona que conduce el seminario que revise las guías que aparecen en la bibliografía de este seminario para ampliar o incluir otros aspectos y/o ejemplos.



Actividad 1. Estereotipos y lenguaje: ¿Herramienta de desigualdad?

Objetivos

- Analizar el androcentrismo que supone el uso del género gramatical masculino como universal para referirnos tanto a varones como a mujeres y sus efectos en la invisibilidad de las mujeres.
- Valorar el lenguaje como mecanismo para la socialización de género.
- Visibilizar y detectar el uso sexista del lenguaje en la vida diaria y en las organizaciones.
- Proporcionar estrategias para superar el sexismo en el lenguaje.

Estrategia metodológica: pensamiento crítico, test de habilidades, grupo de discusión.

Procedimiento

Para plantear el tema, la persona que conduce el seminario hace una breve introducción sobre el concepto de androcentrismo en el lenguaje y

de los aspectos referidos en la introducción de este seminario y para que el grupo de estudiantes vaya tomando conciencia, se lee la noticia Bibiana Aído «El desafío por la igualdad de género merece también un desafío con el lenguaje».



Utilizamos el enfoque androcéntrico en nuestra expresión cuando a las mujeres se las identifica en función de su relación con un varón: «En la fiesta los invitados y sus mujeres/ En la fiesta, las personas invitadas». O este otro ejemplo: «Denuncian la explotación sexual de niños en campos de refugiados». (¿Solo niños?, ¿y las niñas?).



“-Cuando yo uso una palabra –insistió Humpty Dumpty con un tono de voz más bien desdeñoso- quiere decir lo que quiero que diga..., ni más ni menos.

-La cuestión es –insistió Alicia- si se puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.

-La cuestión –zanjó Humpty Dumpty- es saber quién es el que manda. Eso es todo.”

(“Alicia a través del espejo”,
Lewis Carroll, s. XVIII)



El resultado del mal uso y abuso del masculino como genérico: masculiniza el pensamiento, afianza estereotipos y oculta la presencia de las mujeres en el mundo.

La dinámica que seguirá será:

1. Lluvia de ideas. Con esta introducción se abre un turno de intervenciones para que los/las estudiantes intervengan y lancen sus opiniones/percepciones. Se trata de comprobar el supuesto de donde se parte, qué piensan y utilizan las personas presentes. Una vez finalizado el seminario, se comenta si han cambiado la perspectiva inicial.
2. Pueden salir posiciones opuestas, por tanto, se plantean distintas actividades para analizarlo con más profundidad. El alumnado trabajará por parejas. Se plantean las actividades y los ejercicios correspondientes de uno en uno, dejando un tiempo para su realización, y se corrigen antes de pasar al siguiente. Se van aclarando las dudas que puedan surgir en relación con cada ejercicio.



Ejercicio 1

Nombrar es reconocer que el otro o la otra existen, que están en el mundo.

Se entrega a los estudiantes una serie de frases y se les pide que las reformulen sin usar el masculino genérico. A modo de ejemplo:

SE DICE:

SE DEBE DECIR:

A continuación, **nombra a los profesionales:**

En el *DRAE* (22.^a edición) encontramos resistencias y el androcentrismo «se cuela» en los ejemplos.

Procederemos planteando que nombren a las mujeres profesionales que aparecen en la columna de la izquierda para que ofrezcan alternativas usando el femenino y/o genéricos que incluyan ambos sexos: los ciudadanos, los amigos, los trabajadores, los profesores, los alumnos, los enfermos, los pacientes, los hijos. La persona que modera el seminario

Tabla 1. Ejemplo para el ejercicio 1: Nombrar es reconocer que el otro o la otra existen

SE DICE	SE DEBE DECIR
Los derechos del hombre	Los derechos de las mujeres y de los hombres
Los derechos humanos	Los derechos de las personas
Todos los indígenas se manifestaron	Las indígenas y los indígenas
Los indígenas	El pueblo indígena
Los señores de la tercera edad	Las señoras y los señores de la tercera edad. Las personas de la tercera edad
La Convención de los Derechos del Niño	La Convención de los Derechos de los Niños y Niñas de la infancia. De la niñez
La Asociación de padres de familia	La Asociación de Padres y Madres de familia



propone que busquen otros términos usuales o de su entorno y hagan lo mismo. Deben elegir fórmulas eficaces (económicas e influyentes).

Tabla 2. Nombra a los profesionales

NOMBRA: PROFESIONALES	
La juez	La jueza
La médico	La médica
La ingeniero	La ingeniera
La líder	La lideresa
La presidente	La presidenta

Ejercicio 2

Prueba tus habilidades con el «salto semántico»

Se propone otro ejercicio al alumnado, se inicia una frase o un discurso utilizando un término de género gramatical masculino que supuestamente incluye hombres y mujeres para luego comprobar que solo se refiere a los varones. A esto se llama «salto semántico».

Ponte a prueba:

Se ofrece una ficha con las frases de la izquierda «Se dice» para que completen el apartado de «Se debe decir» (se pueden plantear más ejemplos).

Tabla 3. Prueba tus habilidades con el «salto semántico»

SE DICE	SE DEBE DECIR
Había gran número de aficionados y también muchas mujeres.	Había gran número de aficionadas y aficionados.
Todos fueron a apagar el incendio, menos las mujeres y los niños.	Todos los varones fueron a apagar el incendio. Se quedaron las mujeres, los niños y las niñas.
En la Biblia están las normas para los creyentes. No pueden tener más de una esposa.	En la Biblia están las normas para los varones creyentes. No pueden tener más de una esposa.
Los jóvenes bailaron sin parar.	Los jóvenes, de ambos sexos, bailaron sin parar
A la manifestación acudieron muchos funcionarios y también las mujeres.	A la manifestación acudieron muchos funcionarios y funcionarias.



Ejercicio 3

Revisar expresiones que afianzan estereotipos

Reflexionar sobre expresiones del lenguaje cotidiano que llevan un mensaje prejuicioso que afianza los estereotipos de género. Se ofrecen algunos ejemplos y se insta a los estudiantes a que encuentren otros que les resulten comunes o cercanos y visibilicen el significado.

Ejemplos como «eso es cosa de niñas», «la aspiradora de mamá», «el coche de papá», etcétera.

O bien que, cuando nos dirigimos a nuestros hijos o hermanos, a nuestras hijas o hermanas, lo hagamos con palabras y tono diferentes, por ejemplo, para las niñas «bonita», «princesa», «preciosa» y, en cambio, para los niños «campeón», «fortachón», «trasto».

Macho y hembra

Emplear pares incorrectos diferencia negativamente a las mujeres:

Tabla 4. Ejemplo de nombrar cualidades desiguales para hombres y mujeres

A LOS HOMBRES	A LAS MUJERES
Los señores visitaron atentamente las nuevas instalaciones del museo.	Un grupo de mujeres elegantes visitaron las nuevas instalaciones del museo.
El presidente dio un discurso brillante.	La presidenta iba a la última moda.
Es un niño fuerte y valiente.	Es una niña amorosa y buena.
Sexo fuerte.	Sexo débil.

«Hembra» y «macho» se refieren a animales. «Varón» y «mujer» se refieren a personas. El par varón-hembra es sexista y vejatorio para las mujeres.

Cómo no calificar con estereotipos a las mujeres

No califiques con estereotipos a las mujeres: muchas veces queremos «adornar» con calificativos a las mujeres: «sacrificada», «maternal», «cuerpazo», «exótica», «ingenua», «buena». Se suele recurrir



a la minusvaloración e infantilización: «gatita», «nena», «gordi», «enana»...

Otras, para denunciarlas, usando palabras como «traicionera», «celosa», «chismosa», «calentadora», «mala», «coqueta», «atrevida» y otros. Todos estos términos esconden significados patriarcales discriminadores o estereotipos que los perpetúan.

Evita emplear cualidades desiguales para mujeres y para hombres:

Tabla 5. Duales aparentes II

Verdulero: hombre que vende verduras	Verdulera ¿?
Sargento: suboficial militar	Sargenta ¿?
Honesto: hombre que no roba	Honesta ¿?
Pares Incorrectos : En femenino indican una categoría profesional más baja	
Secretario: hombre con un alto cargo	Secretaria ¿?
Solterón: un buen partido para el matrimonio	Solterona: ¿?

Se reflexiona y comentan en grupo. Al finalizar las distintas actividades de este ejercicio se insta a los y las estudiantes a pensar y comentar las que suelen utilizar sin poner la conciencia y sin reparar en el significado, también las que se utilizan en las canciones, programas y series de televisión, etc. Sacar conclusiones que puedan aplicar en sus expresiones del día a día.

Ejercicio 4

Duales aparentes

¿Significan lo mismo?

Comenta el significado del masculino y el femenino de los términos que aparecen en el gráfico 1.

Duales aparentes. Evita el uso de palabras cuyo significado, aunque se parezcan, es peyorativo o subalterno para las mujeres.



✓ Hombre público:	✓ Patrimonio:	✓ Zorro:
✓ Mujer pública:	✓ Matrimonio:	✓ Zorra:
✓ Hombre de la vida:	✓ Héroe:	✓ Perro:
✓ Mujer de la vida:	✓ Heroína:	✓ Perra:
✓ Hombre Aventurero:	✓ Un Atrevido:	✓ Hombre Callejero:
✓ Mujer Aventurera:	✓ Una Atrevida:	✓ Mujer Callejera:
✓ un Cualquier:	✓ Solterón:	✓ Hombrezuelo:
✓ una Cualquiera:	✓ Solterona:	✓ Mujerzuela:
✓ Asistente:	✓ Suegro:	✓ Gobernante:
✓ Asistenta:	✓ Suegra:	✓ Gobernanta:

Gráfico 1.

Tabla 6. Calificativos desiguales para la misma conducta

CONDUCTA	MUJER	VARÓN
Insistente	Terca	Tenaz
Desinhibida	Desvergonzada	Espontáneo
Temperamental	Histérica	Apasionado

CONDUCTA	MUJER	VARÓN
Lista	Preguntona	Inteligente
Si no se somete	Dominante	Firme
Si cambia de opinión	Voluble	Reconoce errores
Que tiene ambiciones	Interesada	Con metas



CONDUCTA	MUJER	VARÓN
Si tiene varias relaciones sin casarse	Puta	Experimentado
Mujer pública/hombre público	Puta	Personaje prominente
Zorra/zorro	Puta	Audaz y justiciero
Aventurera/aventurero	Puta	Osado, valiente
Callejera/callejero	Puta	De la calle, urbano

Tabla 7. Recursos Gráficos

EXPRESIÓN COMÚN	EXPRESIÓN NO SEXISTA
El médico	El médico/ca o médic@
Los niños	Los niños/as o niñ@s

¿Y el piropo?

¡Hey, culito!..., qué buena estás y qué culo tienes..., ¡por ti sí dejaba yo todo!

- ✓ ¿Qué se entiende normalmente por piropo?
- ✓ ¿Qué entiendes tú?
- ✓ ¿Sueles decir piropos? ¿Por qué?
- ✓ ¿Te suelen decir piropos? ¿Te gusta que te los digan? ¿Por qué?
- ✓ ¿Crees que los piropos pueden ser una forma de agresión? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué sexo recibe más piropos? ¿Por qué crees que es así?

Chistes

Es cierto que el humor conquista los corazones, porque nos permite reír y olvidar los problemas cotidianos. El tema es que hacer humor sin caer en estereotipos es muy difícil. Así que acudimos a lo fácil, a los chistes groseros, sexuales, ridiculizando a las personas homosexuales, a las mujeres, a gente indígena o negra, a discapacitados y discapacitadas.

Ese tipo de chistes, que son de gran aceptación social, son vehículos perfectos para legitimar la violencia de género, para naturalizar las discriminaciones y transmitir el patriarcado.



Veamos algunos:

1. *¿Qué es lo que le dura a una mujer tres o cuatro días?*
El sueldo de su marido.
2. *¿Ustedes saben por qué las mujeres se pasan tomando agua durante todo el día y toda su vida?*
¡Pues porque el 99 % de sus problemas los solucionan llorando!
3. *¿Conoces el castigo para la bigamia?*
Tener dos suegras.
4. *Mamá, ¿qué haces frente a la computadora con los ojos cerrados?*
Nada, hijo, es que Windows me dijo que cerrara las pestañas.

Analicemos los chistes anteriores y descubramos los antimensajes y estereotipos que transmiten. Mejor no utilizarlos, ¿no crees? Pon atención en tus ratos de ocio.

Recursos gráficos: barras, arrobas y guiones

Aunque ofrezcan soluciones, sobre todo en mensajes cortos y lenguaje coloquial/virtual, no es aconsejable su uso en otro tipo de documentos.

Las barras son formales y aplicables en cualquier caso. La arroba «consumidor@» no es un signo lingüístico, aunque se ha popularizado su uso en internet y en la publicidad, pero no se debe utilizar fuera de ese contexto.



Actividad 2. La regla de la inversión

Una parte muy importante del trabajo de los profesionales sanitarios es comunicar, debemos hacerlo de la mejor manera posible, incluyendo las reglas dadas en este seminario, los muchos recursos de la lengua española que no usamos, y con la creatividad necesaria para que nuestros informes e intervenciones sean atractivos, interesantes y reflejen las realidades cambiantes de nuestra época. No es solo la forma lo que hay que cuidar, sino también el fondo.

Un ejercicio muy recomendado para detectar el **sexismo lingüístico** es la **regla de inversión**, que consiste en sustituir la palabra dudosa por su correspondiente de género opuesto. Si la frase resulta inadecuada, es que el primer enunciado era sexista.

Ejemplo: «A la inauguración podrán acudir los concejales acompañados de sus mujeres».

Si aplicamos la regla de la inversión, la frase resultante no es correcta socialmente:

«A la inauguración podrán acudir las concejales acompañadas de sus hombres».

Por parejas se propone trabajar el siguiente ejemplo:

Se les distribuye la siguiente frase y se les pide que pongan en femenino lo que está en masculino y luego, observando ambos, lo analicen y re-escriban incorporando el lenguaje no sexista y la perspectiva de género.

El VIH/SIDA se ha convertido en una epidemia a nivel mundial. Ya son 38 millones los afectados, sobre todo en los países del África del Sur. Los funcionarios de salud temen por la vida de estos, ya que los antirretrovirales no son fáciles de conseguir.

La persona encargada del taller debe incidir en que, tal como está redactada la nota, muestra sexismo lingüístico y sexismo social. Se utiliza el masculino como genérico y se esconde la realidad de que hay cada vez más mujeres afectadas.



En un segundo paso, se les pide que apliquen la regla de inversión (a modo de referencia, debe salir algo así):

El VIH/SIDA se ha convertido en una epidemia a nivel mundial. Ya son 38 millones las afectadas, sobre todo en los países de África del Sur. Las funcionarias de salud temen por la vida de estas, ya que los antirretrovirales no son fáciles de conseguir.

Cada pareja da cuenta de su ejercicio. Con los resultados obtenidos se plantean a cada pareja las siguientes cuestiones:

- *¿Se publicaría así esta noticia? ¿Qué tiene de extraño? ¿Causa sorpresa?*
- *Reflexión: tal como está redactada, parecería que hay 38 millones de mujeres afectadas.*
- *Por último, pedimos a cada pareja que reescriba esa misma nota, pero aplicando la perspectiva de género y un lenguaje no sexista. A esta cuestión deben responder algo parecido a:*

El VIH/SIDA se ha convertido en una epidemia a nivel mundial. Ya son 38 millones los varones y las mujeres que viven con la enfermedad, sobre todo en

los países del África del Sur. El número de mujeres afectadas ha aumentado considerablemente, significando en estos momentos el 50% de los casos; la mayoría de ellas han adquirido el virus por sus parejas. El sistema de salud teme por la vida de estas personas, ya que los antirretrovirales no son fáciles de conseguir.

Se comentan las propuestas de cada pareja, llevando el debate a:

- *En esta última redacción se añaden datos y así la noticia o el informe queda más completo. Se incluye a las mujeres no solamente gramaticalmente, sino también visibilizando su situación con respecto al VIH/SIDA. Así eliminamos el sexismo del lenguaje. Y de la cabeza.*

Para terminar de afianzar el método de la regla de inversión, especialmente recomendado para que lo podamos utilizar correctamente (en sentido gramatical y en lo simbólico), se propone al grupo una reflexión con relación al uso correcto y al significado de los términos «enfermería» (disciplina y profesión) y «enfermera» y «enfermero» (los profesionales que la practican).



En la práctica, los propios profesionales, el resto del equipo sanitario y hasta la ciudadanía a la que cuidamos lo utilizan de forma incorrecta, perdiendo visibilidad el colectivo enfermero y sus profesionales. Al sustituir en el día a día el término «enfermera» por «la enfermería»..., ¿qué te sugiere?, ¿qué somos?, ¿un ente?, ¿connotación religiosa?, ¿algo abstracto no tangible? Cuando tengas dudas sobre su utilización, aplica la regla de la inversión, cambia por «medicina», «médico», «médica», «la medicina...», ¡seguro que te sorprende... y te choca el uso que hasta ahora has hecho!

Ejemplos

Imaginemos el discurso de un profesional directivo, gerente o gerenta... que afirma «la enfermería de este hospital...», refiriéndose a las enfermeras de ese hospital. Es la expresión que se suele utilizar por todo el personal de las instituciones sanitarias y, sorprendentemente, las/los profesionales de enfermería se sienten reconocidas/os con este término. ¿Qué implica?

Para ayudarte, reflexiona sobre lo siguiente:

¿Te suena bien el discurso si, en vez de hablar de médicos, o de los profesionales de la medicina, el gerente expresara en su discurso... «la medicina de este hospital...»? Es impensable. Lo expresaría diciendo: «Los médicos de este hospital...». ¡Cuando se está refiriendo a los profesionales! Sin embargo, decimos en el segundo ejemplo: «Los médicos de este hospital...». Y suele ser normal, se suele «encontrar normal» la expresión de «la enfermería» (cuando también se refiere a los profesionales que la practican).

En relación con todo lo trabajado, se insta al grupo de estudiantes:

- *A que pongan algún ejemplo que les haya pasado inadvertido (en las clases, seminarios, prácticas, en los centros asistenciales...).*
- *A pensar en la utilización del lenguaje no sexista e incluso en la comunicación oficial de la universidad, de la documentación clínica y de cualquier otra proveniente de organismos*



públicos o privados que hayas utilizado. También en páginas web, redes sociales, revistas...

- *A reflexionar: ¿hacemos un uso correcto?, ¿nos ayuda, nos perjudica?, ¿sé distinguirlos?, ¿los utilizo bien?*
- *A reflexionar y plantear mecanismos que estén a su alcance para desterrar el sexismo en el lenguaje. Cada estudiante elabora su propuesta y se comenta en grupo.*

Por último, la persona que conduce el seminario debe «arrancar» un compromiso en este sentido.

Material

- Ejemplos extraídos de la bibliografía referenciada.
- Artículos de prensa.
- Diferentes guías referidas en la bibliografía.
- Programas para corregir el lenguaje sexista en tus textos:
 - Programa NombraEnRed. <http://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/materiales/nombraEnRed.htm>.
 - Themis (corrector online). <http://www.themis.es/>.
 - La Lupa Violeta (corrector de textos). <http://www.factoriaempresas.org/productos/#lalu-pavioleta>.



BIBLIOGRAFÍA

Aído, B. (26 de octubre de 2020). El desafío por la igualdad de género merece también un desafío con el lenguaje. *Público*.

Calero Vaquera, María Luisa (1994). «Ciudadanos/as todos/as...» (sobre usos y abusos de la distinción de género). *Glosa: Anuario del Departamento de Filología Española y sus Didácticas*, 5, 9-22. ISSN 1130-4510.

De la Peña Palacios, Eva. V. (2007). Lenguaje no sexista. *Cómo hablamos, -o/a*. En: *Fórmulas para la igualdad. Ni + ni – = a 2*. Vol. 5. Madrid: Mancomunidad de Municipios Valle del Guadiato. <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD5vert.pdf>.

Garí Pérez, Aitana (2006). *Hablamos de salud. En femenino y en masculino*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Lenguaje, 5. <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Lenguaje/Hablamos%20de%20salud.pdf>.

Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Ministerio de Igualdad. Serie lenguaje. <https://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/educacion/publicaciones/serieLenguaje/home.htm>.

Meana, Teresa (2002). *Porque las palabras no se las lleva el viento. Por un uso no sexista de la lengua*. Ayuntamiento de Quart de Poblet.

Murillo Alba, J. (2018). *Guía para un uso no sexista del lenguaje: incluye una mirada especial al empleo y la discapacidad*. Fundación ONCE. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-uso-no-sexista-lenguaje-fundacion-once.pdf>.

Rodríguez Hevia, Gloria (2003). *¿Qué es...? El lenguaje sexista. Construyendo contigo la igualdad*. Instituto Asturiano de la Mujer.



SEMINARIO 3.

REPARTO DE ESPACIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS. TRABAJO PRODUCTIVO Y REPRODUCTIVO

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz

EL REPARTO DEL ESPACIO SOCIAL: ESPACIOS PÚBLICOS-ESPACIOS PRIVADOS

El patriarcado supone la diferente y desigual valoración de lo masculino y lo femenino, y la distinción entre público y privado tiene un carácter ideológico que deviene directamente de la organización social patriarcal y conlleva un mandato claro sobre los espacios y las actividades que se desarrollan en los mismos: el espacio público es masculino y el privado es el que se destina a las mujeres. Esto conlleva esferas de poder a todos los niveles: económico, social o simbólico, entre otros, como el derecho a disfrutar de los espacios. De este modo, aunque las mujeres nunca hayan sido explícitamente excluidas de la vida pública, sí han sido excluidas del contrato social, y su modo de estar en ella va asociado a la posición que tenga en la vida privada. Lo público y lo

privado constituyen, según Celia Amorós (2005), una invariante estructural que articula las sociedades jerarquizando los espacios.

A pesar de las diferencias históricas, esta distribución tiene una característica recurrente: las actividades más valoradas y que tienen mayor prestigio las realizan prácticamente en todas las sociedades los hombres en el espacio público, que es el espacio del reconocimiento. En cambio, el espacio privado es el espacio de lo invisible, de lo que no se ve ni es objeto de apreciación pública en cuanto a poder, reconocimiento o prestigio. El espacio público se identifica con el ámbito productivo, donde tiene lugar la vida laboral, social, política o económica. Es el lugar de participación en la sociedad y del reconocimiento. En este espacio es donde se han colocado los hombres tradicionalmente. El espacio doméstico



se identifica con el ámbito reproductivo, con la inactividad donde tiene lugar la crianza, los afectos y el cuidado de las personas dependientes, es decir, donde se desarrollan las necesidades humanas básicas (NHB) y donde se cubren las necesidades personales. En este espacio del cuidado es donde se ha colocado tradicionalmente a las mujeres.

El espacio privado, como señala Soledad Murillo (2006), es el espacio y el tiempo propio que no se dona a otras personas, que se procura para uno o una misma, es ese espacio del tiempo singular, lugar de lo propio, la condición de estar consigo mismo de manera crítica y reflexiva, es el culto a la individualidad y responde a la cualidad de ocuparse de sí mismo, alejado del espacio doméstico o del público. Y en este sentido la privacidad es una parcela de la que disfrutaban principalmente los hombres y que, en el caso de las mujeres, tiende a confundirse con lo doméstico.

Pierre Bourdieu (1998) plantea que, en la división sexual del trabajo, la estructura del espacio y la estructura del tiempo son parte de la división de

las cosas y de las actividades. En tal sentido, la distinción público/privado obedece también a la finalidad de invisibilizar a la mujer y a las actividades que se desarrollan en el ámbito doméstico, y visibilizar al hombre y a las actividades que se desarrollan en el ámbito público. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya.

La identidad de género comienza desde la infancia: las mujeres aprenden qué se espera de ellas, y se trata de un proceso complejo, en continua dialéctica con la sociedad. Puesto que las tareas domésticas están asociadas a lo femenino, las mujeres continúan realizando más trabajo doméstico, porque esto forma parte de la construcción de su identidad de género, de su feminidad. Los roles y estereotipos de género tradicionales siguen teniendo una gran influencia en la división de tareas en el hogar, en la educación, en la carrera profesional, en el trabajo y en la sociedad en general. Por tanto, las mujeres deben estar en la casa y no deben ocupar este espacio público. Si lo hacen, son consideradas intrusas según los



lugares o franjas horarias y deben asumir que se están poniendo en riesgo. Esta valoración social subyace en las valoraciones que se hacen fundamentalmente de las mujeres que incumplen estas reglas no escritas. Es el mandato patriarcal en las sociedades formalmente igualitarias, como la nuestra, y las de los países occidentales, cuando se da una sentencia judicial en la que se revictimiza a una mujer que ha sufrido algún tipo de violencia sexual y se argumenta con los horarios en los que estaba en la calle (García-Carpintero, 2020).

Uno de los primeros pensadores que define y analiza el trabajo doméstico o reproductivo como elemento clave de la organización social es Karl Marx en su obra *El capital* (1869). De acuerdo con la concepción materialista, sostiene que el trabajo de las mujeres es un elemento clave para el sistema capitalista, ya que no se remunera y finalmente ayuda a generar plusvalía extra, ya que reproduce nuevos trabajadores y ayuda a cuidarlos y mantenerlos: el trabajador como fuerza de trabajo, debe ser reproducido y que para sobrevivir necesita alimentación, vestidos, o vivienda, y además mantener la salud, mediante cuidados

cuando le falta. Esto se lleva a cabo mediante el trabajo doméstico, y este lo realizan las mujeres sin remuneración. Por lo que la opresión de la mujer es un elemento clave en el sistema capitalista, ya que sirve para generar plusvalía que se extrae posteriormente del trabajador.

Por su parte, Friedrich Engels (1884) integra el sexo en su teoría de la sociedad. En *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, apoya que el factor determinante en la historia es la producción y reproducción de la vida inmediata. Esto, a su vez, es de carácter dual: por un lado, la producción de los medios de existencia, de alimento, vestido, abrigo y las herramientas necesarias para esa producción; por el otro, la producción de los seres humanos mismos, la propagación de la especie. Sin embargo, el análisis de la reproducción de la fuerza de trabajo no explica ni siquiera por qué son generalmente las mujeres las que hacen el trabajo doméstico en la mayoría de las sociedades, y no los hombres.

Posteriormente, el trabajo reproductivo y el trabajo doméstico han sido definidos por otras



líneas teóricas de la economía feminista como «el trabajo no remunerado que se realiza para mantener a los miembros de la familia o de la casa, e incluye tareas como gestar, criar, cocinar, alimentar, enseñar, escuchar o asistir a las personas sanas y enfermas» (Pérez, 2014). Es un trabajo que tiene que ver directamente con la calidad de vida de las personas, el bienestar humano, y es fundamental para que la vida continúe, y por sus características se ha presentado muchas veces como opuesto al trabajo productivo o remunerado, y solo de manera reciente ha cobrado importancia su potencial impacto en la economía, como ilustra el cálculo de las cuentas satélite del trabajo doméstico (Organización de las Naciones Unidas, 2000). En consecuencia, dicha actividad es la que debiera servir de referente, y no el trabajo realizado en el mercado. Esto representaba un cambio de paradigma: el eje central de la sociedad y, por tanto, del análisis debería ser la actividad compleja realizada en el hogar, que permite a las personas crecer, desarrollarse y mantenerse como tales. Los dos componentes principales del trabajo doméstico son las tareas del hogar y las labores de cuidado.

Todas estas actividades tienen como características que satisfacen necesidades humanas básicas, ayudan en el sostenimiento de la vida, son universales y son clave para el funcionamiento de la sociedad: todos y todas somos dependientes y necesitamos cuidados en algún momento del ciclo vital (Coltrane, 2000).

Según la OIT (2019), este trabajo doméstico realizado por las mujeres no está incorporado al mercado laboral y no está económicamente remunerado, por lo que no tiene la consideración legal de empleo. Además, requiere gran cantidad de dedicación, tiempo y energía por parte de las personas que lo desempeñan, que no estarán disponibles para otra actividad. De aquí que las mujeres tengan menos posibilidades de acceder a trabajos remunerados en las mismas condiciones que los hombres, y esto supone, en la mayoría de los casos, no disponer de los mismos ingresos salariales, lo que es origen de una de las mayores causas de la pobreza específica de las mujeres. Con todo esto, se ha ido creando lo que algunas autoras señalan como la «deuda social» que la sociedad ha contraído con las mujeres, ya



que han sido el grupo humano que en todas las sociedades históricamente ha desarrollado los cuidados para satisfacer las necesidades de la población, atender la dependencia de niños y niñas, personas ancianas o enfermas, y posibilitar la reproducción social (Fineman, 2006; Carrasco, 2009). Ante este panorama, el movimiento feminista viene reivindicando desde hace tiempo que el doméstico es un trabajo.

ENCUESTAS DE USOS DEL TIEMPO

Existe un consenso sobre la utilidad e importancia de las encuestas de usos del tiempo. Por ello, es necesario conocer cómo se crean, cómo funcionan y las limitaciones que presentan. Las encuestas de usos de tiempo nacen a principios del siglo XX con la intención de proporcionar información sobre la vida cotidiana de una determinada población: estudiar el consumo de radio y televisión, analizar las pautas cotidianas de ocio y de consumo, determinar las condiciones de vida o conocer el empleo del tiempo de la población desempleada. Estas encuestas contabilizan las actividades que se desarrollan en un día promedio tomando como

magnitud el tiempo (horas y minutos). Esta es una forma de medir y entender el tiempo que está muy generalizada en las sociedades occidentales contemporáneas. Por ello, resulta fácil entender los resultados de dichas encuestas. Sin embargo, tiene ciertas limitaciones, ya que no permite atender a los aspectos subjetivos relacionados fundamentalmente con el cuidado.

Los sentimientos, las emociones y las preocupaciones que tienen que ver con la gestión y la organización doméstica no se pueden computar a través de estas encuestas. A pesar de estos inconvenientes, sí ha resultado una herramienta útil para el feminismo a la hora de visibilizar el trabajo de las mujeres en el ámbito doméstico-familiar.

Los datos de la Encuesta de Presupuestos de Tiempo de Eustat (que mide el uso del tiempo en la sociedad vasca en los últimos veinte años desde 1993 a 2013, y que coincide con los usos y costumbres generales de las sociedades occidentales), muestran que, en general, en un día promedio, distribuimos nuestro tiempo diario de la siguiente manera:



– La mitad del día, en necesidades humanas básicas (dormir, comer, higiene). Un cuarto del día al trabajo, tanto remunerado como no remunerado, y a la formación. Un cuarto del día al ocio (actividades sociales, ocio activo, como el deporte o pasear, y el ocio pasivo, como ver la televisión) y una décima parte a trayectos y desplazamientos.

Observamos que las mujeres trabajan de media siete horas más a la semana durante los veinte años de los que se disponen datos, y coincide con la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015, que se hace a nivel estatal y que valora el número de horas a la semana que las personas que trabajan dedican al trabajo principal, a un segundo empleo, a las actividades de trabajo no remunerado (cuidado y educación de sus hijos o nietos, cocinar y realizar tareas domésticas, cuidado de familiares ancianos o con alguna discapacidad, hacer un curso o formación, actividades deportivas, culturales o de ocio, políticas o sindicales, actividades de voluntariado o caritativas...) y al desplazamiento desde casa al trabajo y del trabajo a casa. Se proporciona información por sexo, tipo de jornada, tener hijos o no, y según si

la pareja trabaja o no. Y, según esta encuesta, las mujeres dedican siete horas semanales más que los hombres al trabajo (remunerado + doméstico). Con el aumento de la participación laboral de las mujeres en la última parte del siglo XX, algunos autores esperaban que se neutralizara esta especialización del trabajo por género, pero, a pesar de que existen evidencias de una mayor participación masculina en el trabajo doméstico en muchos países, el reparto igualitario no es frecuente.

De esta forma, las mujeres abastecen a la sociedad en mayor medida que los hombres de los bienes y servicios necesarios para la pervivencia. Esto es, la vida se sostiene mayormente por el trabajo desempeñado por las mujeres, tanto fuera como dentro de los hogares. Como contrapartida, ellas disponen de menos tiempo que ellos para el ocio, la vida social y los trayectos. Un desigual acceso al ocio, a la vida social, al tiempo propio y a la movilidad merma la capacidad de actuar de las mujeres, así como su bienestar físico y emocional. Si bien las mujeres dedican, en general, más tiempo al trabajo que los hombres,



la implicación en el trabajo de unas y otros no es igual. Ellas invierten más tiempo en el doméstico-familiar que ellos, y ellos más que ellas en el productivo-mercantil. Esta distribución se mantiene entre 1993 y 2013 (Legarreta, 2018). El grado de igualdad se considera no solo la contribución de cada miembro de la pareja al tiempo dedicado a las tareas, sino también quién hace qué (Domínguez, 2012). Según las teorías de la socialización, la mayor contribución de las mujeres al trabajo doméstico no se debe a las características del mercado laboral y a la aplicación de criterios racionales dentro del hogar, sino a su propia conciencia de género y a las normas sociales existentes. Concretamente, para el caso español los análisis previos han detectado que

las mujeres se enfrentan a una doble jornada laboral, dentro y fuera de casa. Las mujeres hacen una mayor proporción de las tareas en todas las parejas.

Algunas necesitan más tiempo que otras y, además, algunas deben llevarse a cabo cada día o con frecuencia en un horario determinado, son rutinarias y difíciles de posponer (cocinar, limpiar, lavar). Y los hombres, incluso cuando las desarrollan, se dedican a las tareas más placenteras (jardín, bricolaje), a las externas (compras y recados) y a las ocasionales (cocinar en fines de semana). Las parejas homosexuales y las parejas no casadas tienen un reparto más igualitario de las tareas del hogar (Kurdek, 2001).



Actividad 1. El trabajo doméstico en cómics

Objetivos

- Facilitar el conocimiento de las tareas de mantenimiento y cuidados que se proveen en el hogar a los distintos miembros que lo componen.
- Identificar las distintas tareas domésticas, el trabajo que implica cada una y el horario que se emplea en ellas.
- Cuantificar el tiempo en horas y la dedicación que suponen las distintas actividades que se realizan.
- Identificar si el reparto de dicho trabajo es equitativo entre los miembros que componen el grupo de habitantes de la casa.

Estrategia metodológica: videofórum y grupos de discusión.

Facilitar el conocimiento de la influencia de los estereotipos de género en el reparto de las labores

familiares y domésticas: el cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar, cómo repercute la doble jornada laboral en el desarrollo y la promoción profesional. Los techos de cristal, la forma de revertir esa situación y los condicionantes actuales para que no se produzcan.

Procedimiento

En la primera hora de la sesión se proyectará un cómic sobre la doble jornada laboral de la mujer. Posteriormente se reflexionará sobre cómo repercute la distribución del tiempo sobre la vida personal, familiar y laboral de las mujeres.

Material

- Sorkunde. <http://www.youtube.com/watch?v=i-LjZgz7tlzs&feature=related>.
- *El sueño imposible. La igualdad de género (es un vídeo editado por la ONU que tiene como ventaja no tener barrera idiomática)*. <http://www.youtube.com/watch?v=S-jJGqLaTRc>.



Actividad 2.

¿De quién es la responsabilidad de la casa?

Objetivos

- Cuantificar en horas la doble jornada laboral, si recae la mayor parte del trabajo sobre la misma persona y la posibilidad o no de compatibilizarlo con la jornada profesional.
- Identificar los hándicaps que supone la dedicación doméstica con la carrera y la promoción profesional de las mujeres y argumentar las consecuencias del problema.

Estrategia metodológica: grupos de discusión.

Procedimiento

1. Se divide al grupo en dos subgrupos de cuatro a seis personas. Se les entrega el plano de una casa y se les pide que informen de las actividades que se desarrollan en cada espacio

de la casa, el número de horas y quién ocupa cada lugar de la misma, en su propia familia o una familia simulada de su entorno.

Situar a una persona dependiente en la casa (niño/a o anciano/a) y las tareas derivadas del cuidado de esa persona (guarderías, horarios de colegio y actividades extraescolares según la edad, asistencia a una unidad de estancia diurna en caso de anciano...).

Se pone precio a las horas y se hace un registro del valor de las tareas domésticas y su hipotética cuantificación en el mercado laboral.

2. Puesta en común de lo debatido por los subgrupos. En la segunda hora, cada subgrupo expondrá su caso y se analizará y debatirá si los espacios y las actividades se reparten de forma equitativa, quién ocupa las zonas estratégicas o preferentes (el sillón del salón, el mando de la tele...), y quién desarrolla las tareas y funciones de servicio y mantenimiento de la casa (limpieza, compra, plancha, cocina alimentos...) y qué coste tiene.



Material

- Plano de una casa.



Actividad 3.

Encuestas sobre el uso del tiempo.
Quién hace qué

Objetivos

- Facilitar el conocimiento de los datos de que informan las encuestas sobre el uso del tiempo en la población española desagregados por sexos.
- Debatir sobre las implicaciones que tiene el uso del tiempo en la brecha de género.

Estrategia metodológica: grupos de discusión.

Procedimiento

1. Se divide al grupo en dos subgrupos de cuatro a seis personas. Se les entrega la encuesta para analizar.
2. Puesta en común de lo debatido por los subgrupos. En la segunda hora, cada subgrupo expondrá su caso y se analizará y debatirá la evolución histórica del uso del tiempo. Quién hace qué en los hogares.



Material y referencias bibliográficas del material utilizado

- Encuestas españolas que miden el uso del tiempo diario desagregadas por sexos donde se valora el número de horas a la semana que las personas que trabajan dedican al trabajo

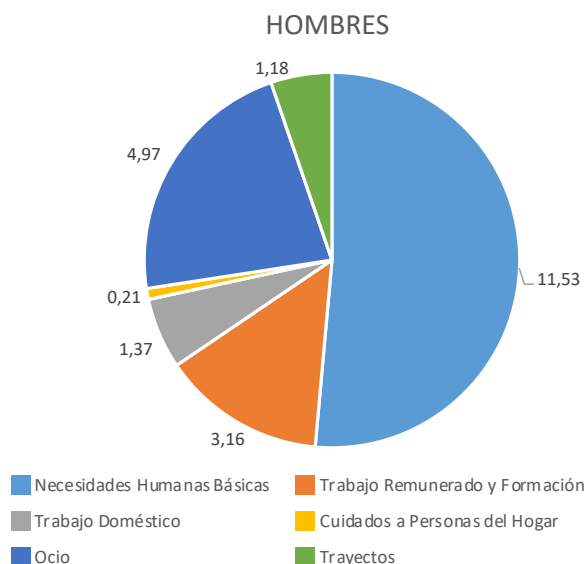


Gráfico 2. Dedicación de tiempo a actividades. Horas que dedican los hombres. Eustat (media datos, 1993-2013), gráfico de elaboración propia.

- remunerado, al trabajo no remunerado, al ocio y a los trayectos en cada día de la semana.
- Encuesta de Presupuestos de Tiempo de Eustat (que mide el uso del tiempo en la sociedad vasca en los últimos veinte años, desde 1993 a 2013).
- Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2015 (que se hace a nivel estatal).

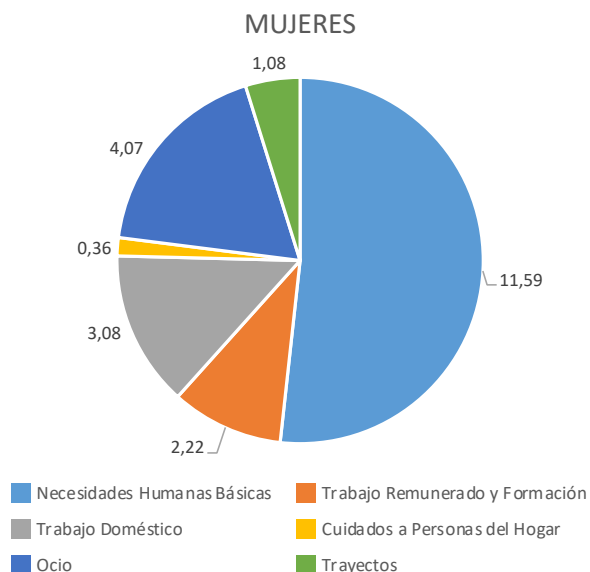


Gráfico 3. Dedicación de tiempo a actividades. Horas que dedican las mujeres. Eustat (media datos, 1993-2013), gráfico de elaboración propia.



BIBLIOGRAFÍA

Amorós, Celia y De Miguel, Ana (eds.) (2005). *Teoría feminista. De la Ilustración a la globalización*. 3 vols. Madrid: Minerva.

Bourdieu, Pierre (1998). *La dominación masculina*. Madrid: Editorial Anagrama. ISBN: 978-84-339-0589-5.

Carrasco Bengoa, Cristina (2009). Mujeres, sostenibilidad y deuda social. *Revista de educación*, n.º extra 1, 169-191.

Coltrane, Scott (2000). Research on Household Labour: Modelling and Measuring the Social Embeddedness of Routine Family Work. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1208-1033.

Domínguez Folgueras, Marta (2012). La división del trabajo doméstico en las parejas españolas: un análisis del uso del tiempo. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 70(1), 153-179, doi: [10.3989/ris.2009.08.26](https://doi.org/10.3989/ris.2009.08.26).

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2015). <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45>.

Encuesta de Presupuestos de Tiempo de Eustat. https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_77/opt_1/ti_Encuesta_de_presupuestos_de_tiempo/temas.html.

Engels, Frederik (1884). *El origen de la propiedad privada, la familia y el estado*. https://www.fundacionfedericoengels.net/images/PDF/engels_origen_familia_interior_alta.pdf.

Fineman, Martha (2004). *The Autonomy Myth. A Theory of Dependency*. Nueva York: The New Press.

Fineman, Martha (2006). Dependency and Social Debt. En D. Grusky y P. England (Ed), *Poverty and Inequality* (133-150). Stanford: University Press.

García-Carpintero, M.ª Ángeles; De Diego, Rocío; Pavón Benítez, Laura y Tarriño Concejero, Lorena (2020). 'Fear of walking home alone': Urban spaces of fear in youth nightlife. *European Journal of Women's Studies*, 1-15, doi: [10.1177/1350506820944424](https://doi.org/10.1177/1350506820944424)

Güezmes García, Ana; López Barajas, María de la Paz (2011). Mujeres, ONU, trabajo no remunerado y uso del tiempo: bases empíricas para su estudio. *Debate Feminista*, 44, 3-18. <http://www.jstor.org/stable/42625560>.

Legarreta Iza, Matxalen y Sagastizábal Emilio-Yus, Marina (2018). Haciendo visible el trabajo invisibilizado



(que no invisible): las encuestas de usos de tiempo en economía feminista. Visibilizar lo invisible. *Dossieres EsF*, 29, 25-29.

Marx, Karl (1869). *El capital*. <https://webs.ucm.es/info/bas/es/marx-eng/capital1/>.

Murillo, Soledad (2006). *El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI.

OIT (2020). *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo. Tendencias 2020*. http://www.oit.org/wcmstp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_734481.pdf.

ONU Mujeres (2020). *La mujer en el mundo 2020. Tendencias y estadísticas*. <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2019/6/press-release-progress-of-the-worlds-women-2019>.

ONU Consejo Económico y Social (2020). *Estadísticas y género*. <https://unstats.un.org/unsd/statcom/51st-session/documents/2020-17-GenderStats-S.pdf>.

Pérez Orozco, Amaia (2014). Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En: *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: Viento Sur.



SEMINARIO 4.

LOS VÍNCULOS AFECTIVOS. EL AMOR ROMÁNTICO

Rosa Casado Mejía y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz

El amor puede ser entendido desde lo más general a lo más particular, de lo universal a lo individual. Es un sentimiento universal, pero la forma en que expresamos el amor y el cómo lo expresamos con alguien en concreto es cultural, es una forma social (Sanz, 2019). Todas las personas compartimos universalmente esta capacidad amorosa y nuestros sentimientos no son ajenos a las configuraciones socioculturales, por más que intentemos unirlos espontáneamente como si fueran una determinación natural, es decir, amamos de manera condicionada está sujeto a aprendizajes sociales. Es nuestro marco cultural el que nos inculcará lo que entendemos por amor y por amar, y el cómo y a quién, y podríamos decir que existen tantos tipos de amor y tantas definiciones como tipos de personas. (Bosch *et al.*, 2013; Moreno y Sastre, 2010).

Carlos Yela (2003) refiere que al comenzar a hablar de amor debemos tener presente que el amor es un fenómeno que, aunque le acontece a una persona, está influido por factores que escapan a su control, a su voluntad y a su conciencia: factores biológicos –atracción por determinados rasgos físicos, o el nivel de determinadas hormonas en un determinado momento–; factores histórico-culturales –conceptos de belleza, noviazgo y matrimonio, o el propio concepto de amor normativo–; factores sociales –papel de los medios de comunicación de masas en la socialización romántica–; factores interpersonales –opiniones y comportamientos de nuestros amigos y amigas o el tiempo de convivencia con nuestra actual pareja–; y factores del propio individuo –autoestima, habilidades de comunicación u orientación sexual–.



En cada sociedad se nos enseña cómo amar y cómo amarnos. En la nuestra aprendemos que el amor ideal es el «el amor romántico» o amor pasional, y todo lo adscrito a ese amor actuará como «guion de vida» (Sanz, 2019). Este concepto de amor, que se nos ofrece socialmente, viene impregnado por la ideología patriarcal que lleva implícita la dominación de un sexo, el masculino, sobre el femenino, dando lugar a relaciones desigualitarias y asimétricas, que pueden incorporar e incluso legitimar la violencia y, por tanto, son factores de riesgo para la salud. Constituye una de las bases de la feminidad y masculinidad tradicional hegemónica que, como se tratará en el capítulo relacionado con el tema de la siguiente unidad de salud, generan desigualdades, llegando a ser el sustrato perfecto para la violencia machista.

Que se mantenga el amor romántico como vertebrador de las relaciones afectivo-sexuales tiene mucho que ver con los mitos de amor romántico que los sustentan y sitúan como única fuente de felicidad: este amor implica entrega total (Coria, 2001), el amante es quien da sentido a la

existencia, por lo cual a él se le perdona todo, se le justifica en todo momento. La mujer enamorada ve por los ojos de él y llega a confundir los celos, que no son más que una muestra de la necesidad de dominar al otro, como una prueba de amor. Esto conduce a relaciones inmaduras, crueles y dolorosas, unidas a la manipulación y al control. A través de su análisis se observa que la experiencia del amor romántico está fuertemente generizada, los mandatos de género nos hacen vivir el amor de forma distinta a los hombres y a las mujeres. Y esta forma diferente de vivir el amor consigue perpetuar el orden patriarcal y androcéntrico, manteniendo el dominio masculino y a las mujeres en un lugar de subordinación. Un «buen amor» será el que defienden autores como Erich Fromm (1956), una acción voluntaria que se emprende y se aprende y, por tanto, no es una pasión que se vive fruto del azar en la que no interviene la voluntad, sino que es un arte que requiere esfuerzo y conocimiento, decisión, elección y actitud.

El «mal amor», el «amor cautivo», es el amor que vivimos en nuestro contexto como «amor



romántico», es un amor construido, aprendido y alimentado en una sociedad desigualitaria, con diferentes mandatos, manifiestos y ocultos, para hombres y mujeres. Este «amor romántico», tanto por su conceptualización como por la educación y experiencias amorosas que promueve, parece formar parte de la estructura interna de la subordinación social de las mujeres (Esteban y Távora, 2008). Y lo realmente peligroso, y que aún hoy es una potente barrera interna para el empoderamiento de las mujeres, es la educación y la socialización de las mujeres para que hagan del amor el centro de sus vidas. Este amor lleva ocultos mensajes difíciles de visibilizar que obstaculizarán que las mujeres salgan de situaciones de maltrato, así como puede facilitar que entren en ella: ese amor llenará nuestra existencia, cubrirá todas nuestras necesidades, si fuera necesario habría que renunciar a todo por «ese amor», ese amor puede con todo, supera todo. Esta naturalización favorece la interiorización, lo que contribuye a que las mujeres se mantengan tanto tiempo en una relación de maltrato (Caro, 2015).

El conjunto de mitos alimenta la creencia de «la fuerza del amor», de que amar es suficiente para conseguir que la persona amada cambie a través de la entrega absoluta. Esto supone, además de idealizar al hombre amado, renunciar a los propios deseos y proyectos. Esta inversión afectiva tan descomunal conlleva una gran resistencia a visibilizar desigualdades, a justificar incluso la violencia, a «aguantar» por amor, aunque sea a costa de la pérdida de libertad individual (Ferrer *et al.*, 2010, 2018). Y desembarazarse del mito del amor romántico no es fácil: conlleva un proceso lento, un viaje interior convulso, pero también apasionante porque, por naturaleza, las mujeres no son sufridoras ni los hombres maltratadores, pero si se avanza sufriremos menos y disfrutaremos más del amor; otras formas de amarse son posibles.

Con el desarrollo de la conciencia de género podemos descubrir cómo «en nombre del amor» hay un gran entramado de mandatos de género para mujeres y hombres que están obstaculizando la igualdad material, así como facilitando y perpetuando actitudes y comportamientos de maltrato.



La ensayista feminista norteamericana Kate Millet (1984)* se refiere a él como el opio de las mujeres:

El amor ha sido el opio de las mujeres, como la religión el de las masas. Mientras nosotras amábamos, los hombres gobernaban. Tal vez no se trata de que el amor en sí sea malo, sino de la manera en que se empleó para engatusar a la mujer y hacerla dependiente en todos sus sentidos. Entre seres libres es otra cosa.

Y Marcela Lagarde (2000), coincidiendo con Esperanza Bosch y colaboradoras (2013), hace referencia al vínculo entre poder y amor:

En la visión feminista, el amor es histórico –está condicionado por las épocas y las culturas–, está especializado por géneros –tiene normas y mandatos diferentes para los varones y las mujeres– y va de la mano con el poder. El vínculo entre el poder y el amor es central en la visión feminista del amor.

Los «mandatos de género» aprendidos son difíciles de percibir; por tanto, es necesaria una formación que facilite deconstruir lo aprendido, que ayude a distinguir «buen amor» y «mal amor», «amor» y «enamoramiento» y, entre «amor» y «relación de pareja», que no es lo mismo (Yela, 2003).

Al patriarcado le conviene que las mujeres permanezcan encadenadas a esta ilusión del amor romántico, porque mientras nos abracemos a ella permanecerá la debilidad de las mujeres y no volverán la mirada hacia lo que verdaderamente importa: que las mujeres unidas, empoderadas en busca del bien común, pueden resultar muy peligrosas para el sistema (Herrera, 2018, 2019).

La formación en este sentido, desde una perspectiva integral y sensible a la perspectiva de género, el trabajo en profundidad de las creencias aprendidas, permitirá irnos deshaciendo de roles patogénicos y caminar hacia una libertad igualitaria (Caro, 2015).

* Entrevista publicada en el diario *El País* el 21 de mayo de 1984. Véase Bosch et al. (2013). <http://www.elpais.com/artículo/Sociedad/Kate/Milletamor/ha/sido>.



Actividad 1. Mitos románticos y subordinación de las mujeres

Objetivos

- *Fomentar el pensamiento crítico.*
- *Sustentar las propias vivencias y opiniones con artículos científicos sobre el tema del amor y su influencia en las desigualdades de género.*

Estrategia metodológica: comentario reflexivo.

Es importante contrastar las vivencias, las opiniones, etc., que surgen de los ejercicios grupales con la lectura reflexiva de otras autoras y autores sobre el tema que se va a tratar. Así se unirían emoción y razón, vivencia y ciencia, dándole argumentación teórica a lo reflexionado.

Este comentario reflexivo puede realizarse como actividad independiente, una actividad más del seminario o integrando los comentarios y las alusiones a los textos propuestos en todos los momentos de reflexión colectiva de los ejercicios,

pidiéndole a quienes participan que fundamenten sus vivencias y opiniones con las lecturas previamente establecidas.

Procedimiento

1. *Lectura de artículos: se les recomendará lectura previa a la realización del seminario de artículos seleccionados.*
2. *Comentario reflexivo: tras la lectura del artículo, se invita a realizar un comentario reflexivo en el que se relacione lo aprendido y trabajado (cuentos, películas, pareja ideal, amor verdadero...), razonando si, en la propia experiencia, hombres y mujeres tienen las mismas creencias, los mismos mitos. Comentar si algunos mitos podrían ser una semilla para el maltrato en la pareja y por qué.*

Material

Artículos:

Ferrer Pérez, Victoria A, Bosch, Esperanza; Navarro, Capilla (2010). Los mitos del amor romántico. Boletín de Psicología, 99, 7-31.



Esteban, M.ª Luz; Távora, Ana (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. Anuario de Psicología, 39(1), 59-73.

Actividad 2.

Una puerta llamada Amor

Estrategia metodológica: visualización dirigida y análisis de discursos.

Es un ejercicio donde nos enfrentamos a nuestro concepto de amor a través de conectar con cómo lo vivimos con nuestros seres queridos y los sentimientos que se despiertan.

La relajación abdominal, con los ojos cerrados y conectando con la respiración facilita el conectar con el mundo emocional y rebajar el «control racional» sobre el mismo. Al compartirlo, podemos comparar y analizar más racionalmente otros conceptos y vivencias, comparando aspectos comunes y diversos.

Objetivos

- Facilitar el conocimiento de la influencia del amor romántico en la subordinación de las mujeres.
- Reflexionar sobre las distintas conceptualizaciones del amor e identificar las propias.

Procedimiento

1. Recorrer el camino hacia la puerta llamada Amor.

Relajación: cierra los ojos, ponte cómoda, ponte cómodo, conecta con tu respiración, siente cómo el aire entra y sale de tu cuerpo, inspiras profundamente, el aire entra por tu nariz, tu tráquea, llega a los pulmones... y lo sueltas suavemente...

Estás por un prado de donde sale un camino...

Mira cómo es ese prado, ¿hay vegetación?, ¿animales? ¿Cómo son?

Miras el camino y te decides a recorrerlo. ¿Cómo es ese camino? ¿Recto? ¿Tortuoso?



*¿De tierra? ¿De piedras?... ¿cómo lo recorres?
¿Cómo son tus sentimientos al ir andando?*

Al final del camino divisas una puerta, te acercas, y en ella ves escrita la palabra «Amor». ¿Cómo es esa puerta? Descríbela...

Miras la puerta y te decides a abrirla a ver qué hay dentro...

¿Te decides a cruzarla?

¿Qué y quién hay dentro? Observa lo que pasa dentro de esa puerta y siente tus emociones. ¿Cómo te encuentras? ¿Qué emociones, sentimientos, sensaciones te afloran?...

Se dejan unos minutos, un tiempo para que lo vayan viviendo.

Poco a poco vas moviendo los dedos de las manos, de los pies, vas volviendo a la sala y vas abriendo los ojos.

2. Compartiendo las vivencias y reflexiones.

Se comenta en el grupo lo que cada cual ha visto y sentido. Es voluntario. Es importante que se intente narrar, con todos los detalles que se recuerden, cómo se recorre el camino, cómo es la puerta. Todo ello da idea del estado emocional y de nuestras vivencias y actitudes ante el amor.

Se reflexiona sobre los distintos tipos de amor que vivimos en nuestra vida, el lugar que ocupa cada uno, cómo los vivimos y qué nos hacen sentir...

Es importante señalar que «lo que se vea» en el ejercicio puede estar condicionado por las experiencias cercanas en el tiempo, que lo que veamos estará bien, no se debe juzgar: no hay caminos buenos o malos.

Material

- «La historia favorita». Adaptado del ejercicio descrito por la autora Fina Sanz en Los vínculos amorosos: amar desde la identidad en la terapia de reencuentro.
- Música para ayudar a la relajación.



Actividad 3.

¿Qué me estás cantando?, ¿qué me estás contando?, ¿qué estoy viendo?

Estrategia metodológica: videofórum, grupo de discusión, análisis de discursos.

¿Qué me estás cantando?

Objetivos

Analizar los estereotipos de género y su influencia sobre nuestras emociones y creencias mediante el análisis de las letras de canciones, a partir de la música que les resulte significativa, buscada en internet, en MP3 o en cualquier formato que los/las participantes suelen utilizar. Y en los géneros de música preferidos: *rock, heavy, melódica, hip hop...*

Analizar la influencia de las letras de las canciones en la forma de construir el imaginario de las relaciones afectivas.

Reconocer estereotipos de la socialización diferencial.

Reconocer los mensajes relacionados con las relaciones afectivas y los mitos sobre el amor romántico.

Procedimiento

1. *Análisis de los textos de las canciones buscando estereotipos sexistas en el texto de las mismas, en los géneros musicales preferidos o que suelen escuchar. Previamente han traído algunas letras de canciones, o pueden hacer una búsqueda en los portales de internet.*
2. *Se sugiere buscar las letras y estribillos, traducir las que sean en otros idiomas y analizarlas.*
3. *Exponer estereotipos en dos o tres canciones.*
4. *Reflexión sobre los mensajes y metamensajes musicales, prestando especial atención a la influencia de los estereotipos de relaciones afectivas que se proponen desde los mass media, fundamentalmente en jóvenes y adolescentes.*
5. *Reflexión sobre la presencia de mitos relacionados con el amor romántico en la música:*
 - El amor lo puede todo.



- Las chicas y los chicos somos diferentes.
- Si no tiene celos es que no me quiere.
- Amar es sufrir.
- El amor es algo mágico.
- La media naranja.
- Estando conmigo, cambiará.

Material

- Soporte informático para búsqueda en internet, radio, MP3, etc.



¿Qué me estás contando?

Objetivos

Analizar los estereotipos de socialización diferencial en los cuentos y programas infantiles, cómo influyen en las expectativas románticas de buscar y encontrar pareja de personas adultas.

Analizar su influencia en la formación de mitos y creencias sobre el amor romántico desde la infancia.

Procedimiento

Se visualizan varios cuentos infantiles, entre ellos algunos sobre otra forma de contar los cuentos, como en el videocuento *La Cenicienta que no quería comer perdices*, que desmonta los cuentos convencionales que nos han contado, con el final de «... y fueron felices y comieron perdices...». Pero ¿fueron felices de verdad?, ¿y si no les gustan las perdices?, ¿será el príncipe tan perfecto como aparenta en el cuento?, y la princesa, ¿encajará bien en su nueva vida?

Se proyecta y comenta en el grupo.



Material

- Nunila López Salamero y Miriam Camerón Sierra, *La cenicienta que no quería comer peridices*. <http://www.youtube.com/watch?v=Zol-QZSKGVU0>.
- *Estereotipos de Disney, sobre otros cuentos infantiles, donde se analizan los estereotipos Disney en los cuentos románticos, como La cenicienta, Blancanieves, La bella y la bestia, Jasmin...* <http://www.youtube.com/watch?v=KO0W3gvc4dg>.
- *Érase otra vez una María*. <http://www.youtube.com/watch?v=upbVtRbYqsw>.

¿Qué estoy viendo?

Objetivos

Analizar los modelos de guiones de amor en parejas jóvenes y adolescentes en las películas de cine.

Analizar cómo se proyectan en el imaginario social los mitos y creencias sobre el amor romántico durante la adolescencia y la juventud.

Procedimiento

Se proponen varias películas y se elige la que el grupo considere más interesante. Se comenta en grupo el guion y las implicaciones para jóvenes y adolescentes de los estereotipos de pareja y de los tipos de relación que se guionizan en la película elegida.

- ¿En qué consiste una vivencia sana de la relación de pareja?
- ¿Qué relación tiene la sexualidad con la salud?

Material

Películas propuestas:

- *Cincuenta sombras de Grey*. <https://www.youtube.com/watch?v=oPgWolSQgCE>.



Sinopsis: Anastasia Steele es una joven e inocente estudiante de Literatura que, como favor hacia su mejor amiga, tiene que entrevistar a uno de los más prometedores y ricos empresarios del momento: Christian Grey. Apabullada por su carisma, Anastasia cae rendida a los pies del galán y se da cuenta de las costumbres sexuales sado-masoquistas, donde se mezclan poder y deseo. Una historia sobre los límites y la sumisión de ella, contada como historia romántica y normalizada de pareja.



Foto 2. Cartel de la película *Cincuenta sombras de Grey*
Productora: Focus Features. Año 2015.

Fuente: <https://www.ecartelera.com/peliculas/fifty-shades-of-grey/>



Foto 3. Escena de la película *Crepúsculo*
Productora: Wyck Godfrey.
Año 2008.
Fuente:
<https://www.ecartelera.com/peliculas/crepusculo/>

– *Crepúsculo*. <https://www.youtube.com/watch?v=kII-Fc1fLr8>.

Sinopsis: es una serie de cinco películas de fantasía romántica, basada en las cuatro novelas de la autora Stephenie Meyer. La película se centra en

el desarrollo de la relación entre una adolescente llamada Bella Swan y un vampiro que tiene apariencia de un adolescente americano de 17 años, Edward Cullen, y los esfuerzos posteriores de Edward y su familia para mantener a Bella a salvo de un grupo de vampiros malvados.



Foto 4. Escena de la película
A tres metros sobre el cielo
Producción: Francisco Ramos,
Mercedes Gamero, Daniel
Écija y Álex Pina. Año 2010.
Fuente: <https://www.ecartelera.com/buscar/?q=a+tres+metros+sobre+el+cielo>



– *Tres metros sobre el cielo*. <https://www.youtube.com/watch?v=g6GsPB-eMK4>.

Sinopsis: la trama gira alrededor de dos personajes, Hugo Olivera, Hache y Bárbara Alcázar, Babi. Es la historia de amor entre el chico malote y atractivo que tiene todos los factores

de riesgo sobre violencia, drogas, conducción temeraria, etc. Hache es un joven indisciplinado, temperamental, competitivo, provocador y Babi es la chica buena, una adolescente acomodada, inocente y con padres sobreprotectores que es arrastrada a las conductas de riesgo por el enamoramiento.



BIBLIOGRAFÍA

Bosch, Esperanza; Ferrer, Victoria A.; Ferreiro, Virginia y Navarro, Capilla (2013). *La violencia contra las mujeres: el amor como coartada*. Madrid: Anthropos.

Caro García, Carmen (2015). *Formación en género y detección precoz de la violencia contra las mujeres a partir de las creencias sobre el amor romántico: un estudio cualitativo en jóvenes universitarios/as de grado en Enfermería*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

Coria, Clara (2001). *El amor no es como nos lo contaron... ni como lo inventamos*. Madrid: Paidós.

Esteban, M.ª Luz; Távora, Ana (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73.

Ferrer Pérez, Victoria A.; Bosch Fiol, Esperanza (2018). Los oscuros vínculos entre el amor romántico y la violencia contra las mujeres. En: Rosa Casado-Mejía y M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Ferrer Pérez, Victoria A.; Bosch, Esperanza; Navarro, Capilla (2010). Los mitos del amor romántico. *Boletín de Psicología*, 99, 7-31.

Fromm, Erich [1956] (2007). *El arte de amar*. Madrid: Paidós Ibérica.

Herrera, Coral (2018). *Mujeres que ya no sufren por amor. Transformando el mito romántico*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Herrera, Coral (2019). *Hombres que ya no hacen sufrir por amor. Transformando las masculinidades*. Madrid: Los Libros de la Catarata.

Lagarde, Marcela (2000). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Managua: Editorial Puntos de Encuentros.

López Salamero, Nunila y Camerón Sierra, Miriam (2012). *La cenicienta que no quería comer perdices*. Barcelona: Planeta.

Moreno Morimón, Montserrat y Sastre, Genoveva (2010). *Cómo construimos universos. Amor, cooperación y conflicto*. Madrid: Gedisa.

Sanz, Fina [1995] (2019). *Los vínculos amorosos: amar desde la identidad en la terapia de reencuentro*. Barcelona: Kairós.

Yela, Carlos (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicología Social*, 1(2), 263-267.



SEMINARIO 5.

EL CUERPO GENERIZADO

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Rosa Casado Mejía

El cuerpo es una de las preocupaciones fundamentales del feminismo, ya que el género se construye en gran medida desde el cuerpo. Esta oposición binaria relacionada con el género y los simbolismos de poder asociados hace que hombres y mujeres sientan sus cuerpos de forma diferente. Y es fundamentalmente en el cuerpo de la mujer donde se insertan todos los elementos de dominación simbólica o real diferentes en cada cultura, el cuerpo de la mujer suele tomarse como texto y pretexto de ideologías políticas o creencias religiosas o culturales. En las sociedades occidentales capitalistas el cuerpo se ha convertido en una pieza central de la identidad social fomentado por una potente industria de la moda y la publicidad, eje de disciplinas y cuidado, mediante dietas, gimnasios y cánones de belleza. Estos mandatos de estética corporal pivotan fundamentalmente en el cuerpo de las

mujeres, donde se inscriben todas las prácticas políticas y culturales diseñadas por la dominación simbólica patriarcal.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD SOCIAL A TRAVÉS DEL CUERPO FÍSICO

El yo corporal es el reconocimiento que tenemos de nuestro cuerpo y espacio corporal. Este esquema se construye lentamente desde la infancia y es consecuencia de las sensaciones y experiencias corporales que tenemos. Las sensaciones se transmiten de todas y cada una de las partes, y en conjunto experimentamos una unidad global. a nivel cerebral, y está genéticamente programado. Esta representación por la que conocemos nuestro cuerpo y somos capaces de percibir su forma, funciones, su posición y movimientos, se llama somatognosia.



EL YO SOCIAL

La construcción de la imagen corporal que conduce del cuerpo físico al cuerpo social es un fenómeno universal. En la dicotomía entre naturaleza y cultura, el cuerpo, que es naturaleza, está mediado e influido por la cultura. Este binomio, por tanto, su concepto y la importancia que se le da, van cambiando con los tiempos. Marcel Mauss sostiene que la cultura da forma al cuerpo con las «técnicas del cuerpo» y este cuerpo de la naturaleza es socializado por la cultura. Así, el cuerpo físico se transforma en cuerpo social, con distintas actuaciones, como comportamientos alimentarios, actividad física, etc., con el objetivo de modificarlo y adaptarlo a los gustos sociales de cada época.

Se van materializando metamorfosis sobre el propio cuerpo que se convierten en internas y permanentes. Sin embargo, no es un proceso elegido ni decidido por el propio individuo, sino que viene dado e impuesto por la sociedad y el grupo al que pertenece. Está mediatizado por la cultura, que influye en nuestras decisiones voluntarias a través de la moda y la publicidad en Occidente, o a través de

la tradición en otras sociedades. Tampoco afectan a todos los miembros del grupo social de la misma manera, ya que la imagen corporal se construye siempre en función de unas clasificaciones previas de la deseabilidad del individuo, el lugar que ocupa en la sociedad y los roles que se le atribuyen.

Una imagen es una representación de la realidad, y es una de las formas de relación de la persona con el mundo. La otra es el sistema verbal. ¿Qué comunicamos? Además de edad, sexo o grupo social, comunicamos con imagen, identidad, estatus, poder, creencias, ideologías, emociones, sentimientos, localidad geográfica o rol social. En todas las culturas se proyecta esta información mediante el cuerpo y así se delimita y se informa del grupo al que pertenece el individuo. La imagen se genera para otros y tiene distintos significados según el contexto donde se exponga. No es algo casual, los cuerpos no son lienzos inmaculados sobre los que podemos imprimir libremente algo. Nuestra apariencia, nuestra identidad, la capacidad del individuo de actuar sobre su cuerpo, provienen de un lenguaje discursivo que mantiene con el resto de la



sociedad. Cuando el individuo desea construirse o integrarse en el cuerpo social donde se siente cómodo, lo hace mediante la ropa, los abalorios, el corte de pelo, el peinado, la colonia, los tatuajes o las marcas que utiliza, y es un elemento más para integrarse y sentirse plenamente aceptado en su grupo de iguales. Percibe su cuerpo como una parte del cuerpo social, que permite ser reconocido de un primer vistazo por los otros. Así, la imagen corporal y la imagen social que se proyectan pueden ser sentidas como satisfactorias o gratificantes al simbolizar la pertenencia y aceptación al grupo de deseabilidad social. Esto significa que se deberá someter al cuerpo físico, y se hace porque de esta forma se cumplirán mejor los objetivos respecto al grupo donde está inmerso. El poder no solo se ejerce verticalmente de arriba abajo, también se otorga de abajo arriba o a los lados. Esto tiene que ver con la moda y con otra serie de circunstancias. Michel Foucault, en su teoría del biopoder, lo llama «tecnologías del yo»*, que son los sistemas de autodisciplina

que el individuo ejerce sobre su cuerpo inducido por los mecanismos del poder. En este sentido, es la moda la que dicta lo que se pone y la intención con la que se pone, cómo y cuándo se utiliza, tiene sus canales de difusión y llega al grupo o subgrupo destinatario del mensaje; así, tendríamos tantos tipos de modas o *look* como subgrupos sociales hay dentro del sistema. El objetivo de la moda es definir lo *in* y lo *out* y así segmentar a los que están dentro de ese espacio social deseado por el grupo y los que están fuera o periféricos al mismo. Se convierte así en el lugar donde se escribe y define la metáfora social de «quién se es» y qué estatus social se ocupa. En las sociedades tradicionales, la identidad social venía marcada fundamentalmente por la posición familiar, el apellido, que era el que marcaba la jerarquía social y económica, «¿y tú de quién eres?». En las sociedades posmodernas esa identidad social está definida fundamentalmente por el estilo de vida

con ayuda de otros, obteniendo una transformación de sí mismos, con el objeto de obtener cierto grado de felicidad o de sabiduría, de pureza o de inmortalidad. La biopolítica de Foucault no es un régimen de disciplina en sí mismo, sino una autodisciplina y organización vital inducida por la forma de poder y regentada por nosotros mismos.

* Michel Foucault lo define como las distintas acciones y operaciones que pueden ejercer los individuos sobre su cuerpo, su pensamiento, su conducta o su forma de ser, solos o



y la disponibilidad de tiempo libre y ocio, relacionado con el trabajo que desempeña y, por tanto, la acumulación de capital, «¿a qué te dedicas?», «¿cuánto tienes?». Y el cuerpo se ha convertido en el lugar donde mejor pueden exponerse estos mensajes para así obtener, desde el mundo natural, «el cuerpo físico», un lugar donde escribir la metáfora social del «deber ser» y la representación que el individuo quiere hacer de sí mismo ante los demás (Maffesoli, 2008).

Hemos expuesto anteriormente cómo cada sociedad modela los cuerpos de los individuos que pertenecen a ella. La feminista Carme Valls Llobet dice que: «Más que tener un cuerpo o ser un cuerpo, nos convertimos en un cuerpo que vamos reformando y negociando según los distintos parámetros socializadores». Y para cada estamento social se segmenta con un modelo binario: el cuerpo de hombre y el cuerpo de mujer. En Occidente, la belleza sigue estando asociada a lo femenino y la fuerza a lo masculino; así, la imagen corporal femenina y masculina de deseabilidad social es diferente, un modelo fuerte y atlético para los hombres y delgado para las mujeres.

«Ellos desean medir más y ellas pesar menos», aunque se constate una normalidad biológica en peso y talla ajustados a su edad. Esto no tiene nada que ver, en muchos casos, con los cuerpos reales que tenemos mujeres y hombres. El querer ajustarse desde los parámetros normales corporales a los ideales impuestos por los cánones de belleza tiene efectos colaterales en muchos individuos, fundamentalmente en adolescentes y jóvenes, que no se gustan a sí mismos y rechazan sus cuerpos al no adaptarse a estos modelos idealizados difícilmente alcanzables.

CUERPO DE MUJER

En la mujer el modelo de deseabilidad social imperante marca como referente máximo de la feminidad precisamente la negación del cuerpo de mujer y sus formas, el «no cuerpo». Se persigue lo etéreo, la fragilidad, la delgadez extrema, la desaparición del volumen y el espacio corporal. Un cuerpo delgado y perfecto que exige restricciones y contenciones continuas. Esta distorsión de su imagen corporal desemboca a menudo en trastornos de conductas alimenticias con dietas



hipocalóricas, prácticas como el vómito o el ayuno y fármacos anorexígenos, como diuréticos y laxantes, en un intento de controlar o bajar el peso por el miedo a estar gordas, y lleva a trastornos como la anorexia y la bulimia, sobre todo en épocas más vulnerables, como la adolescencia y la juventud (Esteban, 2004; Gil, 2008).

CUERPO DE VARÓN

En el varón el modelo social imperante es el de la rotundidad, la reivindicación del espacio a través de la masa corporal, el vigor y la fuerza. El canon de belleza masculina clásica es el deportista atlético y musculoso mantenido a través del ejercicio y la actividad, o el culturista, imagen del héroe y del coloso, hipérbole de la fuerza y el vigor, prototipo del superhombre. Para conseguirlo se someten a sesiones obsesivas y extenuantes de gimnasio, dietas hiperenergéticas, hiperproteínicas y fármacos vigorizantes, como esteroides y anabolizantes, que en los extremos llevan a la vigorexia (Gil, 2008). En las sociedades capitalistas occidentales emerge también otro modelo relacionado con la belleza y el consumo

masculino: es el hombre metrosexual, preocupado por la belleza, la moda, el aseo esmerado y el culto al cuerpo, elementos que hasta ahora no eran considerados muy masculinos y estaban relacionados con la cultura gay.

En la actualidad, los dioses principales están relacionados con el mercado de consumo. A través de la moda y la publicidad se diseñan unas Galateas modernas al gusto, las fantasías y los deseos del hombre. Es un cuerpo que necesita ser remodelado en una sensación de carencia e imperfección continua, producto de una misoginia patriarcal omnipresente y milenaria.

Esta misma misoginia se perpetúa actualmente con el mercado de consumo a través de la moda y la publicidad, que reflejan una época hegemónica de dominación masculina, con el sometimiento simbólico y real del cuerpo de la mujer para conseguir «la feminidad». Se justifica la creación de la feminidad artificial, ya que la ausencia de raciocinio y la emotividad, clásicamente atribuida a la mujer, acaban convirtiéndola en un vacío que se puede llenar mediante



el artificio. Se «performa» el cuerpo de la mujer mediante complicados artificios y tendencias estéticas, donde los creadores presentan a una mujer florero, mujer inmóvil o mujer muñeca, con todo tipo de maquillajes, joyas, suplementos y prótesis (pechos exuberantes y erguidos XXL con cinturas mínimas, rejuvenecimiento vaginal quirúrgico, blanqueamiento de ano, etc.), mediante inserción de prótesis y complicadas cirugías, etc., que tienen finalmente repercusiones negativas sobre el cuerpo y la salud de la mujer. Esto lleva a muchas mujeres a sentirse alienadas de sus cuerpos, unos cuerpos que pierden su sentido principal de ser, de disfrute y de placer (Torras, 2007). Este ideal de belleza con el que presentan a la mujer en las pasarelas actuales es el de una mujer inmóvil y aprisionada en diseños y estructuras imposibles de compatibilizar con una vida activa e independiente. Suelen presentar a una mujer en la que se perpetúan los arquetipos de las distintas épocas históricas, desde los rimbombantes vestidos barrocos, que suponían un bloqueo completo, hasta los sofisticados vestidos y altísimos tacones, que siguen inmovilizándola. La idea de la mujer creadora contraviene

los discursos normativos sobre la feminidad, que equiparan a la mujer con un ser sin genio cuya única creatividad está limitada a la reproducción, y no a la producción.

CUERPO EXHIBIDO VERSUS CUERPO VESTIDO

En Occidente, el capitalismo y la globalización han mercantilizado y objetualizado el cuerpo de la mujer, es un cuerpo panóptico, que se exhibe, se esculpe y reconstruye para ser mirado y admirado por otros, no es un cuerpo que se esconde. El cuerpo semidesnudo e hipersexuado de la mujer se ha utilizado como elemento de venta en la publicidad y el consumo. Es un cuerpo que, por obvio y exhibido, se vuelve invisible, es «carne fresca» que pierde su capacidad de erotismo. En Oriente, el cuerpo de la mujer está vetado a la exhibición pública y a toda exposición natural. El pelo cubierto con el velo, que es señal bíblica de sometimiento al varón y la cara tapada total o parcialmente, dificultando funciones básicas como la visión, la respiración o la alimentación.

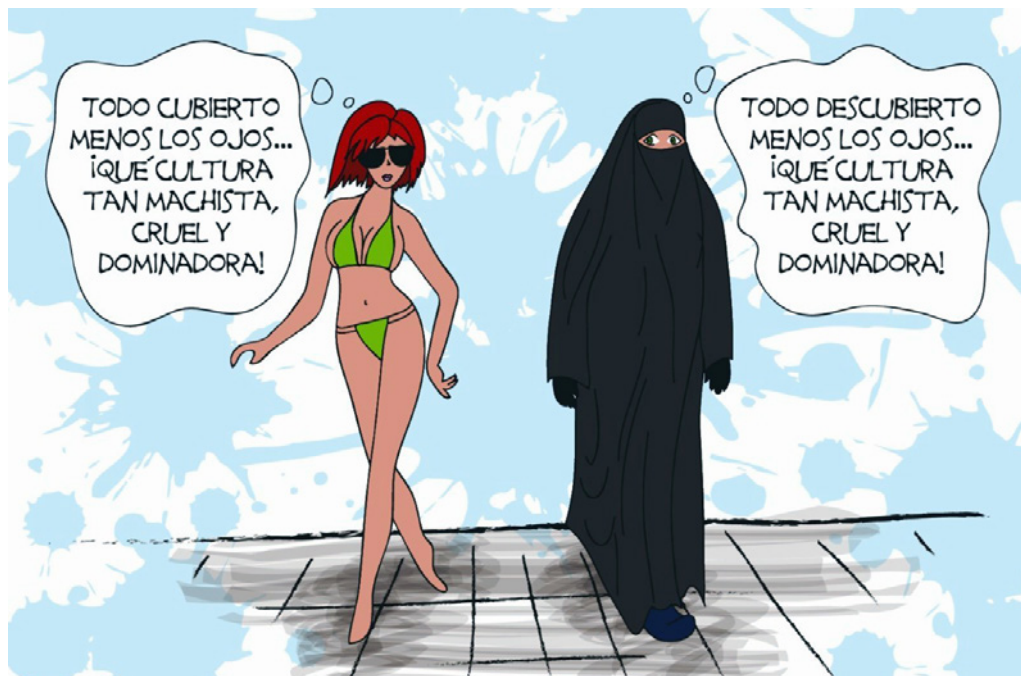


Foto 1. Cuerpo exhibido, cuerpo vestido. © Trini Hato Castro

Los labios vaginales y el clítoris se extirpan como símbolo de una sociedad en la que solo el falo tiene derecho a sentir placer. Desde el velo y el burka de Oriente hasta los minitangas de Occidente, son dos caras de la misma moneda del control sobre el cuerpo de la mujer y su libertad

de expresión y movimiento. Y si «los cuerpos hablan», los cuerpos de muchas mujeres en todos los lugares del planeta hablan de sometimiento y dominio patriarcal. La mayor laxitud y la naturalización del cuerpo femenino coinciden con revoluciones sociales en que hombres y mujeres



tienen mayores cotas de igualdad y equiparación en derechos como sujetos sociales (Torras, 2007).

IMAGINARIO SOCIAL EN LA PUBLICIDAD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La imagen de la mujer ha sido históricamente construida desde la mirada de los otros, y urge ahora la construcción de la mujer como sujeto histórico. La utilización del cuerpo femenino como objeto de la publicidad y del consumo ha ejercido una violencia simbólica contra el cuerpo de la mujer, que la hipersexualiza como cebo de reclamo para productos generalmente consumidos por hombres: todos los productos para motor, la industria o el deporte, motos de gran cilindrada, coches de alta gama, maquinaria, etc.

Las mujeres hemos avanzado, pero la publicidad y los medios de comunicación no han reflejado este cambio, y esta situación es un freno para consolidar las conquistas sociales y las políticas de igualdad. Se mantienen unos estereotipos que están obsoletos y las imágenes de las mujeres que se transmiten no son legítimas, nos encasillan y no nos representan.

¿Cómo debe ser la publicidad y los medios de comunicación? La igualdad debe llegar a la propia estructura de los medios para que la autoridad y la credibilidad no se otorguen solo en función del sexo. Las imágenes y manifestaciones públicas que representan a las mujeres deben ser plurales y atender a las diversas situaciones y colectivos. Eliminando los estereotipos que las sitúen en situaciones de desigualdad o en que se hallen victimizadas o con contenidos sexistas.

Las nuevas tecnologías de la comunicación y los medios clásicos, orales y escritos, así como la publicidad, tienen una gran influencia como agentes socializadores y gran poder de construir el imaginario colectivo. Es por ello por lo que hay que contar en los medios de comunicación con profesionales responsables y sensibles, formados en género, para diseñar los contenidos y saber detectar las formas sutiles de manifestación del sexismo. Por otra parte, las mujeres tenemos que dar el paso de cuestionar cómo queremos ser representadas y exigir que este tema pase a la agenda pública como asunto de interés social y político. Tenemos que revisar todos los lenguajes que nos



representan, tanto el lenguaje verbal como el lenguaje audiovisual. La atención a la publicidad debe ser una línea central en las políticas públicas y de responsabilidad social de las empresas privadas. El tratamiento de la imagen pública de la mujer no es un asunto solo de mujeres, y los hombres no pueden ser meros espectadores.

EL CUERPO: LUGAR DE DOLOR/LUGAR DE PLACER

Seguimos en este punto a Sanz (2011). Por último, el cuerpo es el mínimo lugar que ocupamos en el mundo. Con él percibimos, sentimos el mundo y a través de nuestro cuerpo nos perciben y

sienten las demás personas. A través de nuestro cuerpo nos comunicamos, es la herramienta que tenemos para ello. Una herramienta que siente, porque es a través de las terminaciones nerviosas que recogen lo que nos pasa y lo transmiten al cerebro que procesamos el dolor y el placer. El cuerpo podemos modificarlo un poco, perder algunos kilos, por ejemplo, pero no podremos modificar la estatura o muchos otros elementos de nuestra estructura corporal. Si no queremos y mimamos nuestro cuerpo, no será una fuente de salud y bienestar, sino de dolor y problemas. Es por ello por lo que es importante conocer, aceptar y estimar nuestro cuerpo para que sea saludable.



Actividad 1. Cómo soy y cómo me gustaría ser

Objetivos

- Desarrollar el autoconocimiento y la conciencia de sí mismo/a, así como la toma de conciencia de la relación entre modelo ideal, autoimagen, autoconcepto y autoestima.
- Desarrollar la toma de conciencia de cómo los modelos ideales mediáticos influyen en la salud de las mujeres y de los hombres.
- Desarrollar la toma de conciencia de sus creencias y el modo en que estas pueden influir en sus actuaciones y relaciones personales y profesionales.

Estrategia metodológica: introspección y grupo de discusión.

Procedimiento

1. De forma individual, contestan por escrito a las preguntas:
 - ¿Cambiaría alguna parte de mi cuerpo? ¿Cuál?
 - ¿A quién me gustaría parecerme? ¿Existe algún personaje famoso con el que me identifique?
2. Puesta en común reflexionando sobre:
 - Los diferentes resultados entre chicos y chicas.
 - Modelos que han aparecido y los valores que se adscriben a esos modelos.
 - Intervenciones en el cuerpo de las mujeres, ¿quién las realiza? La salud de las mujeres.
3. Se cierra la actividad con el trabajo en grupos de tres, sobre posibles propuestas como chicos y chicas, y como futuros y futuras profesionales, tras los resultados.
4. Exposición de las propuestas y cierre.



Actividad 2.

Expresión corporal de las emociones y vivencia del cuerpo

Objetivos

- Reflexionar sobre el cuerpo como lugar de expresión de las distintas emociones: miedo, ira, alegría, tristeza...
- Favorecer el conocimiento de las posturas y la respiración que corresponden a cada emoción.
- Reflexionar sobre la capacidad de cualquier parte del cuerpo (las manos, los ojos...) para transmitir y recibir emociones.
- Facilitar la comprensión de los síntomas como expresión de malestares corporales, sobre todo en las mujeres.

Estrategia metodológica: ejercicios vivenciales y grupos de discusión.

Se plantean dos ejercicios donde experimentar el cuerpo como lugar donde se expresan nuestros estados de ánimo y nuestras emociones y a través del cual se establecen las relaciones interpersonales. La postura corporal nos sitúa y nos hace sentir esta situación personal y social. Cualquier parte de nuestro cuerpo es capaz de expresar nuestras emociones y nuestros sentimientos y es instrumento de relación: las manos, la mirada, los pies...

Cuando hay malestares que no se pueden expresar con la voz, el cuerpo las expresa haciendo síntomas.

Para comprender estos procesos se vuelve a utilizar la relajación abdominal, ojos cerrados y conexión con la respiración para facilitar el contacto con el mundo emocional y rebajar el «control racional». La razón tendrá su protagonismo complementario cuando se compartan, comparen y analicen las experiencias en grupo.



Procedimiento

1. Ejercicio vivencial: andar por la sala.
 - 1.a. Andar mirándose a los ojos. Se les pide que anden por la sala de manera anárquica y cuando se vayan cruzando con otras personas que se miren a los ojos, se les van indicando distintas posturas corporales con



Tacto y contacto. Foto de M.^a Ángeles García-Carpintero

las que andar y cruzarse con la mirada de otras personas: una primera postura con los hombros encogidos hacia adelante, la cabeza agachada; se les pide que acentúen la postura; se respira profundamente y se les pide que rectifiquen la postura con la espalda erguida, bien erguida, cabeza elevada, barbilla levantada y así miran al resto de personas con quienes se cruzan; en una tercera fase se les pide que relajen la postura, pero que, al cruzarse con las distintas personas, las miren de reojo; finalmente, se les pide que anden «normal», como generalmente van andando por el mundo.

- 1.b. Compartiendo las vivencias y reflexiones: se comenta cómo se han sentido con los distintos tipos de mirada, cómo piensan que se han ido sintiendo las personas con las que se iban cruzando. La postura responde a estados de ánimo que se transmiten, modificar la postura puede hacernos cambiar las emociones, también responde a cómo nos situamos y relacionamos en el mundo: desde la superioridad, la inferioridad,



la igualdad, la desconfianza... Por ello, el lenguaje corporal facilita relaciones de poder o igualdad. Todo esto es importante en salud: para valorar hemos de «leer el cuerpo». Para la atención sanitaria podemos utilizar la respiración y la postura corporal para reciclar las emociones.

2. Ejercicio vivencial: emociones a través de las manos

2.a. Explicación del trabajo en pareja. Primero hay que explicar que todo lo que se trabaja en pareja es a la vez un trabajo individual, la pareja no es «Rocío» o «Pepe», es alguien que me ayuda a trabajar mis propias cosas.

2.b. Recorrido por distintas emociones que se expresan y comparten con una pareja a través de las manos. Se ponen por parejas, sentadas una enfrente de la otra, con relativa cercanía para que puedan entrar en contacto con las manos.

Relajación: cierras los ojos, te pones cómoda, conectas con tu respiración, siente

cómo el aire entra y sale de tu cuerpo, inspiras profundamente, el aire entra por tu nariz, tu tráquea, llega a los pulmones... y lo sueltas suavemente.

Ahora sé consciente de que enfrente tienes a otra persona... y conecta con ella a través de las manos: dile «¡hola!, ¿cómo estás?», salúdala con tus manos.

Respira hondo y ahora vas a conectar con la **tristeza**, recuerda una situación que viviste en la que te sentiste muy triste, siente esa tristeza, estás muy triste... y exprésale a tu compañero, a tu compañera, esa tristeza a través de tus manos, cuéntale que estás muy triste, que te sientes muy triste... y a la vez siente la tristeza que él o ella te está expresando.

Respira hondo, sal de la tristeza (la persona que está guiando el ejercicio respira fuerte, que se oiga, para ayudar). Y conecta ahora con la **alegría**, ponte en una situación en la que estabas muy alegre, viviste



algo que te puso muy contenta/o, estás muy alegre ¡qué bien! Siente la alegría en tu cuerpo y cuéntaselo a tu compañera/o, cuéntale a través de tus manos lo alegre que estás, te sientes muy alegre... Y siente también la alegría de tu pareja.

Respira hondo, sal de la emoción de la alegría (y se respira fuerte para ayudar).

Sigue respirando y conecta ahora con la **rabia**, acabas de vivir una situación que te ha provocado mucha rabia, estás indignada, siente la ira en tu cuerpo, ¡no puede ser! ¡Vaya cabreo!, estás muy muy rabiosa/o, siéntelo, siente la ira en tu cuerpo... Y exprésaselo a tu pareja con tus manos a la vez que sientes también su rabia...

Respira hondo, sal de la rabia (y se respira fuerte para ayudar).

Igual con el **miedo**. Respira hondo, sal del miedo (y se respira fuerte para ayudar).

Ahora vas a conectar con el **deseo erótico**. Tienes enfrente de ti a una persona que te gusta muchísimo, que te pone, que te derrite... Siente en tu cuerpo la emoción del deseo, siente qué pasa en tu cuerpo cuando desees a alguien... Esa persona que desees y que te pone está delante de ti, exprésale a través de tus manos ese deseo que sientes hacia ella... y siente su propio deseo.

Respira hondo, sal de la emoción del deseo (y se respira fuerte para ayudar). Y poco a poco, a través de las manos, te vas despidiendo de tu pareja, le das las gracias con las manos por haberte acompañado en este ejercicio y le vas diciendo **adiós**.

Conectamos de nuevo con nuestra propia respiración, volvemos a sentir el aire que entra y sale de nuestro cuerpo, y poco a poco, vamos moviendo los dedos de los pies, de las manos... Y vamos abriendo los ojos...



2.c. Compartiendo las vivencias y reflexiones: primero se da diez minutos para que compartan en pareja lo que han experimentado. Después se abre la puesta en común al grupo, se comenta qué y cómo se han sentido: ¿con qué emoción les ha costado más trabajo conectar y transmitir?, ¿cuál ha sido la más fácil?, ¿cómo han sentido a su pareja?

Se explica, al hilo de los comentarios que vayan haciendo, que el cuerpo es el mínimo lugar que ocupamos en el mundo, es nuestro lugar de dolor y nuestro lugar de

placer. Lo sentimos todo a través del cuerpo y todo queda grabado en él. A través de cualquier parte del cuerpo, sentimos y expresamos emociones, es un ejemplo este de las manos. Para salir de las emociones hay que respirar, por eso tras cada propuesta de conexión con una emoción, se pide que se hagan respiraciones profundas para poder salir de esa emoción y entrar en otra.

Material

- Música para ayudar a la relajación.



BIBLIOGRAFÍA

Esteban, M.ª Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Foucault, Michel (2010). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós Ibérica.

García-Carpintero Muñoz, M.ª Ángeles (2018). El cuerpo generizado. En: Rosa Casado-Mejía y M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud* (42-58). Madrid: Díaz de Santos.

Gil, Marta y Cáceres, Juanjo (2008). *Cuerpos que hablan. Género, identidades, representaciones sociales*. Barcelona: Editorial Montesinos.

Maffesoli, Michel (2009). *Iconología. Nuestras idolatrías postmodernas*. Barcelona: Península.

Ramos Valverde, Pilar; Rivera de los Santos, Fco. José y Moreno Rodríguez, M.ª del Carmen (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.

Sanz, Fina [1990] (2011). *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Kairós.

Schiler, Paul (1968). *L'Image du corps*. París: Gallimard.

Torras, Meri (2007). *Cuerpo e identidad: estudios de género y sexualidad*. Barcelona: Edicions UAB.



SEMINARIO 6.

LA SEXUALIDAD

Rosa Casado Mejía

Todas las personas somos sexuadas desde que nacemos hasta que morimos; el sexo es una actividad humana innata e indispensable. Sin embargo, es algo que se construye culturalmente; por tanto, las actitudes y prácticas sexuales se aprenden, las manifestaciones de la sexualidad varían con la edad, las circunstancias personales y el contexto social. A su vez, sexo biológico y social condicionan fuertemente nuestros comportamientos, autopercepción, valores, forma de vivir las emociones, la autoestima y la manera de expresarlas o la sintomatología (Casado y Andrés, 2018).

Las relaciones sexuales, familiares y de género constituyen las diferentes sociedades y sus relaciones político-económicas. Estas formas sociales son tan variables como posibilidades humanas existen, pueden ir de la mayor agresividad a la mayor

empatía, fundamentalmente se pueden clasificar en sociedades dominadoras y participativas.

La sexualidad humana, como se ha dicho, se convierte en el eje vertebrador de la constitución del tipo de sociedad: no es un obstáculo, sino una ayuda en la búsqueda humana de conciencia superior y formas de organización cultural y socialmente más evolucionadas y equitativas. Más que un «instinto bajo» o «impulso inferior», proporciona la base biológica para una organización social estructurada en torno al dar y recibir placer y otros beneficios mutuos; es una herramienta humana única de comunicación: los lazos que se establecen trascienden el sexo hacia toda la relación creándose conductas de afiliación y cuidados.

Entre las múltiples vidas familiares, en aquellas en que el vínculo entre los amantes es de placer,



esto ayuda a la supervivencia y vínculo entre los hijos e hijas y el resto de la comunidad, ya que genera ayuda mutua y fomenta relaciones sociosexuales participativas.

Un modelo dominador de relaciones sociosexuales también es posible, pero imponerlo requiere controles externos e internos muy fuertes y grandes dosis de temor, fuerza y dolor. Para poder mantenerse, las sociedades dominadoras rígidas necesitan idealizar e institucionalizar la violencia, la crueldad y la insensibilidad, el mal. Un mundo donde es primordial el principio destructivo, donde lo erótico ha de ser controlado por los hombres (Eisler, 1997).

La erotización de la dominación y la violencia ha sido un aspecto central de la construcción cultural del sexo. Es así que hemos aceptado la servidumbre sexual de las mujeres no solo como normal, sino como excitante. Y, aunque placer y el dolor son sensaciones intensas y a veces el límite entre ambos no está claro, se ha erotizado lo doloroso, se ha valorado la intensidad de la pasión uniéndola a lo violento.

En este tipo de relaciones no solo hay dolor para las mujeres, a los hombres también se les priva de su plena capacidad para el placer sexual. Se obstaculizan los vínculos sexuales amorosos, aunque tanto hombres como mujeres sigamos anhelando relaciones basadas en el respeto y el cuidado mutuo.

Para superar el dolor, la culpa, la explotación, la alienación y los obstáculos en las vidas de mujeres y hombres se requerirán cambios fundamentales no solo en nuestra perspectiva sexual, espiritual y social, sino en nuestra visión del cuerpo humano, el poder, el placer y lo sagrado.

PSICOEROTISMO: GLOBALIDAD Y GENITALIDAD

Según Fina Sanz (1997), el psicoerotismo es la capacidad que tiene cada persona de vivir, subjetivamente, el placer de su cuerpo, incluido el terreno del imaginario, el placer de las imágenes.

En este placer corporal hemos de trascender el concepto occidental reduccionista y restrictivo y



entender que existen formas diferentes de percibir las sensaciones corporales: globales y genitales.

El placer global se describe como una sensación de bienestar, de placer generalizado, suave, difuso, que se percibe de forma circular y radial, que se distribuye por todo el cuerpo como si todo él se electrificara, se energetizara, se abriera y no necesitara descarga; es el placer de las caricias, las cosquillitas... La energía se redistribuye, como si se tomara y se soltara por todos los poros de la piel, te puede llevar horas y horas.





El placer genital se concentra en los genitales, donde notamos tensión, que va aumentando, es un placer intenso y agudo, como lineal, y que, en general, deseamos que tenga una descarga o final.

El placer genital es el más desarrollado por los hombres. Como a las mujeres se les ha dicho que lo genital era pecado, han desarrollado lo global. De manera que el psicoerotismo genital se desarrolla en los hombres y se prohíbe en las mujeres, el global se despliega en las mujeres y se inhibe en los hombres. La focalización genital ha inhibido en gran medida el desarrollo de la globalidad en los hombres, desde la dificultad de contactar físicamente, recibir una caricia sin que suponga genitalidad hasta la dificultad para integrar emociones en los acercamientos sexuales. Las mujeres han «anestesiado» sus genitales, se han invisibilizado (Sanyal, 2012), dificultando disfrutar de ellos y sublimando lo global.

Existen dos códigos eróticos: los hombres se sienten atraídos por las mujeres desde su marco de referencia genital; las mujeres perciben a los hombres más desde la globalidad. Ambos estamos

perdiendo, pero, además, ¿cómo vamos a encontrarnos? Esta visión tan unidireccional obstaculiza el encuentro erótico. Es importante conocer ambos códigos para mejorar la comunicación.

Asimismo, vivimos en una sociedad androcéntrica, donde lo humano es lo masculino, y el concepto de sexualidad no escapa a esta visión, con lo que hemos reducido la sexualidad a la concepción masculina de la misma, es decir, nos hemos quedado con que la sexualidad es la genitalidad. Es el modelo de sexualidad dominante, normativo, socialmente aceptado, es el que corresponde a la sexualidad del hombre.

En general, la visión occidental de la sexualidad es muy restrictiva y con estrechos márgenes normativos: se identifica sexualidad con genitalidad, se espera que se manifieste heterosexual, por personas adultas y que tenga como finalidad el orgasmo y la eyaculación. La relación sexual, coital por antonomasia, suele ser vivida de forma compulsiva, con movimientos rápidos y agitados, y tiende a ser relativamente breve. Se hace un reduccionismo entre sexualidad y genitalidad, con



lo que se restringe la sexualidad a una visión más masculina y no se tiene en cuenta la erótica de las mujeres o de otras identidades u orientaciones.

Ambos placeres, global y genital, son susceptibles de ser disfrutados por hombres y mujeres y a lo largo de toda nuestra vida, no pertenecen a ningún sexo en especial. El camino de recuperarlos pasa por conocerlos y reconocerlos en nuestro cuerpo, tomar conciencia de nuestras carencias y mutilaciones culturales, integrar emociones y sentidos en nuestras sensaciones corporales, erotizar el buentrato recíproco y





«deserotizar» la violencia y la dominación, desprendernos de la culpa que se ha ligado al placer, explorar y descubrir el mapa erótico propio. Esto requiere una buena dosis de autoconocimiento y escucha interior. Vivir plenamente el placer significa estar presente, sensible y consciente; esto permite sentir empatía. No hay nada malo en la pasión sexual, la capacidad humana de sentir intensamente, a través de todos nuestros sentidos (a través de la música, la poesía, el baile o haciendo el amor), es parte de lo que nos hace únicamente humanos.

También se requiere una buena dosis de pensamiento crítico para deconstruir la sexualidad aprendida, para dejar de interpretar y valorar las diferencias naturales de los cuerpos masculinos y femeninos de manera sexista privilegiando el cuerpo del hombre y otorgando simbólicamente a sus genitales un poder social. Hemos de deconstruir la masculinidad y feminidad tradicional hegemónica, generadora de desigualdades y, en buena parte, construida desde el concepto y vivencia patriarcal y androcéntrico de la sexualidad.

DIVERSIDAD SEXUAL

Es una de las principales características de las personas y de su sexualidad. Sin embargo, esta evidencia científica se ve acompañada de prejuicios y otros argumentos que intentan sostener que la heterosexualidad es la sexualidad normal.

La identidad sexual se compone del sexo biológico, la identidad de género (autopercepción) y las expresiones de género. La orientación sexual es la atracción emocional, afectiva y sexual hacia personas del mismo género (orientación homosexual y lésbica), del género contrario (orientación heterosexual) o ambos (orientación bisexual).

Mantener que la única expresión normal de la sexualidad humana es la heterosexualidad conlleva homofobia, lesbofobia, transfobia... Esto no solo perjudica a las personas lesbianas, gays, transexuales, transgénero o bisexuales, sino a toda la sociedad, porque odiar, agredir, insultar o discriminar no son las bases adecuadas de una sociedad sana (López Gómez, 2015; Picharde Galán, 2015).



Si nuestras sociedades estuvieran orientadas a la participación, la homosexualidad, la bisexualidad, la transexualidad... no serían tratadas como una terrible perversión, sino sencillamente como otra forma de diferencia. Lo que sí sería considerado perversión es el odio, el oprobio y la –a menudo,

violenta– persecución de personas solo porque su sexualidad es diferente de la norma socialmente impuesta. No sería aceptada la pederastia, el acoso sexual, la coerción ni cualquier otro tipo de conducta sexual que niegue la libertad de opción sexual de otra persona (Casado y Andrés, 2018).



Actividad 1. Psicoerotismo global y genital

Objetivos

Reflexionar sobre sexualidad como salud.

Identificar e integrar psicoerotismo global y genital.

Reconocer la diferente visibilización de la sexualidad femenina y masculina.

Reflexionar sobre la diversidad sexual, empatizando con distintas identidades y orientaciones.

Estrategia metodológica: ejercicio vivencial.

Es importante saber cada cual qué quiere, qué desea, qué le estimula, qué le permite tener más o menor placer. Conocerse a sí mismo, a sí misma, posibilita y ayuda en el encuentro erótico con otra persona; esperar que sea la pareja quien sepa o adivine cómo hacernos gozar favorece actitudes de pasividad y dependencia; el placer es mío, tengo que asumir el derecho a gozar de

mi cuerpo, a mi libertad, tengo que hacerme responsable de mi vida y mi placer.

Para ello, he de conocerme psíquica y eróticamente.

La «autosensibilización» es un proceso de aprendizaje de estar disponible para mí misma/o y lo que me rodea. El poder estar consigo misma/o es una actitud y una forma de vida. Es un proceso autónomo de reconocimiento personal donde se va explorando gradualmente, descubriendo sensaciones, emociones, pensamientos... para poder vivir el cuerpo como energético, erótico y aumentar las posibilidades de desarrollo personal. El darse permiso para conocerse y para poder asumir el placer no es fácil, porque no nos han enseñado a ello y produce miedo.

La «sensibilización corporal», ejercicio propuesto por Fina Sanz (es también un proceso de aprendizaje, de reconocimiento personal y exploración gradual), que hacemos con otra persona que nos acompaña, requiere de una actitud de máxima escucha y respeto al espacio personal



de la pareja con quien se realiza el ejercicio, se ha de estar humanamente presente y transmitir calidez.

Todo el cuerpo es una gran superficie erótica, cada persona tiene su propio mapa erótico, donde experimentar el placer global y el genital (que no se va a trabajar en este ejercicio).

Actividad 2. Sensibilización corporal de cara y cuello

Estrategia: ejercicio vivencial para abordar la globalidad.

A través del contacto de las manos de quien acompaña sobre la cara y cuello de la persona activa en el ejercicio se induce a la conciencia de los procesos que ocurren al ir tocando las distintas zonas: emociones, pensamientos, le gusta, le irrita o le desagrada.

Se trabajan los distintos papeles: activo/pasivo; también, al escucharse, se practican los distintos roles y la escucha activa.

Procedimiento

Ejercicio tomado del libro de Fina Sanz, *Psicoerotismo femenino y masculino*.

1. Desarrollo del ejercicio. La persona activa cierra los ojos, se relaja, conecta con su respiración. La persona que acompaña también respira durante todo el ejercicio, cuida que sus manos tengan una temperatura cálida, las frota y en un primer momento las acerca a la cara sin tocarla, se mantiene así un poquito. No se trata de masajear ni de hacer cosquillitas, no hay que perder el fin, que es la toma de conciencia de las sensaciones corporales. Se toma contacto con la cara sin hacer nada para que poco a poco pueda centrarse en sus sensaciones.

Para que contacte con su cuello, se hacen pequeños movimientos circulares desde la parte delantera hasta la nuca, y posteriormente integrando todo el cuello.



Se le va haciendo tomar conciencia de la cabeza: primero la frente, del centro a las sienes, utilizando cierta presión con los pulgares hasta las sienes y en ellas se utilizan dedos índice y corazón suavemente y con movimientos rotatorios. Luego los ojos, las cejas, el globo ocular, las pestañas (también suavemente, con los dedos índices), la nariz, pasando un



dedo a lo largo de ella, y los pómulos; se recorre el labio superior y el inferior con el dedo índice; las orejas paralelamente con un dedo de fuera hacia dentro; el cuero cabelludo con movimientos de amasamiento más profundos; recorriendo el cabello desde la raíz a las puntas y finalmente se integra con un movimiento que lo abarque todo, cara y cuello.



Se mantienen un poco las manos sobre la cara, como al principio, y suavemente se van alejando, despidiéndonos sin brusquedad.

Cuando la persona está lista, abre los ojos.

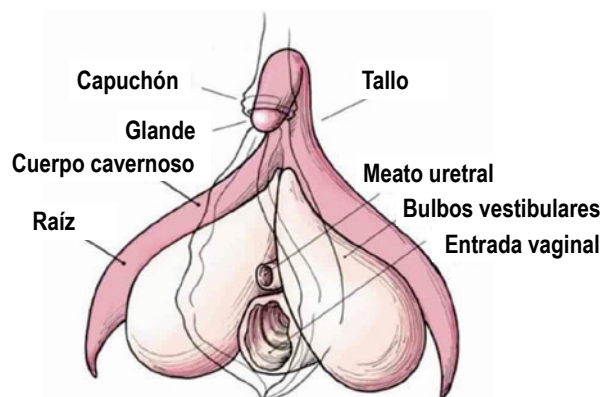
2. Cambio de rol. Se cambian los papeles, repitiéndose la secuencia anterior.
3. Puesta en común en pareja y grupal. Al terminar ambas personas, se comenta en pareja y luego en grupo. Se comentan las distintas sensaciones corporales en cara y cuello, qué me gusta y qué no me gusta, qué partes me han resultado placenteras o desagradables, si esto tiene que ver con alguna experiencia previa, qué se nos ha venido a la mente. Por último, si se ha identificado el placer global: un placer difuso, suave, que no necesita final.

Actividad 3. Los genitales tienen nombre

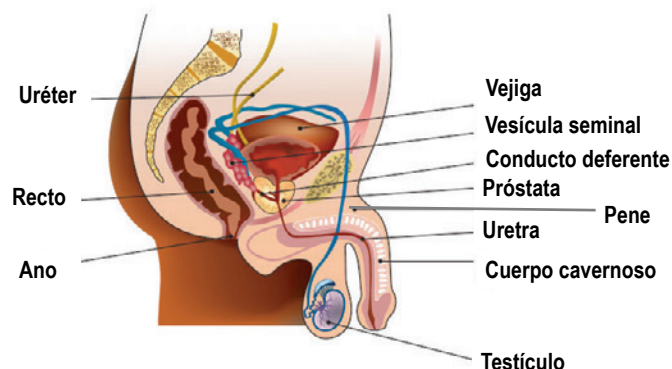
Estrategia metodológica: tormenta de ideas.

Procedimiento

1. Se divide la pizarra en dos y se hace una tormenta de ideas de los distintos nombres que reciben los genitales femeninos y masculinos, centro de placer genital para hombres y mujeres. En concreto, se pide que digan los nombres que conozcan del pene y del clítoris, diferenciándolos de los órganos reproductores.
2. Reflexión y debate. Lo que suele ocurrir es que la lista para nombrar los genitales masculinos es larguísima. La de los femeninos, al contrario, suele ser bastante corta. Se incita a ser conscientes de:
 - La invisibilización y sanción de la genitalidad femenina (lo que no se nombra no existe); por tanto, la subordinación de la misma a la masculina.



- El pene como arma agresiva (muchos de los nombres que se le dan son instrumentos de pegar: porra, verga...). Esto lleva aparejada una concepción violenta de la sexualidad, una erotización de la violencia: el órgano que te castiga es el órgano de placer del hombre.
- Relaciones de poder que se plasman en la genitalidad y cómo se traslada a la vida.



- Lo activo y lo pasivo en las relaciones genitales, que queda implícito en los nombres que reciben los órganos genitales.
- Es importante conocer de manera rigurosa los órganos genitales que dan placer, su anatomía y fisiología, para disfrutar del placer genital (ver Casado y Andrés, 2018).



Actividad 4. Diversidad sexual. Otra mirada

Objetivos

Reflexionar sobre la diversidad sexual.

Conocer y reflexionar sobre la diversidad sexual, identificando prejuicios y resistencias sobre distintas identidades y orientaciones sexuales.

Procedimiento

Se proyecta/n la/s película/s: *XXY*, *Antonia*, *Ma vie est rose* o la que se considere.

Se comenta la película vista en cuanto a:

- Diversidad sexual: homosexualidad, heterosexualidad, transexualidad, bisexualidad.
- Comentar si conocen amigos/as con distintas identidades, opciones y orientaciones sexuales.
- Vivencia de la persona que es «diferente».
- Presión social que soporta.
- ¿En qué consiste una vivencia sana de la sexualidad?
- ¿Qué relación tiene la sexualidad con la salud?



Foto 10. Escena de la película *Mi vida en rosa*

Producción: Carole Scotta. Año 1997.

Fuente: <https://www.sensacine.com/peliculas/pelicula-12213/>

Escena de la película *Mi vida en rosa*: <http://www.filmaffinity.com/es/film484412.html>.

Tráiler de la película *XXY*: https://www.filmaffinity.com/es/evidoes.php?movie_id=550411.



Foto 11. Cartel de la película *XXY*

Producción: Luis Puenzo, Jose Maria Morales. Año 2007.

Fuente: <https://www.sensacine.com/peliculas/pelicula-128359/>



BIBLIOGRAFÍA

Casado-Mejía, Rosa y Andrés-Domingo, Paloma (2018). La sexualidad. En: Rosa Casado-Mejía, y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Eisler, Ryane (1997). *El cáliz y la espada*. México: Ed. PAX.

López Gómez, Pablo; Forrisi, Florencia y Gelpi, Gonzalo (2015). *Salud y diversidad sexual. Manual para profesionales de la salud*. Uruguay: UNFPA.

Picharde Galán, José Ignacio (coord.) (2015). *Abrazar la diversidad*. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades.

Sanial, Mithu M. (2012). *Vulva: la revelación del sexo invisible*. Barcelona: Anagrama.

Sanz, Fina [1990] (2011). *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Kairós.



Competencia

Capacitar para identificar la categoría género como determinante de la salud o la enfermedad.

Unidades de competencias

- Capacitar para conocer e identificar los roles de género como factores de riesgo/protección para la salud.
- Capacitar para conocer el cuidado como mandato de género y su repercusión en la salud de las personas que cuidan.

Criterios de resultados

Los/las participantes al final de la Unidad Temática II, Género y Salud:

- Reconocerán estereotipos masculinos y femeninos y su implicación en la salud.
- Reconocerán que las emociones se pueden expresar con todas las partes de nuestro cuerpo.
- Conocerán las posturas y la respiración que corresponde a cada emoción.

- Distinguirán las características de la masculinidad tradicional hegemónica y de la feminidad tradicional hegemónica.
- Identificarán las características de una masculinidad y una feminidad saludable.
- Entenderán los síntomas como expresión de malestares corporales, sobre todo en las mujeres.
- Reconocerán los elementos principales del cuidado.
- Reconocerán la importancia de los afectos y las emociones en los cuidados.
- Reconocerán las repercusiones del cuidado en la salud del cuidador o la cuidadora.

Contenidos

1. Salud y roles de género.
2. Los roles de género como factor de riesgo/protección para la salud y generadores de desigualdad.
3. Masculinidad y riesgo.
4. Feminidad y riesgo.
5. El cuidado como rol de género. Cuidados familiares.
6. Género y profesiones sanitarias.



Propuesta de actividades para los seminarios

1. Total de cinco seminarios.
2. Salud y roles de género.
3. Género y profesiones sanitarias.
4. Creencias populares y estereotipos de género sobre los ciclos vitales de las mujeres.
5. Dolor crónico generizado. Una mirada de género.
6. Uso y abuso del consumo de alcohol en jóvenes. La importancia de la amistad y los mandatos de género.



SEMINARIO 7.

LOS ROLES DE GÉNERO COMO FACTOR DE RIESGO/ PROTECCIÓN PARA LA SALUD

Rosa Casado Mejía, M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Alicia Botello Hermosa

Cuando no existe armonía entre la identidad de una persona y sus acciones, la persona se rompe por dentro (Valls-Llobet, 2010).

A veces, para cumplir determinadas expectativas sociales, forzamos nuestras posibilidades y vamos en contra de lo que realmente deseamos y necesitamos –aunque en la mayoría de las ocasiones esto no sea consciente–, el cuerpo se contractura y puede aparecer dolor en diversas formas, así como problemas de salud.

Hombres y mujeres son distintos y diversos. En el proceso de socialización las personas adoptan los roles de género que están determinados por la sociedad y la cultura en la que cada cual vive en un lugar y momento histórico determinado, cruzado con otras categorías, como son la clase,

la religión, la etnia, la orientación sexual, el hábitat rural o urbano y el proceso completo de socialización. Por tanto, tendríamos que hablar de múltiples masculinidades y femineidades, según los modelos adoptados por hombres y mujeres. En este capítulo nos centraremos en el modelo de masculinidad tradicional hegemónica (MMTH), cuyos valores principales han sido descritos por Michael Kaufman (1989) o Luis Bonino (2008), entre otros, aunque se presenta cómo van evolucionando los modelos y se invita a reflexionar en nuestra propia situación.

En nuestra sociedad se esperan cosas distintas para los hombres y para las mujeres: a los hombres se los socializa para el afuera, lo productivo, lo público; a las mujeres para el adentro, lo reproductivo, lo privado. Al dar mayor valor a los roles masculinos, estos se convierten en factor de



desigualdad por razón de género (Casado-Mejía y Botello, 2018).

En el caso de las mujeres, a quienes históricamente se nos ha negado la palabra, cuando no podemos expresar nuestros malestares con la voz, hacemos síntomas para que sea nuestro cuerpo quien lo exprese. Cumplir con nuestros roles y mandatos de género repercute en nuestra salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), «los roles de género son un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc.».

Hombres y mujeres sufren consecuencias en su salud por los papeles que han de cumplir para «ser hombres» verdaderamente: aprenden un modelo masculino tradicional patriarcal (Pescador, 2018), de forma que se construye la masculinidad para sostener la sociedad patriarcal, o por los papeles que tienen que cumplir las mujeres

para ser consideradas «verdaderas mujeres», según el mandato de género tradicional que dicta las normas sobre femineidad.

Consecuencias para las mujeres
del modelo de feminidad tradicional hegemónica

Educación “tradicional” de las mujeres

- Se nos responsabiliza del bienestar, el cuidado y el mantenimiento de las relaciones
- Vivir para otros, amor romántico
- Estar siempre disponibles, renuncia persona, entrega total y apasionada
- Resignación, sacrificio y abnegación
- Si cumplo mi papel y soy buena los demás cambiarán
- Tolerancia, comprensión empatía

Consecuencias

- Postergación y olvido de nuestras propias necesidades y proyectos de vida
- Dependencia
- Sumisión
- Victimización
- Sentimientos de culpa y fracaso
- Pena, justificar la violencia

Esta construcción de la masculinidad trae problemas de salud para ellos mismos y todas las personas que les rodean, sean otros hombres, mujeres o sus hijos e hijas (Bonino, 2001). Los mayores problemas masculinos están relacionados con necesidad de crecimiento que rompa con la coraza que limita la expresión de sus emociones (Pescador, 2018).



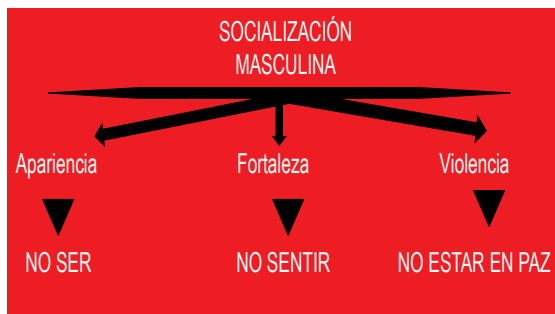
Michael Kaufman (1989) afirma que la masculinidad gira sobre la capacidad del hombre para ejercer el poder y el control.

Podríamos decir que el modelo de masculinidad se construye por espejo-oposición «al otro». En ese lugar se sitúa todo lo femenino o feminizante. Ser hombre fundamentalmente significaría «no ser mujer», y este mandato de género hacia otros varones que no cumplan el modelo mediante la homofobia y la camaradería y aceptación de los que sí cumplen el modelo. Elisabeth Badinter (1993) reflexiona sobre la identidad masculina y

destaca que el hombre «para hacer valer su identidad masculina deberá convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual».

En este modelo tradicional con una clara tradición patriarcal los varones reafirman su masculinidad a través de espacios, actividades y rituales en los cuales ratifican entre ellos mismos ese modelo: prácticas de riesgo, deportes extremos, juegos violentos de contacto... En todos ellos se miden la fuerza, la musculatura, la competitividad o la osadía como sinónimos de valentía. Vuelven a repetirse estos rituales mediante el lenguaje en entornos cerrados homosociales «solo para hombres», y que van desde clubes de fútbol y deportes y lobbies de trabajo hasta rituales religiosos, como cofradías en Andalucía, sociedades gastronómicas (txokos) en el País Vasco, etc. Van configurando espacios masculinizados donde no solo se reafirman los roles masculinos, sino que se contribuye a fomentar redes de influencia, contactos sociales y laborales y espacios lúdicos de donde se excluye intencionadamente a las mujeres.

Consecuencias para los hombres del modelo de masculinidad tradicional hegemónica





Consecuencias para las mujeres del modelo de género en transición

<u>Por rol de género</u>	<u>Por conflictos en ideales de feminidad</u>
<ul style="list-style-type: none">• Sobrecarga por roles antiguos+nuevos• Carga monomarental en soledad• Frustración proyecto laboral• Infravaloración y segregación en el trabajo remunerado frente al masculino• Acoso laboral	<ul style="list-style-type: none">• Transgresiones de roles. Techos de cristal• Conflictos de pareja por redistribución de poder y privilegios• Frustraciones y duelo: ruptura pareja• Dificultades de compatibilidad con el ideal maternal• Conflicto con el ideal de “buena madre”• Periodos de ciclo vital que redefinen la feminidad

Sara Velasco

Las imágenes masculinas del poder asociadas a la dominación son analizadas por Michael Kaufman (1989), que las segmenta en tres categorías: violencia hacia sí mismo, hacia las mujeres y hacia otros hombres. En este sentido, analizando los actos de violencia sexual y doméstica cometidos por varones, afirma que son una demostración de la necesidad de confirmación del ser varón, al mismo tiempo que prácticas de ejercicio de la dominación. Por otra parte, sostiene que las

Consecuencias para los hombres del modelo de género en transición

<u>Por rol de género</u>	<u>Por conflictos en ideales de masculinidad</u>
<ul style="list-style-type: none">• Contradicción con la pérdida de privilegios• Acceso a roles tradicionalmente femeninos• Roles de nuevos cuidados o compartidos mal vistos por el entorno• Pérdida de contacto y cotidianidad con hijos e hijas por separación• Carga monoparental en soledad• Desvalorización en el trabajo• Acoso laboral	<ul style="list-style-type: none">• Nostalgia del rol tradicional y privilegio• Desconcierto ante confrontación con ideales de masculinidad de nuevos modelos• Conflictos de pareja por redistribución del poder, autonomía y funciones• Conflicto con ideal de “buen padre”• Dificultad para responder al ideal de potencia y omnipresente respuesta sexual• Periodos de ciclo vital que redefinen la masculinidad

Sara Velasco

masculinidades se construyen y se modifican con los avatares históricos, pero se han reproducido los roles del mandato dominante.

Estas feminidades y masculinidades tradicionales presentadas van evolucionando y nos vamos encontrando con otros modelos de ser hombres y mujeres: Sara Velasco (2009) define un modelo en transición y un modelo contemporáneo donde estas características van transformándose, lo



que no significa que no vayan acompañadas de sus vulnerabilidades.

En el modelo en transición, hombres y mujeres buscan unas relaciones más igualitarias, desarrollar ambos papeles en lo público y en lo privado, realizarse en pareja..., pero los cambios racionales se dan antes que la integración plena en lo emocional, de manera que siguen teniendo interiorizados roles y mandatos de género que se siguen dando en la intimidad.

En el modelo contemporáneo se rompen los roles esperados y surgen otros problemas derivados de la «confusión» que esto implica, todo está en construcción: una mayor libertad en las relaciones e identidades conlleva una mayor inseguridad.

De los roles de género que más influyen en la salud encontramos el cuidar. Cuidar es necesario para que la vida siga, pero se convierte en mandato de género para las mujeres y entonces se convierte, en muchas ocasiones, en perjudicial para la salud de esas mujeres que cuidan. Las repercusiones son múltiples y suponen también

Consecuencias para mujeres y hombres del modelo de género contemporáneo

Por rol de género

- Competitividad entre ambos por el éxito profesional y social
- El diferente desarrollo personal produce rivalidad y distanciamiento
- Los proyectos y realizaciones individuales pueden colisionar y dividir la pareja
- Falta de realización de maternidad por asincronía del deseo de la pareja o por competencia con el proyecto personal

Por conflictos en ideales de masculinidad

- Ideal de eterna juventud
- Desorientación sobre significado y requerimientos del amor
- Sobre-exigencia de satisfacción sexual
- La caída de interés sexual puede deteriorar la continuidad del vínculo de pareja
- Experiencias sexuales fuera de la pareja pueden entrar en contradicción
- Necesidad de re-identificación con parejas sucesivas
- Periodos largos de soledad y búsqueda
- Conflictos, desestimiento de encontrar pareja, soledad, frustración, sentimientos de fracaso y abandono

Sara Velasco

desigualdad: laborales, del uso del tiempo o repercusiones económicas (Carrasco, 2011) y también en salud: hay consecuencias por el hecho de cuidar (Cannuscio et al., 2004). En nuestro contexto social los papeles están cambiando, las familias están cambiando. Aunque el cuidado sigue siendo femenino, los hombres se van incorporando a este (Torres-Enamorado y Ruiz-Arias, 2018). Esto supone, en muchos casos, diferentes formas de cuidar que tendremos que indagar.



Actividad 1. Identificando mi hombre y mi mujer ideal

Objetivo

Reflexionar sobre la masculinidad y la feminidad, el imperativo social y si puede ser factor de riesgo para la salud.

Reconocer estereotipos masculinos y femeninos que marcan el modelo, distinguiendo las características del modelo de la masculinidad y feminidad tradicional hegemónica.

Estrategia metodológica: trabajo con fotografías y grupos de discusión. Lectura y reflexión crítica de artículo.

Procedimiento

Este ejercicio tendrá dos partes: con fotos de hombres para analizar el modelo de masculinidad que nos atrae y se repite igual con fotos de mujeres para reflexionar sobre el modelo de feminidad.

1. Elección de fotos. Se ponen sobre la mesa diversas fotos de hombres. Luego se repetirá igual con fotos de mujeres. Cada persona observa las fotos sin hablar y elige una. La mira y reflexiona sobre qué emociones le despierta la imagen:

Ver fotos del material de la actividad.

Se vuelven a dejar las fotos sobre la mesa, cada cual elige otra foto y hacen igual.

2. Puesta en común por parejas de las dos fotos elegidas. (Se puede hacer en la pizarra un cuadro sobre los valores y estereotipos marcados):
 - El cuerpo.
 - Sexualidad.
 - Tareas domésticas.
 - Paternidad/maternidad.
 - Etapas etarias.
 - Otras...



3. Puesta en común grupal. Se invita a comentar lo más destacable de lo que han experimentado y comentado en pareja.

Luego se les invita a comentar voluntariamente:

- Qué relación han tenido con su padre, que intenten ponerle un nombre (despreocupado, dictador, trabajador, cariñoso...). Influencia de esa relación en su vida (estudio, trabajo...). ¿Qué entendemos por paternidad? ¿Existen algunas diferencias entre las funciones del padre de hace varios años y las actuales?
- Qué relación han tenido con su madre, que intenten ponerle un nombre (cariñosa, explotadora, despreocupada, protectora, trabajadora...). Influencia de esa relación en su vida (estudio, trabajo...). ¿Qué entendemos por maternidad? ¿Existen algunas diferencias entre las funciones de la madre de hace varios años y las actuales?



Material

Imágenes de hombres en distintas situaciones, actividades y roles.



Imágenes de hombres en distintas situaciones, actividades y roles



Imágenes de mujeres en distintas situaciones, actividades y roles



Actividad 2. La feminidad y la masculinidad en el punto de mira

Objetivos

Fomentar el pensamiento crítico.

Sustentar las propias vivencias y opiniones con artículos científicos sobre el tema de la masculinidad y la feminidad construida y su influencia en las desigualdades de género, en concreto, en la salud.

Estrategia metodológica: comentario reflexivo.

En este capítulo, para contrastar las vivencias y opiniones que el grupo va a obtener de ellos y ellas mismas, así como de lo que le referirán otras personas, se propondrán al menos dos lecturas reflexivas de autoras y autores que han trabajado este tema para, como en otras ocasiones, darle argumentación teórica a lo reflexionado desde la experiencia.

Este comentario reflexivo puede realizarse como actividad independiente, una actividad más del seminario o integrando los comentarios y las alusiones a los textos propuestos en todos los momentos de reflexión colectiva de los ejercicios, pidiéndole a los y las participantes que fundamenten sus vivencias y opiniones con las lecturas previamente establecidas.

Procedimiento

1. Lectura de artículos:
Se les recomendará lectura previa a la realización del seminario de artículos seleccionados.
2. Comentario reflexivo:
Tras la lectura del artículo, se invita a realizar un comentario reflexivo en el que se relacione lo aprendido y trabajado (fotos, entrevistas...), razonando qué problemas de salud pueden tener los hombres debido a su «masculinidad», las mujeres debido a su «feminidad», qué se podría sugerir desde el sistema sanitario para mejorar la salud de las mujeres y los hombres, sus opiniones en general.



Material

Artículos:

Bonino, Luis (2008). Salud, varones y masculinidad. En: José Ángel Lozoya y José María Bedoya (comps.). *Voces de hombres por la igualdad*. Edición electrónica de Chema Espada.

Blanco, Pilar (2004). La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a las consultas. Necesidad de un análisis de género. *Revista Salud* 2000, 95, 23-27.

Actividad 3.

Una cuestión de género

Objetivo

Visibilizar los roles de género de feminidad y masculinidad.

Discutir cómo los roles de mandatos de género tienen implicaciones en la salud.



Foto 5. Cartel de la película *Una cuestión de género*.
Producción: Participant Media, Focus Features, Amblin Partners.
Año 2018.

Fuente: <https://www.filmaffinity.com/es/film216003.html>



Estrategia metodológica: videofórum y grupos de discusión.

Procedimiento

- Analizamos las barreras con las que se encuentra la protagonista.
- Estereotipos de género que aparecen en la película e implicaciones en la salud.
- Analizamos el papel de la abogada y también del cliente y las dificultades que se encontraron ambos desde la perspectiva de género. *Una cuestión de género*. <https://youtu.be/Qk4bcoW-QQtY>.

Actividad 4.

Dando voz a quien cuida

Objetivos

Reflexionar sobre el cuidado como rol de género y su repercusión en la salud de mujeres y hombres que cuidan.

Reconocer los elementos principales del cuidado, la importancia de los afectos y las emociones en los cuidados y las repercusiones del cuidado en la salud de la persona que cuida.

Estrategia metodológica: realización de una entrevista.

Además de bucear en la amplísima bibliografía que hay sobre los cuidados familiares como rol de género, como mandato de género para las mujeres, es muy interesante que el alumnado aborde esta realidad escuchando las palabras de las personas protagonistas y así ser capaces de reconocerla en su entorno. A través de esta entrevista que se propone se permite que el alumnado conozca y se conciencie de las motivaciones que llevan a cuidar, cómo se desarrolla la actividad, los condicionantes que la acompañan, las repercusiones que tiene en la salud de las personas implicadas... Comprender el proceso les facilitará en un futuro una atención sin culpabilizar y sin acentuar el mandato de género, una profesionalidad de calidad.



Procedimiento

1. Contacto con alguna persona cuidadora que conozcan en su entorno cercano, medio familiar o vecinal. Con anterioridad al seminario, individualmente o por parejas.
2. Preparación de la entrevista. Prepararán un guion de entrevista con los ítems sobre los que quieran indagar.
3. Entrevista. La entrevistarán y grabarán dicha entrevista en cualquier soporte.
4. Presentación y comentario. En el desarrollo de este taller se presentarán y comentarán las entrevistas realizadas. Cada persona o pareja contará con un tiempo para hacer un resumen de la entrevista realizada y comentar lo que más le ha llamado la atención, sus reflexiones sobre el cuidado y sus características y lo que han aprendido.

Después participará todo el grupo preguntando y reflexionando en conjunto. Sobre las entrevistas, se analizará:

- La relación con la persona cuidada.
- El problema de salud de la persona dependiente.
- Cuántas personas están implicadas en el cuidado.
- Tiempo que lleva cuidando (en años, meses...).
- Horas que le dedica al día o a la semana.
- Qué tareas realiza a lo largo del día relacionadas con el cuidado.
- Qué actividades laborales o familiares realiza, aparte del cuidado de la persona dependiente.
- Si padece alguna molestia o síntoma físico (referido a la persona que cuida).
- Si padece alguna molestia o síntoma emocional y/o psicológico.
- Si tiene tiempo para el ocio... y para cuidarse a sí mismo/a.
- Cómo se siente.

Todo esto irá acompañado de comentarios sobre el artículo de M.^a del Mar García-Calvente, «El impacto de cuidar en la salud de las mujeres», que se habrá proporcionado para su reflexión



crítica y acompañamiento teórico a los comentarios de las entrevistas:

- ¿Qué semejanzas y diferencias se pueden encontrar con las cuidadoras familiares «informales»? (madres, esposas, hijas).
- ¿Tienen estos problemas los hombres?
- ¿Qué se podría sugerir desde el sistema sanitario para mejorar la salud de las personas que cuidan?

Material

- Soporte técnico para grabar: grabadora, móvil...
- Artículo: García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada y Maroto-Navarro, Gracia (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 18(2), 83-92.



BIBLIOGRAFÍA

Badinter, Elisabeth (1993). XY. *La identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.

Blanco, Pilar (2004). La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a las consultas. Necesidad de un análisis de género. *Revista Salud 2000*, 95, 23-27.

Bonino, Luis (2001). *La masculinidad tradicional, obstáculo a la educación en igualdad*. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela: Congreso Nacional de Educación en igualdad.

Bonino, Luis (2008). Salud, varones y masculinidad. En: José Ángel Lozoya y José María Bedoya (comps.). *Voces de hombres por la igualdad*. Edición electrónica de Chema Espada.

Blanco, Pilar (2004). La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a las consultas. Necesidad de un análisis de género. *Revista Salud 2000*, 95, 23-27.

Cannuscio, Carolina C.; Colditz, Grahon A.; Rimm, Eric B.; Berkman, Lisa F.; Jones, Camara P. y Kawachi, Ichiro (2004). Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Social science & medicine*, 58, 1247-1256.

Casado-Mejía, R. y Botello-Hermosa, A. (2018). La salud de las mujeres. En: Rosa Casado-Mejía y M.^a Ángeles

García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada y Maroto-Navarro, Gracia (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 18(2), 83-92.

Kaufman, Michael (1989). Hombres, placer, poder y cambio. Santo Domingo: Centro de Investigación Para la Acción Femenina (CIPAF). <https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/YoDecidoMiFuturo/HOMBRES.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. *Género y salud* (2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.

Pescador Albiach, Erick (2018). La salud y las masculinidades. En: Rosa Casado-Mejía, y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.



Torres-Enamorado, Dolores y Ruiz-Arias, Esperanza (2018). El cuidado como rol de género. Cuidados familiares. En: Rosa Casado-Mejía y M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Valls-Llobet, Carme (2010). *Mujeres, salud y poder*. 2.ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra.

Velasco, Sara (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva ed.



SEMINARIO 8.

GÉNERO Y PROFESIONES SANITARIAS

Soledad Vázquez Santiago y Eugenia Gil García

A pesar de los avances indudables de la última década y de que el derecho a la igualdad y la prohibición de discriminación están recogidos en todas las declaraciones de derechos y en las constituciones de los Estados democráticos, según K. Grosser y Jeremy Moon (2005), la asignación de roles estereotipados, hoy en día, sigue ocasionando una posición socioeconómica discriminatoria para las mujeres y una situación asimétrica de poder respecto de los hombres (Charlo y Torrado, 2012).

La teoría feminista puso de manifiesto la existencia de estas desigualdades en los mercados laborales (Torns y Recio, 2012) y constató que el principal obstáculo que lo explicaría es el rol de género asignado a las mujeres por la sociedad patriarcal (Saletti-Cuesta, 2013, p. 22).

El incremento en los índices de actividad femenina no ha conseguido eliminar la segregación de género dominante ni reducir los obstáculos para su desarrollo profesional, sino que, en la mayoría de los entornos organizacionales, se ha pasado de la exclusión explícita del pasado a la actual segregación en la vida profesional (Saletti-Cuesta, 2013, p. 23) y, según Teresa Torns (1999), generando nuevas desigualdades (Pastor, Belzunegui y Pontón, 2012) que se manifiestan doblemente en forma de segregación horizontal y segregación vertical de la ocupación laboral femenina (Torns, 2011).

Esta situación trata de explicarse desde la metáfora del techo de cristal, en referencia a las barreras visibles e invisibles que socavan la promoción profesional de las mujeres. Estos obstáculos pueden



ser externos (estructura, cultura organizacional y estereotipos de género), internos (identidad de género, motivación, atribuciones, aspectos de personalidad) e interactivos, que impiden a las mujeres seguir avanzando hasta ocupar los puestos más elevados en las jerarquías ocupacionales, entre otras cosas, por la ausencia de políticas públicas para combatirlo (Carrancio, 2015).

Esta metáfora, que ha sido utilizada para explicar este fenómeno, parece que está cayendo en desuso. Las razones para su reemplazo se relacionan con las nuevas cifras que circulan en el mercado internacional del trabajo y proponen la metáfora del laberinto para explicar la situación actual de las mujeres con relación al liderazgo (Lupano, 2011). Con ello, muestra que no existen barreras imposibles de atravesar hacia los puestos más altos y que, además, no son totalmente invisibles. Las mujeres no tienen denegado el acceso a los puestos jerárquicos, sino que, a diferencia de los hombres, deben sortear mayor cantidad de obstáculos para poder llegar a ellos. Hay estudios que dan cuenta de que las promociones y ascensos dentro de las organizaciones son mucho más

lentos para las mujeres que para los hombres, a pesar de que su formación y experiencia laboral sean similares (Montesó-Curto, 2014) social and institutional. The nursing profession with other women's work has also been faced with these difficulties. Methodology: We introduce several theories that analyze the concept of gender. Some justify the differential socialization theory: structural-functionalism (Durkheim, Marx, Engels, Weber, Parsons, Comte...). Existen evidencias de la coexistencia de ambos conceptos.

En este seminario se revisará la situación que los profesionales y la profesión de enfermería mantienen en el sistema sanitario, utilizando el género como categoría de análisis y en comparación con otras categorías profesionales, tal y como señalan las aproximaciones feministas. Para analizar los fenómenos descritos se proponen tres actividades que deben realizarse concatenadas para seguir el nivel de análisis lógico: primero se trabaja con los datos desagregados por sexo para analizar la feminización de las profesiones sanitarias en general y la de Enfermería en particular y posteriormente se aborda el fenómeno de techo



de cristal en dichas profesiones. Según el tiempo disponible, se utilizarán algunas de las propuestas que se exponen a continuación. En todas las actividades en las que se utilicen datos y estadísticas, estos deberán actualizarse cada año.

Actividad 1. Profesiones sanitarias, ¿en femenino? Datos y cifras

Objetivo

Analizar la influencia de los estereotipos de género en el acceso a las profesiones sanitarias.

Analizar la feminización de las profesiones sanitarias y sus implicaciones. El caso de la Enfermería.

Estrategia metodológica: pensamiento crítico y grupos de discusión.

Analizar datos del acceso a las carreras del área de la salud en el sistema sanitario español desagregados por sexo.

Analizar datos de colegiación de Enfermería (y Medicina, si hay tiempo disponible), desagregados por sexo.

Analizar datos de estudios de posgrado en el área de la salud desagregados por sexo.

Analizar datos sobre las especialidades de Enfermería (y Medicina, si el tiempo disponible lo permite), desagregados por sexo.

Procedimiento

Se hace una breve introducción para poner la mirada en la feminización de las profesiones sanitarias, origen y consecuencias.

1. Se divide al grupo en dos. La persona que conduce el seminario previamente ha preparado las estadísticas indicadas actualizadas.
2. Un grupo trabajará los datos desagregados por sexo del acceso a los estudios de grado de Enfermería (sería aconsejable incluir estos mismos datos de otras carreras de Ciencias de la Salud, pero es algo que queda supeditado



al tiempo disponible) de los años 2015 y 2020 y de colegiación, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en los mismos años. Entre otras estadísticas especificadas, estos serían los datos que se deberían manejar (en las referencias bibliográficas están especificadas las fuentes de las que se extraen).

Al segundo grupo se le entregan los datos desagregados por sexo de los estudios de

posgrado en Ciencias de la Salud y de las distintas especialidades en los mismos años.

Para obtener los datos desagregados por sexo en este gráfico, hay que acceder a la siguiente dirección (en la esquina superior derecha y pinchando en los iconos correspondientes): https://public.tableau.com/views/Academica_EEU/Estudiantes?%3AshowVizHome=no&%3Aembed=true#6.



3.2 Estudiantes en el SUE. Matriculados y egresados

Tabla 3.2.1 Número de estudiantes matriculados y egresados en el Sistema Universitario Español por sexo.

	Matriculados ⁽¹⁾ (2018-19)		Egresados (2017-18)	
	Total	% de mujeres	Total	% de mujeres
Total estudiantes	1.595.039	54,8%	303.925	59,0%
Estudiantes de Grado	1.293.697	55,2%	190.479	59,8%
Estudiantes de 1 ^{er} y 2 ^o ciclo	195	34,4%	1.324	37,8%
Estudiantes de Máster	214.528	54,4%	112.122	57,8%
Estudiantes de Doctorado RD 99/2011	86.619	50,1%	-	-

Gráfico 3.2.2 Distribución del número de estudiantes de Grado y 1^{er} y 2^o Ciclo por rama de enseñanza y sexo.

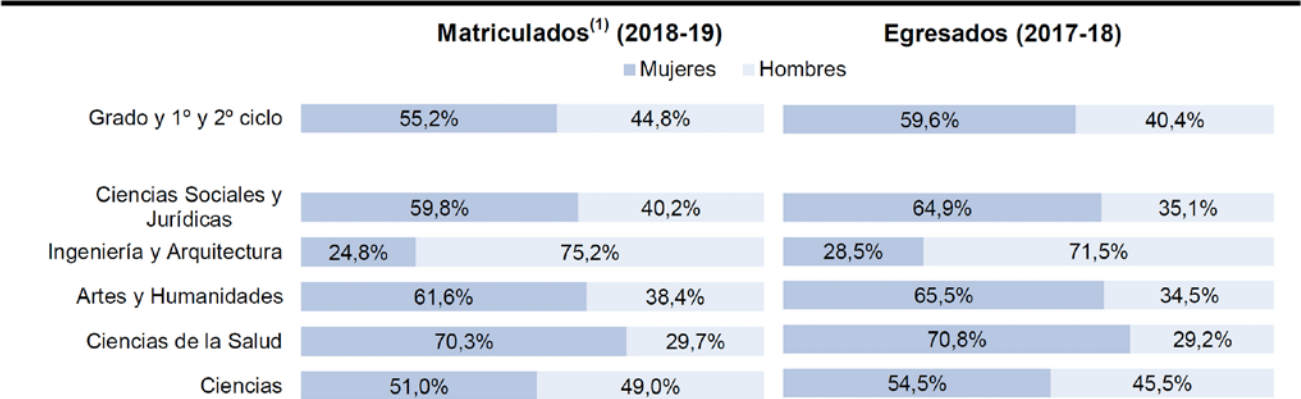


Gráfico 1. Fuente: Ministerio de Educación, C. y D. Datos y cifras del sistema universitario español. Curso 2019/2020 (p. 27).

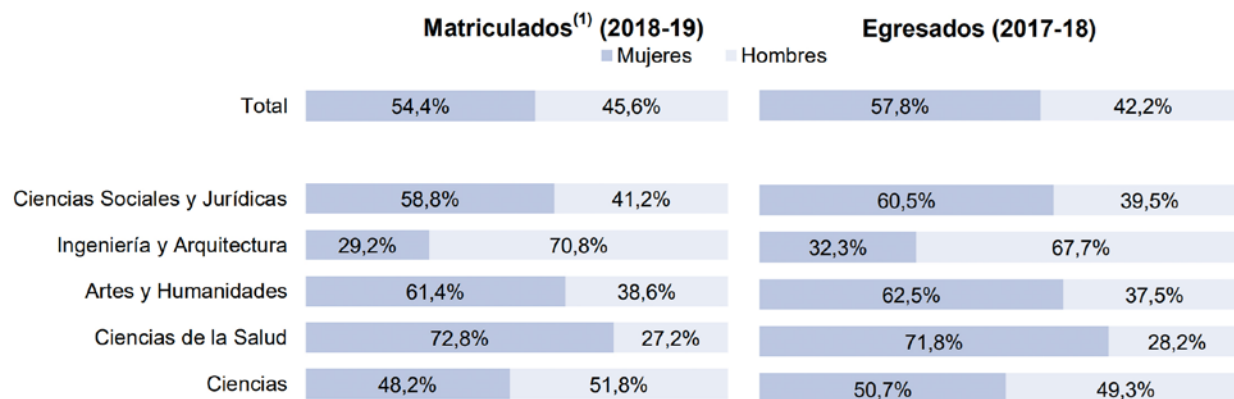
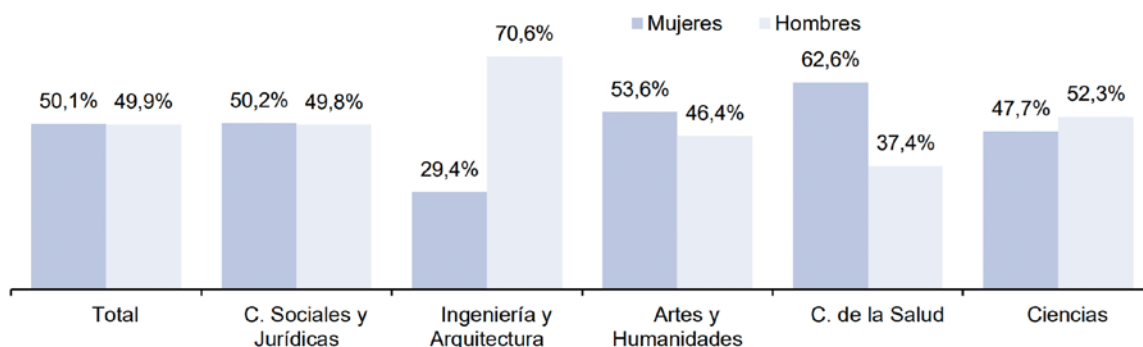

Gráfico 3.2.3 Distribución del número de estudiantes de Máster por rama de enseñanza y sexo.

Gráfico 3.2.4 Distribución del número de estudiantes matriculados en Doctorado RD 99/2011 por rama de enseñanza y sexo. Curso 2018-2019⁽¹⁾


Gráfico 2. Fuente: Ministerio de Educación, C. y D. Datos y cifras del sistema universitario español. Curso 2019/2020 (p. 27).



Matriculados por ámbito de estudio.Total nacional

Curso 2019-2020* (Avance). Grado y Ciclo.Total Universidades. Ambos sexos

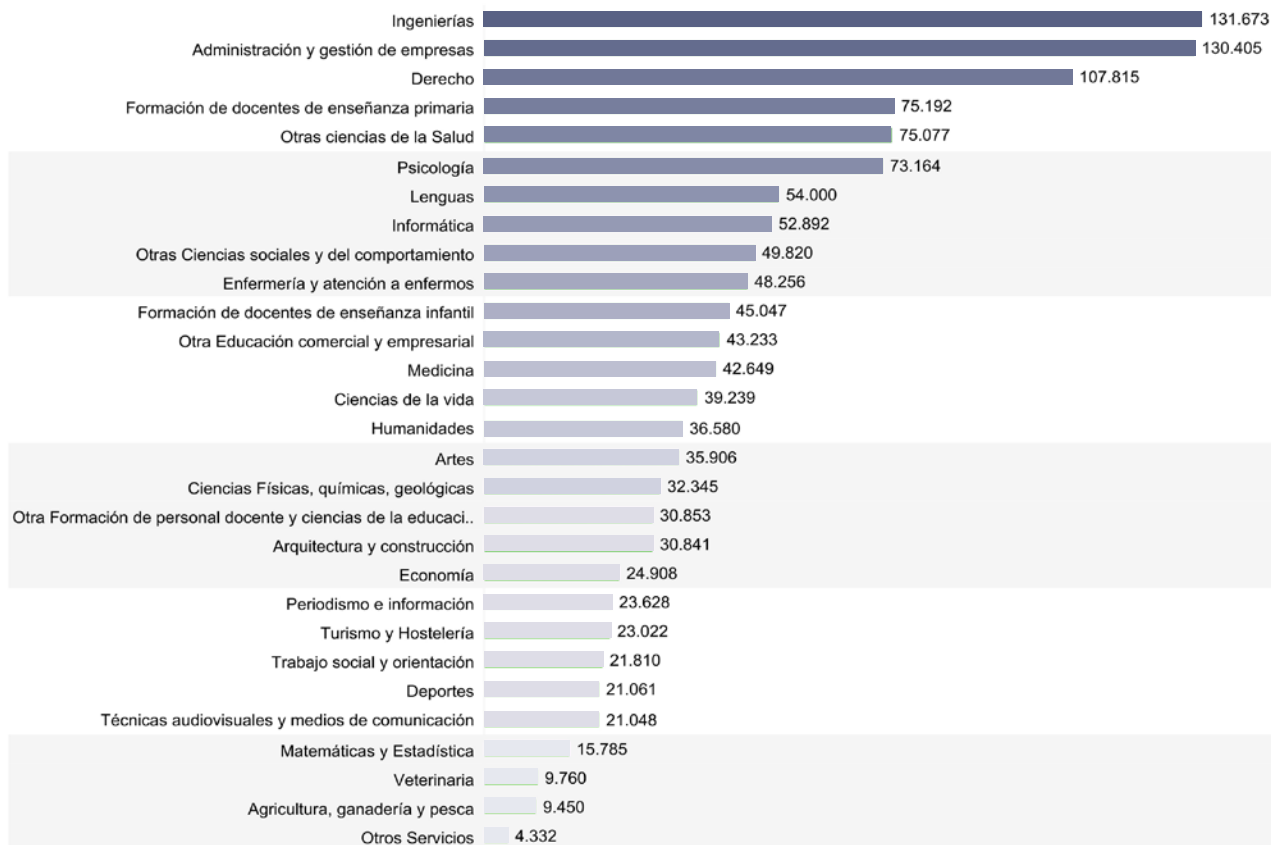


Gráfico 3. Fuente: Ministerio de Educación, Número de estudiantes en las universidades españolas (2019-2020) (Avance).



Matriculados



Total Nacional: 1.309.791

3. Se plantea a ambos grupos que analicen los datos facilitados desde la mirada de género:
 - Aplicando lo aprendido en temas anteriores sobre la socialización diferencial de género y su posible influencia en la toma de decisiones vitales, como es la orientación hacia determinadas profesiones, estableciendo una comparación por sexo.
 - Analizando la tendencia. ¿Cómo se comportan estos datos en los últimos cinco años?

- Comparando y justificando datos y cifras, desagregando por sexo. Establecer relaciones con la teoría feminista y analizar cómo se publicitan, cómo se presentan estos datos a la sociedad. «Discutir» con las publicaciones en revistas científicas de la salud, si procede.
4. Cada grupo extrae las conclusiones del tema planteado y las redacta como nota de prensa.
 5. Ambos grupos exponen sus conclusiones y se genera un debate.
 6. Cada estudiante incluirá sus conclusiones de manera sintética en la memoria del seminario. Para ello, se le facilita bibliografía complementaria sobre el tema que puede consultar de manera voluntaria.

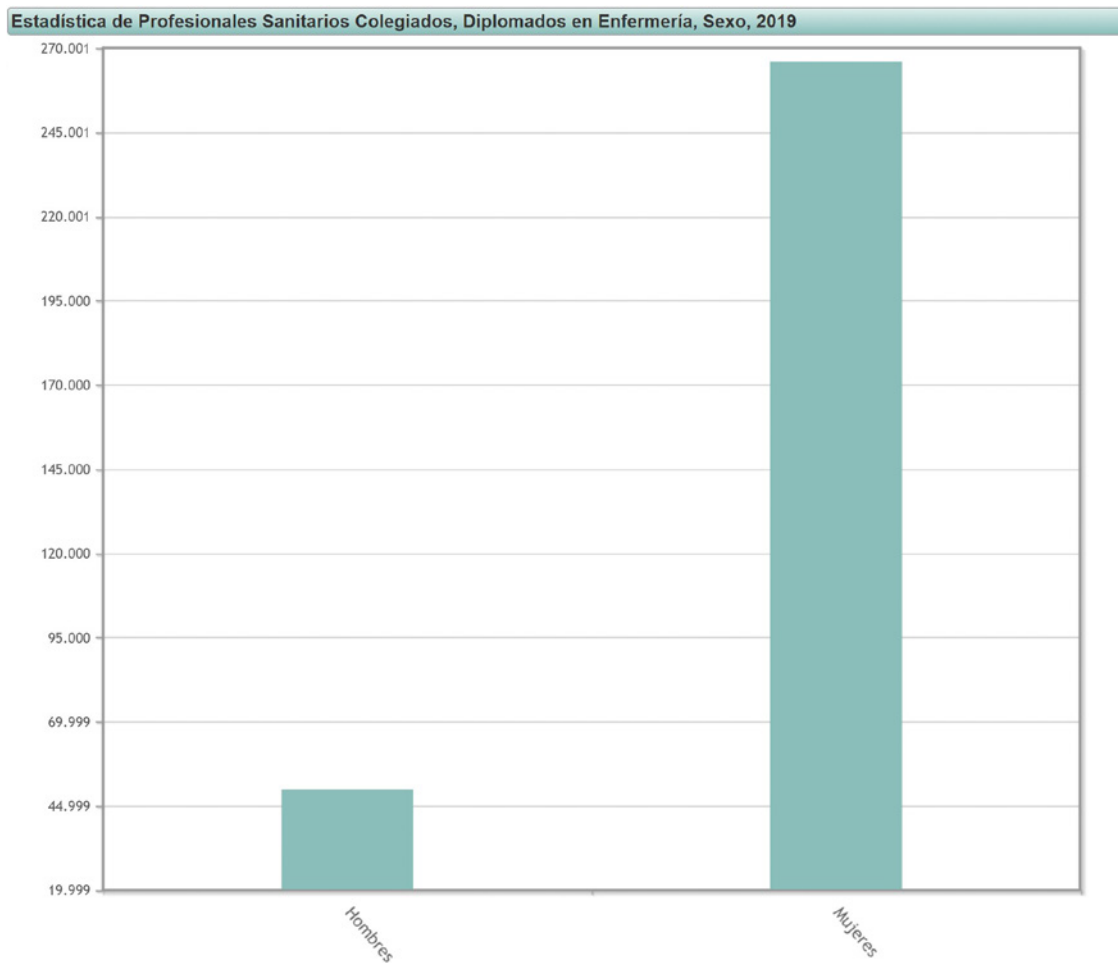


Gráfico 4. Datos de colegiación en Enfermería. Instituto Nacional de Estadística (2019).



Material

Estadísticas extraídas de la bibliografía referenciada.

Actividad 2.
¿Dónde se colocan mujeres y hombres en las profesiones sanitarias? Feminización de las profesiones sanitarias. Datos y cifras

Objetivo

Con los datos obtenidos en la anterior actividad, realizar «una foto» del número y nivel profesional de las y los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que los ocupan.

Analizar la correlación entre el número (desagregados por sexo) de profesionales de enfermería en el sistema sanitario público andaluz y el número o nivel de cargos que ocupan en la organización, fundamentalmente de enfermería y medicina.

Estrategia metodológica: pensamiento crítico, grupo de discusión.

Procedimiento

Para el desarrollo de la actividad se toma como referencia el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y se trabajará en relación con las siguientes propuestas:

- Representatividad de hombres y mujeres en las profesiones de medicina y enfermería y sus especialidades. Índice de feminización medido por el índice de presencia relativa de hombres y mujeres (IRPM). En el caso de que hayamos trabajado la actividad 1 de este seminario, se podrán utilizar las mismas gráficas* y las conclusiones a las que se haya llegado para implementar esta nueva la actividad.
- Niveles administrativos de las distintas profesiones sanitarias. Número de efectivos de

* Los datos y gráficos utilizados deben actualizarse cada curso académico (en este apartado y los siguientes), la persona que conduce el seminario buscará previamente la información o puede decidir que el alumnado lo haga en clase.



los profesionales del cuidado, desagregados por sexo.

- Feminización de la profesión de enfermería en España y resto países del entorno (se utilizan los datos extraídos de la actividad 1).

1. Se pide al grupo que se organicen en grupitos de cuatro personas. A todos los subgrupos se le entrega el mismo material:

- a) Gráficas seleccionadas sobre la representatividad explicitadas anteriormente y extraídas del Instituto Nacional de Estadística y de la web de la Consejería de Salud y Familias,

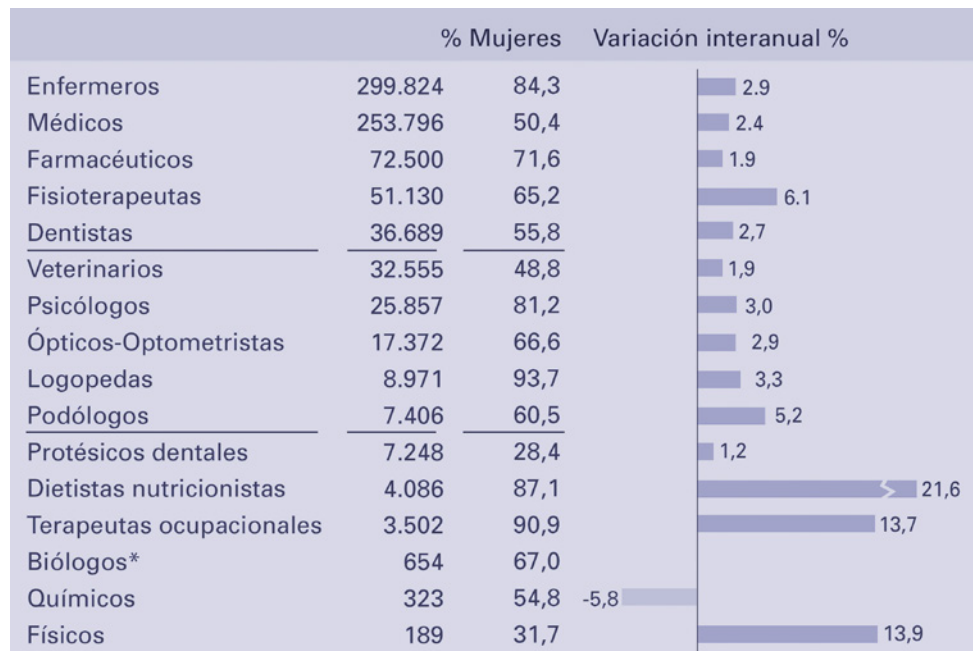


Gráfico 5. Profesionales sanitarios colegiados por sexo y edad 2019 (INE, 2020).



Gráfico 4.3.2.3.

IPRHM del personal del SAS según las principales categorías profesionales. Años 2015 y 2016

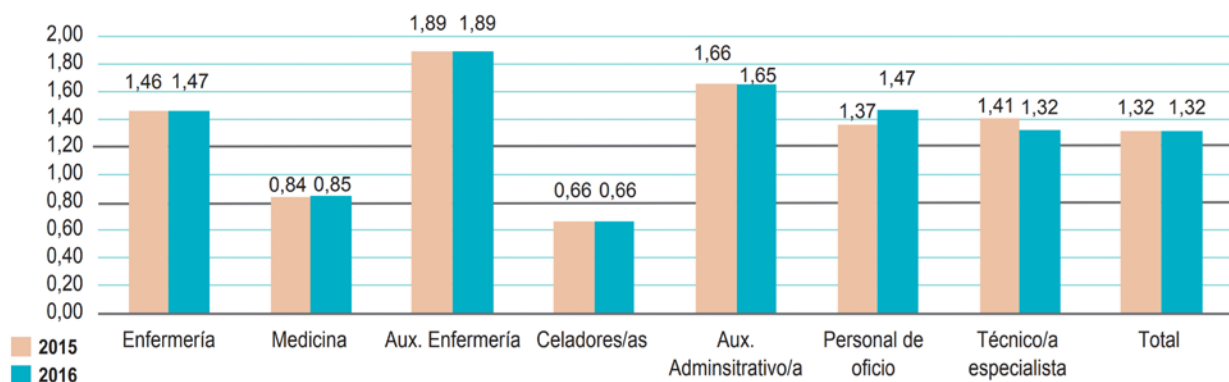


Gráfico 6. Personal del SAS por categoría profesional. Tomado de «Análisis del personal del SAS». En C. de H. y A. Pública (Ed.). *Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto*. 2017 Gráfico 4.3.2.3. (Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública, 2017, p. 238).

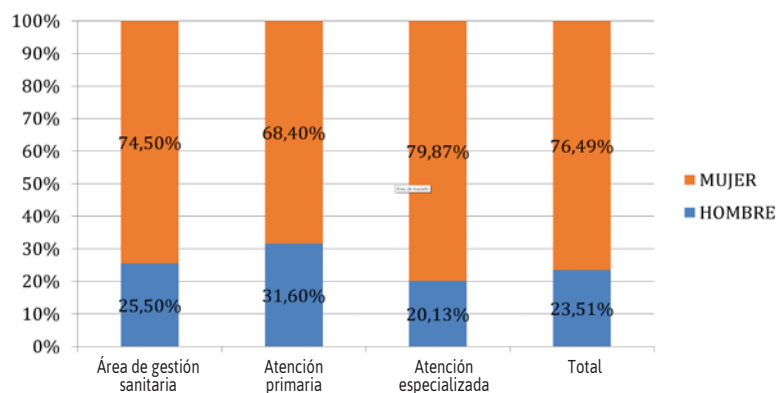


Gráfico 7. Distribución de profesionales de enfermería del SAS por género y área sanitaria.

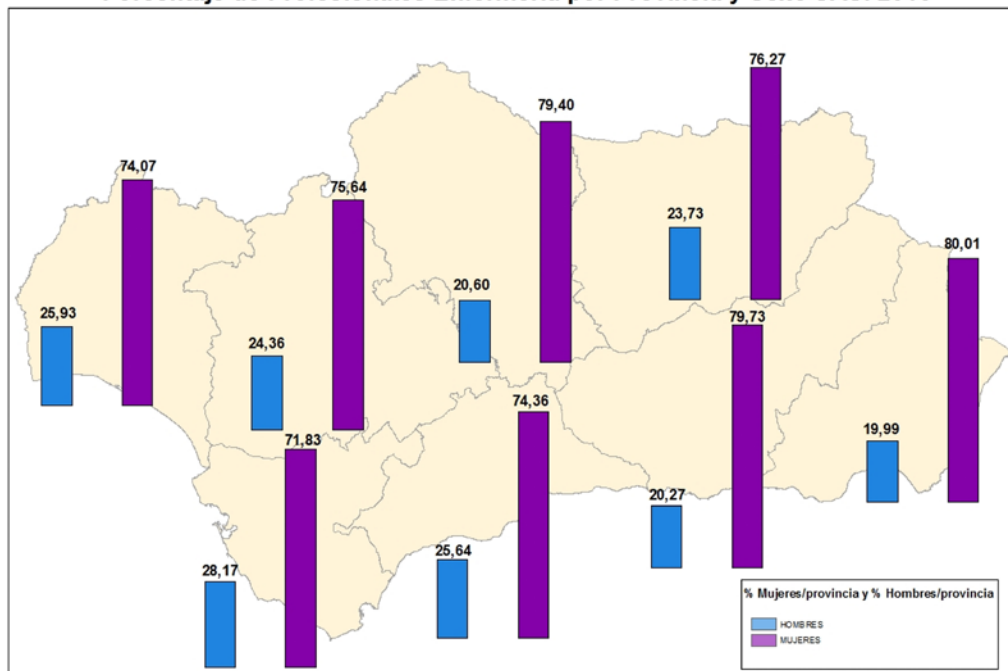
**Porcentaje de Profesionales Enfermería por Provincia y Sexo SAS. 2016**

Gráfico 8. Distribución de profesionales de enfermería del SAS por género y provincia.

concretamente del análisis del personal del Servicio Andaluz de Salud (SAS) 2020. Se incluye medicina y enfermería. Incluir las correspondientes a la ocupación de cargos directivos por sexo, edad y número de hijos.

b) El caso de la enfermería. Se les facilita los gráficos 11 y 12 de la tesis doctoral referenciada (Vázquez-Santiago, 2017) que corresponden a la distribución de los profesionales de enfermería por sexo y área y



al nivel de feminización por provincias de la CC.AA., respectivamente.

2. Con este material, cada subgrupo analiza los datos en función del objetivo planteado y recoge sus conclusiones.
3. A los veinte minutos, aproximadamente, cada subgrupo comunica al resto lo observado y analizado y se genera un debate. La persona moderadora cuidará en todo momento que los datos se contrasten utilizando perspectiva de género y fomentará que los subgrupos planteen soluciones para neutralizar el sesgo. Hacer hincapié en comparar la situación de feminización de las profesiones de medicina y enfermería para extraer similitudes y diferencias.

Actividad 3.

El techo de cristal en las profesiones sanitarias. El caso de la enfermería

Objetivo

Analizar la influencia de los estereotipos de género en el acceso y presencia de puestos directivos en la organización sanitaria pública andaluza.

Analizar el techo de cristal en la enfermería.

Estrategia metodológica: videofórum y análisis crítico.

Procedimiento

1. Se hace una breve introducción de las metáforas del techo de cristal y del laberinto. Se pide al grupo de estudiantes que busquen elementos que sustenten la existencia de dicho fenómeno (utilizar los resultados de la actividad anterior) y que apliquen esa observación en los documentos y/o vídeos que se utilizarán en esta actividad. Al final de los apartados propuestos se ponen en común y se extraen conclusiones.

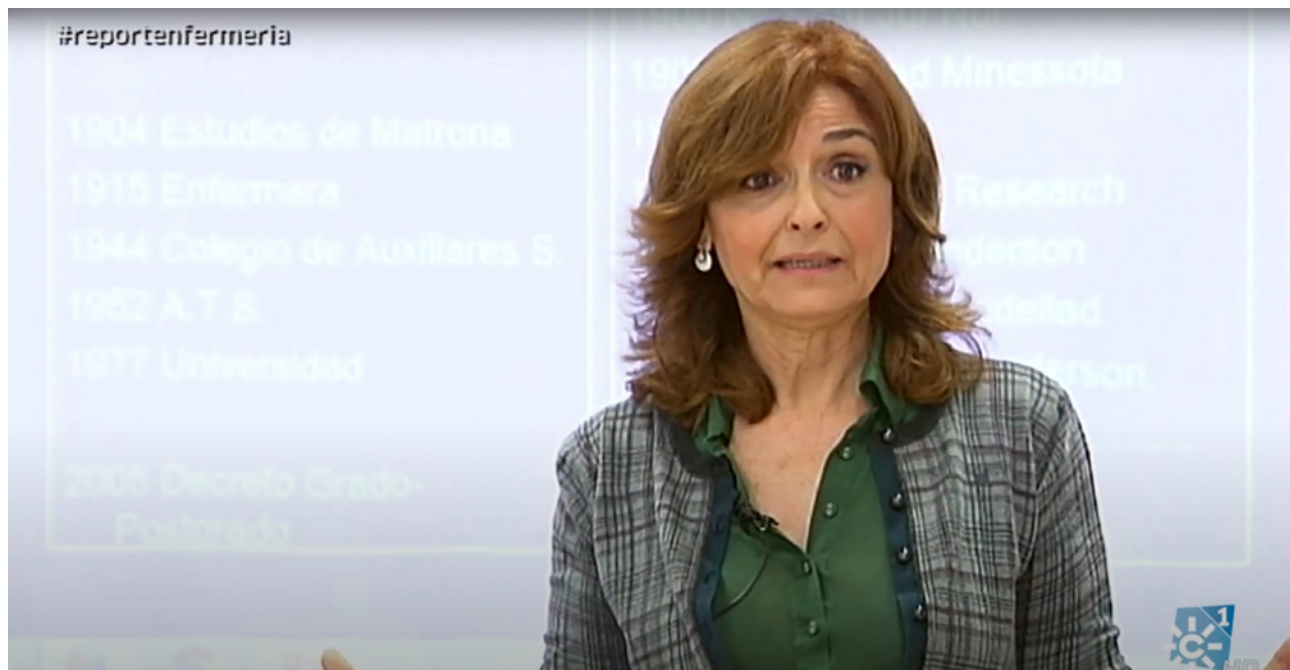


Imagen del reportaje *Liderazgo en Enfermería*. Los Reporteros, Canal Sur, 2017

2. En primer lugar se propone el visionado del vídeo del programa de *Los reporteros* (Canal Sur). Deben identificar los temas que se tocan en relación con el desarrollo actual de la profesión y rescatar las referencias relacionadas con el tema propuesto. En esta parte solo

hacen anotaciones. Los resultados de esta primera parte se recuperan en el debate final del seminario y dan pie a analizar: ¿hay un refrendo entre el desarrollo disciplinar y profesional de las enfermeras del siglo XXI y los puestos directivos en la toma de decisiones?



Relación entre enfermeras asistenciales y enfermeras en puestos directivos. SAS 2016.

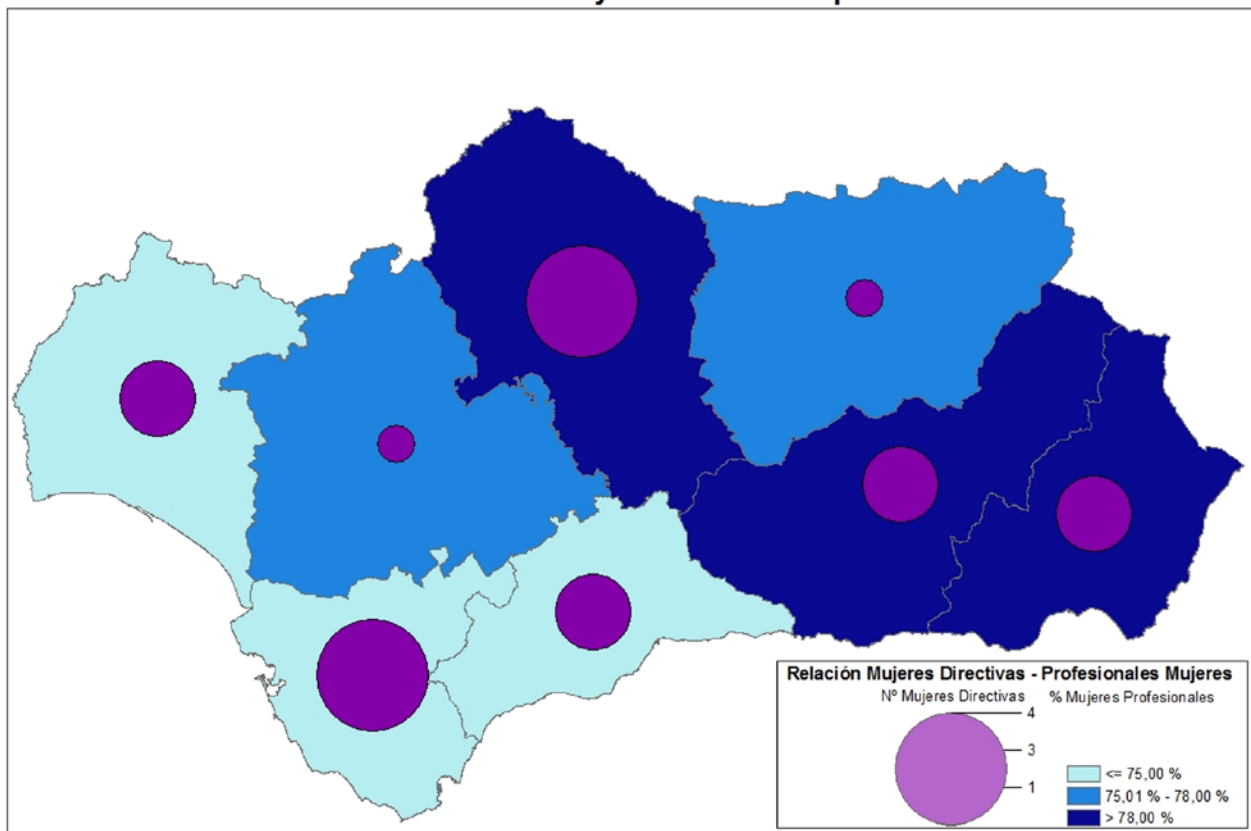


Gráfico 9. Relación entre enfermeras asistenciales y enfermeras en puestos directivos del SAS.

Vázquez Santiago, 2017, p. 119



Portada > Secciones > Profesionales sanitarios > Enfermería

"Las enfermeras tienen una doble desigualdad: social y de género"

Raquel Rodríguez Llanos, presidenta del Colegio de Enfermería de Cáceres, explica la cuestión de género en Enfermería

Raquel Rodríguez Llanos, presidenta del Colegio de Enfermería de Cáceres.



3. Una vez terminada la proyección del primer vídeo y dejando unos minutos para que individualmente terminen sus anotaciones, se pasa a la lectura del resumen de la tesis doctoral referenciada (Vázquez-Santiago, 2017) (anexo 1). Se entrega un tercer gráfico de esta misma tesis (gráfico 13). Relación entre enfermeras asistenciales y enfermeras en puestos directivos (SAS, 2017). Ayuda a centrarlo en el sistema sanitario público andaluz.
4. Visionado del segundo vídeo. Entrevista a Raquel Rodríguez, presidenta del Colegio Enfermería de Cáceres (*Redacción Médica*, junio de 2017).

Con todo el material facilitado se les indica que deben analizar el techo de cristal en enfermería y/o el fenómeno del laberinto y si es trasladable a otras profesiones sanitarias. Se deja un tiempo y se expone el resultado de cada grupo generando un debate final. En este sentido, la persona que imparte el seminario debe facilitar que salgan, al menos, los siguientes temas (todo se debe analizar con perspectiva de género):

- Número de efectivos en las distintas profesiones. Comparar las cifras en el conjunto de la institución sanitaria, reflexionar sobre la situación.



- Observar dónde se sitúan hombres y mujeres en ambas profesiones y justificarlo desde la teoría de género.
- Número de efectivos en las distintas profesiones y representatividad y niveles administrativos (retributivos) que ocupan en la empresa sanitaria por sexo, profesión, edad y número de hijos. Analizar la tendencia.
- Situación de las dos profesiones. Similitudes y divergencias. Analizar la tendencia feminizadora en ambas y observar la correlación o no con la ocupación de cargos directivos.
- Reflexionar sobre la situación en otros contextos (otras CC.AA., nacional, internacional).
- Analizar la sobrerrepresentación femenina desde la teoría del género. Contrastar si las cifras tienen refrendo con los niveles de ocupación de cargos directivos y/o altos puestos en la escala administrativa.
- Reflexionar sobre la influencia de los estereotipos que perviven y generan desigualdad laboral y de desarrollo profesional.
- Reflexionar sobre las barreras estructurales, psicológicas y sociales de las mujeres para alcanzar puestos de poder en las organizaciones (en este caso, públicas, sanitarias) y de las enfermeras en particular. Proponer soluciones para neutralizar sesos.

Material

Resumen de la tesis doctoral *Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el sistema sanitario público andaluz* (Vázquez-Santiago, 2017).

Vídeo 1: vídeo del programa Canal Sur *Los reporteros* (2017) titulado «Las enfermeras del siglo XXI» en el Día Internacional de la Enfermería. Intervención de Soledad Vázquez sobre liderazgo y representatividad de las enfermeras en los puestos de poder de las instituciones sanitarias.

Vídeo 2: vídeo de la entrevista a Raquel Rodríguez y nota de prensa de *Redacción Médica* (junio de 2017).



ANEXO 1

Resumen de la tesis doctoral *Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el sistema sanitario público andaluz* (Vázquez-Santiago, 2017)

Introducción: las enfermeras son mayoría y el colectivo profesional más numeroso de la empresa sanitaria pública andaluza; sin embargo, están infrarrepresentadas. A pesar de las políticas de igualdad, su presencia es anecdótica en el organigrama directivo y en particular las mujeres están en minoría en los cargos de gestión de enfermeros de la organización.

Entre los factores que inciden en esta realidad y son objeto de análisis en este trabajo están el clima organizacional estereotipado, organizado desde la hegemonía médica, el sistema gerencial acuñado basado en la gestión clínica ligada al uso de incentivos monetarios externos, la pervivencia de los roles sociales y profesionales estereotipados y su influencia en la conformación de

las identidades, relaciones y trayectorias profesionales y personales.

Objetivos y metodología: los objetivos de esta tesis son determinar la presencia de los cargos directivos de Enfermería en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y analizar, desde una perspectiva feminista y a través de sus discursos, las barreras estructurales, sociales y personales que impiden al colectivo y a las mujeres dentro de él lograr una representación equitativa en la estructura directiva de la organización sanitaria. Asimismo, determinar, desde la percepción de los y las participantes, las iniciativas y/o programas auspiciados por la institución para neutralizar el sesgo y promocionar a las mujeres. Para ello, he realizado un estudio cualitativo, mediante entrevistas en profundidad realizadas al 73,3% de los/as directivos/as de enfermería del sistema sanitario público andaluz. Para el análisis de contenido de los discursos me he apoyado en el software Nudist Vivo versión 11 Plus. Este se ha completado a un mayor nivel de profundidad mediante el análisis crítico del discurso.



Resultados: tras este apartado se exponen, desagregados por sexo, los resultados en relación con la presencia directiva enfermera en el SSPA, a los elementos para el liderazgo –motivación hacia la Enfermería y hacia la carrera directiva–, las trayectorias profesionales y directivas diferenciadas de hombres y mujeres, incluyendo el sistema de acceso. Seguidamente se muestran los resultados obtenidos sobre las trabas estructurales que dificultan el ejercicio directivo, entre las que están la estructura organizativa y el modelo de gestión clínica; las trabas de género centradas en la pervivencia de los estereotipos en la organización y sus profesionales y el papel de las familias como favorecedor o limitador del ejercicio directivo. Por último, se recogen las opiniones sobre la implementación de las políticas de igualdad y de cómo permean en el sistema y en sus profesionales.

Conclusiones: las enfermeras están infrarrepresentadas en el SSPA. Los hombres entrevistados se adhieren en gran medida a un perfil más gerencial y tecnificado, centrado en objetivos, y las mujeres a un perfil más cuidador centrado en las necesidades de los pacientes. Las enfermeras son más vocacionales y no tienen tanta inclinación hacia los cargos de gestión como los hombres. Existen prejuicios sobre la enfermería en general y sobre las enfermeras en particular, derivados de la pervivencia de los estereotipos en la organización. El clima organizacional andromédico, el sistema gerencial de gestión clínica adoptado y la aplicación de las cuotas paritarias en una profesión feminizada no están favoreciendo el paso de las enfermeras a la escala directiva del SSPA.

Palabras clave: género, liderazgo, enfermería, cargos de gestión, sistemas públicos de salud.



BIBLIOGRAFÍA

Carrancio, C. (2015). El techo de cristal en el sector público: acceso y promoción de las mujeres a los puestos de responsabilidad. En: *XII Congreso Español de Sociología* (1-21). Gijón. <http://fes-sociologia.com /el-techo-de-cristal-en-el-sector-publico-acceso-y-promocion-de-las/congresspapers/2290/>.

Charlo, M. J. y Torrado, M. N. (2012). La mujer directiva en la gran empresa española: perfil, competencias y estilos de dirección. *Estudios Gerenciales*, 28(124), 87-105. [http://dx.doi.org/10.1016/S0123-5923\(12\)70217-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0123-5923(12)70217-6).

Lunardi, V., Peter, E. y Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras?: una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(5), 268-274.

Lupano Perugini, M. L. (2011). *Liderazgo, género y prejuicio: influencia de los estereotipos de género en la efectividad del liderazgo femenino y actitudes hacia las mujeres líderes*. Tesis doctoral. Universidad de Palermo, Palermo, Italia. <http://hdl.handle.net/10226/1668>.

Miró-Bonet, Margalida; Gastaldo, Denise y Gallego-Camín, Gloria (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26-34.

Montesó-Curto, P. (2014). Dificultades para el avance de las mujeres: diferentes teorías sociológicas. *Enfermería Global*, 13(4), 265-274.

Observatorio de Salud de la Mujer (2009). Estereotipos de género en el sistema sanitario. En: *Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias* (52-56). https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeSaludGenero2007-2008/informeSaludGenero2007_2008.pdf.

Saletti-Cuesta, L.; Delgado, A. y Ortiz-Gómez, T. (2014). Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. *Salud Colectiva*, 10(3), 313-323. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2014.395>.

Sánchez-Pérez, J. Á.; López-Méndez, E. y Del Llano-Señarís, J. E. (2015). Liderazgo de organizaciones y equipos sanitarios. <http://fundaciongasparcasal.org/publicaciones/cuadernos-gestion-sanitaria-numero-5-liderazgo-de-organizaciones-y-equipos-sanitarios.pdf>.

Torns, T. y Recio, C. (2012). Las desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de Economía Crítica*, 14, 2013-5254.



Referencias bibliográficas del material utilizado

Banco Mundial y Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte (2019). *Datos y cifras sistema universitario español Curso 2019/2020*. <https://www.ciencia.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.26172fcf4eb029fa6ec-7da6901432ea0/?vgnextoid=364e006e96052710Vgn-VCM1000001d04140aRCRD>.

Canal Sur. Los Reporteros. «Los enfermeros del siglo XXI» (13/05/17) (Archivo de vídeo) <https://youtu.be/UkSs3LOzeL0>.

Instituto Nacional de Estadística (28 de mayo de 2020). *Estadística de profesionales sanitarios colegiados*. Año 2019. https://www.ine.es/prensa/epsc_2019.pdf.

Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública (2016). *Informe de Evaluación de Impacto de Género en el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2016*. https://www.juntadeandalucia.es/haciendayadministracionpublica/planif_presup/genero/informe/informe2016/informedeevaluaciondeimpactoconlogos.pdf.

Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública (2018). *Informe de evaluación de*

impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2018. Análisis del personal del servicio andaluz de salud 2018. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/cehap_informe2018_informe-4-c.pdf.

Junta de Andalucía, Consejería de Hacienda y Administración Pública (2019). *Informe de evaluación de impacto de género del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2019. Análisis del personal del Servicio Andaluz de Salud 2019*. <https://www.juntadeandalucia.es/export/presupuestos2019/genero/informe-4-3.pdf>.

Rodríguez Llanos, Raquel (2017). Las enfermeras tienen una doble desigualdad: social y de género. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/-las-enfermeras-tienen-una-doble-desigualdad-social-y-de-genero-2529>.

Vázquez-Santiago, S. (2017). *Liderazgo, presencia y discursos de las enfermeras en el sistema sanitario público andaluz*. Tesis doctoral. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla, Sevilla. España. <https://idus.us.es/handle/11441/65272>.



SEMINARIO 9.

CREENCIAS POPULARES SOBRE LOS CICLOS VITALES DE LAS MUJERES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO ASOCIADOS

Alicia Botello Hermosa

El ciclo menstrual es un fenómeno no solo biológico, sino también social y cultural (Almendra y Martínez, 1991). Dependiendo del entorno social y cultural donde se viva, pueden existir creencias culturales que se han ido transmitiendo de forma oral de generación en generación y pueden influir en lo que sienten y viven las mujeres durante la menstruación si no tienen los conocimientos suficientes al respecto; porque en muchas ocasiones estas creencias falsas llevan implícitos miedos ante los cuales se articulan prohibiciones.

No se puede afirmar que el ciclo menstrual y en particular la menstruación continúe siendo un tema tabú en nuestro país; sin embargo, es patente el desconocimiento general existente sobre el mismo y sobre los factores sociales y culturales que es fundamental conocer para un

manejo adecuado de la menstruación (Martínez, Parera y Rius, 2018).

De acuerdo con Madeleine Leininger (2002) y su concepto de cuidados transculturales, partimos de la idea de que la salud y la enfermedad y, por tanto, los ciclos vitales de las mujeres se presentan bajo un marco de referencia simbólico codificado, dando lugar a prácticas y comportamientos específicos apoyados en mitos, creencias y costumbres arraigadas. Además, a esta premisa hay que unir la condición de género, que surge en estas situaciones, dando lugar a connotaciones diferentes con respecto al cuidado humano, «siendo que los cuidados relacionados con el orden público y la aplicación de la fuerza física son asignados al hombre, mientras que los cuidados relacionados con todo lo que genera vida, es



fecundable y da a luz se revierten en la mujer» (Chávez Álvarez *et al.*, 2007).

Especiales connotaciones de género tiene la menstruación, ya que es asociada en muchas ocasiones y entornos a suciedad, pudiendo generar sentimientos de rechazo y vergüenza, por lo que se percibe más como algo que hay que ocultar con connotaciones negativas que como un hecho fisiológico con connotaciones positivas (Botello Hermosa, 2020).

De hecho, muchas veces se utilizan en su lugar eufemismos, nombres y frases hechas para no nombrar directamente la menstruación. En todo el mundo se calcula que pueden existir 60 billones de eufemismos relacionados con el ciclo menstrual (Stein y Kim, 2009). En nuestro entorno se utilizan muchos eufemismos diferentes para referirse a la menstruación, como por ejemplo «la regla», «el periodo», «estar mala», «ya llegó mi primo» o «ya se ha puesto los pendientes rojos», entre otros.

Paradójicamente, este tabú puede coexistir en nuestra sociedad con la recomendación de una

limpieza exagerada, en cuanto que la menstruación puede ser considerada sucia, maloliente, repugnante, etc.; sin embargo, los productos para mujeres relacionados con el manejo de la menstruación, como compresas y tampones, no son considerados de consumo básico. A esto se le conoce como la tasa rosa, y se aplica a productos de cosmética e higiene que son más caros por ser destinados a las mujeres (Thiébaud, 2018).

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

El ciclo menstrual mediante la menarquia supone el comienzo de la etapa fértil y su desaparición, con la menopausia, el comienzo de la etapa no fértil. Ambas etapas están cargadas de estereotipos de género, aunque de signo opuesto, porque, mientras la menarquia supone la fertilidad de la niña-mujer y la posibilidad de engendrar si así lo quisiera, con lo que está imbuido de estereotipos positivos como «hacerse mujer», la menopausia, al suponer el fin de la etapa fértil, se carga en muchas ocasiones de connotaciones negativas que se asocian a vejez y deterioro.



La menarquia es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas, es frecuente considerarlo el evento central de la pubertad femenina, ya que señala la posibilidad de fertilidad. No hay ningún pueblo ni cultura que no tenga ritos muy específicos referidos a la menarquia, a través de los cuales se establecen todos los tabús oportunos (Sau, 2000).

En la mayoría de los casos, la menopausia consiste en un cambio corporal normal y natural que suele ocurrir entre los 45 y 55 años de edad. Después de la menopausia, una mujer no puede quedar embarazada. La menopausia se completa cuando no se ha tenido la menstruación durante un año.

Así, la menarquia, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia y otras manifestaciones asociadas específicamente a la salud de las mujeres y que forman parte del funcionamiento fisiológico de su cuerpo se convierten en nudos clave a partir de los cuales se interpretan otros

aspectos sociales. Sin embargo, aunque sean conceptos distintos, se relacionan entre sí, y los periodos o etapas de la vida reproductiva de la mujer (menarquia, menstruación, embarazos, partos, menopausia) se convierten en ocasiones en el ideario colectivo en los periodos vitales de las mujeres, a pesar de que los ciclos de vida están formados por agrupaciones de edad (infancia, vida adulta, ancianidad), y no por etapas según «fertilidad» (Bodoque, 2001).

De esta forma, y de acuerdo con M.^a Luz Esteban, el ciclo menstrual y los periodos que lo anteceden, lo acompañan y lo preceden sirven de marco de referencia inamovible de la salud y la enfermedad, tanto para sanitarios y sanitarias como para mujeres que «aprenden a hacerlo así, no solo con los servicios sanitarios, sino con el proceso de socialización» (Esteban, 2004).

Es importante atender a este proceso porque la identidad de las mujeres está marcada por la definición cultural que vincula el ser femenino a determinados elementos de carácter biológico que están vinculados a su ciclo vital. Las



profesoras Coria, Freixas y Coves (2005) lo describen así:

Tres «emes», menarquia, maternidad y menopausia, definen los hitos del desarrollo femenino y otorgan a las mujeres una identidad fundamentalmente biológica en la que no se incluyen otros aspectos considerados cruciales en el desarrollo de la personalidad adulta, como el trabajo y la jubilación, que sí son tenidos en cuenta cuando se trata del desarrollo adulto de los hombres. La consideración de la centralidad de la maternidad como requisito para la construcción de la identidad femenina, deja al margen de la «auténtica feminidad» a quienes no han deseado o podido tener hijas e hijos. Nosotras: cuerpo y biología; ellos: rendimiento y participación en la arena pública y en el mercado laboral.

Estas definiciones son fundamentalmente biológicas y están centradas en el ciclo reproductivo.

De acuerdo con Amelia Valcárcel, hay que conocer los ritos para saber en qué consiste el ser humano, puesto que el concepto de rito va mucho más allá de fiestas, ceremonias y calendarios, existiendo ritos muy importantes, como los de pertenencia, de reconocimiento y de paso. «Cada individuo vive a lo largo de su vida biológica la inclusión en alguna de esas escalas, la quiera o no. Va de una a otra por sucesivos ritos de paso, se acomoda a ellas mediante las ceremonias de pertenencia, se mantiene en su lugar mediante los ritos de reconocimiento» (Valcárcel, 2009).



Actividad 1. ¡Rompe el tabú menstrual!

Objetivo

Analizar los eufemismos y expresiones para referirse a la menstruación para ser conscientes de la forma de invisibilizar este hecho durante siglos manteniendo de esta forma el tabú menstrual.

Estrategia metodológica: reflexión personal, tormenta de ideas, trabajo en grupo, debate y análisis crítico.

Procedimiento

Nos ponemos por grupos y debatimos:

- ¿Qué nombres y/o expresiones has escuchado en tu casa, en la calle o conoces para denominar a la menstruación? Hacemos una lista.
- ¿Por qué crees que se utilizaban?
- Si eres chica, ¿recuerdas con detalle cuándo tuviste la menarquia? Sensaciones, comentarios, día... Si queréis, podéis compartirla en grupo. Si

eres chico, ¿recuerdas la menarquia de algún familiar o amiga?

Al finalizar hacemos una puesta en común todos los subgrupos y vemos todas las expresiones y eufemismos que compartimos. Hacemos una lista en la pizarra con todas las expresiones y eufemismos recopilados.

Actividad 2. ¡No te duches, no te mojes la cabeza!

Objetivo

Investigar y analizar las cargas culturales que han existido y que todavía pueden existir en determinados contextos con respecto a la menstruación para que de esta forma se puedan romper los estereotipos de género asociados.

Estrategia metodológica: reflexión personal, tormenta de ideas, trabajo en grupo, búsqueda de bibliografía, búsqueda de fotos y vídeos en medios publicitarios, debate y análisis crítico.



Procedimiento

Como hemos comentado a lo largo del seminario, existen creencias populares que se van transmitiendo de generación en generación sin conocimiento científico y que llegan hasta nuestros días. Nos ponemos en grupo y debatimos:

- ¿Has escuchado alguna prohibición o algún peligro durante los días de la menstruación?
- ¿Tienen fundamento científico? Podemos hacer una búsqueda en internet para comprobarlo.
- ¿Por qué creéis que han llegado hasta nuestros días?

Actividad 3. ¡Ni mujer ni vieja!

Objetivo

Analizar los estereotipos de género asociados a la menopausia e identificar su causa.

Estrategia metodológica: reflexión personal, tormenta de ideas, trabajo en grupo, búsqueda de

bibliografía, búsqueda de fotos y vídeos en medios publicitarios, debate y análisis crítico.

Procedimiento

A lo largo del seminario hemos visto los estereotipos de género asociados a los ciclos vitales de las mujeres, principalmente a la menarquia y esa idea de transformación de «la niña en mujer» de repente, y de la menopausia, con las connotaciones negativas asociadas a vejez.

- Buscamos imágenes e ideas relacionadas con la menopausia en la red en diferentes épocas.
- Debatimos en grupos.
- Puesta en común. Recopilación de imágenes e ideas y contextualización de la época. ¿Observamos cambios?

Actividad 4. ¿Líquido azul?

Objetivo

Indagar sobre la imagen que se proyecta de la menstruación y de las ideas asociadas en los medios de comunicación en diferentes épocas.



Estrategia metodológica: búsqueda en la red de anuncios publicitarios y de campañas de publicidad sobre la menstruación.

Procedimiento

Buscamos en grupos por internet vídeos, fotos, imágenes que reflejen la menstruación en los medios

de comunicación como, por ejemplo, en anuncios de publicidad, después analizamos y compartimos en grupo:

- El lenguaje para referirse a la menstruación.
- La imagen que proyecta.
- Actitud de las y los protagonistas.



BIBLIOGRAFÍA

Almendo Padilla, M. Asunción y Martínez Selva, José María (1991). El ciclo menstrual como fenómeno social y cultural. En: Jesús Gómez Amor, José M.ª Martínez Selva. *Psicobiología del ciclo menstrual*. Madrid: Universidad Nacional a Distancia.

Bodoque Puerta, Yolanda (2001). Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gazeta de Antropología*, 17(12).

Botello Hermosa, Alicia. (2020) *¡Llego la regla!. Un análisis antropológico y de género sobre la menstruación en España*. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla.

Chávez Álvarez, Rocío Elizabeth; Arcaya Moncada, María Josefa; García Arias, Gladys; Surca Rojas, Teresa Catalina e Infante Contreras, María Virginia (2007). Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4), 680-687.

Esteban, M.ª Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Freixas, Anna (2005). La edad escrita en el cuerpo y en el carnet de identidad. En: Clara Coria, Anna Freixas y Susana Covas. *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Barcelona: Paidós.

Leininger, Madeleine (2002). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. En: M. Leininger y M. R. McFarland (eds.). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and culture* (77-98). 3.ª ed. Toronto: McGraw-Hill.

Martínez San Andrés, Francisca; Parera Junyent, Núria y Rius Tarruella, Joan (2018). Características e impacto de la menstruación en la mujer española: el porqué del interés de la posibilidad de supresión de la menstruación. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, 5, 71-9.

Sau, Victoria (1993). *Ser mujer: El fin de una imagen tradicional*. 2.ª ed. rev. y amp. Barcelona: Icaria.

Thiébaud, Élise (2018). *Esta es mi sangre. Pequeña historia de la(s) regla(s), de las que las tienen y de los que las marcan*. A Coruña: Hoja de Lata Editorial.

Valcárcel, Amelia (2009). *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Ediciones Cátedra.



SEMINARIO 10.

DOLOR CRÓNICO GENERIZADO. UNA MIRADA DE GÉNERO

Eugenia Gil García y Soledad Vázquez Santiago

Este seminario pretende que el alumnado observe el dolor crónico como una dolencia en sí misma, y no como la consecuencia de una enfermedad. Mirar el dolor como una enfermedad en sí misma permitirá analizar las experiencias personales que pueden estar favoreciendo el origen del dolor, las causas que lo favorecen y las estrategias que las personas llevan a cabo para minimizar el dolor y sus consecuencias. Para conseguir este objetivo, el alumnado realizará una entrevista a un hombre o a una mujer de su entorno cercano que padece dolor crónico no producido por una enfermedad oncológica. Posteriormente, en grupo se analizará la entrevista subrayando los efectos de la socialización de género en la etiología, estrategias y consecuencias que genera el dolor para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Actividad 1.

Entrevista estructurada a una persona con dolor crónico

Objetivo

Conocer las experiencias dolorosas y sus consecuencias en la vida cotidiana de mujeres y hombres que padecen dolor crónico.

Relacionar las experiencias dolorosas con los mandatos de género buscando las relaciones entre las experiencias personales y las consecuencias que tiene el dolor en la vida cotidiana de las personas que lo padecen.

Estrategia metodológica: entrevista.



1. Entrevista semiestructurada a personas con dolor crónico no oncológico. En el grupo de trabajo se llevarán a cabo al menos cinco entrevistas a mujeres y cinco entrevistas a hombres.
2. Analizar las entrevistas teniendo en cuenta lo que nos dicen los datos sobre prevalencia y localización del dolor crónico en mujeres y hombres en Andalucía a partir del análisis de la Encuesta Andaluza de Salud.

Para analizar las entrevistas partimos del conocimiento sobre la prevalencia, las localizaciones más frecuentes y la información que aporta el indicador razón de género. Según datos que recogemos del monográfico n.º 5 de *Cuadernos para la Salud de las Mujeres* titulado «Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres», publicado por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía (Gil-García y Cáceres Matos, 2020):

La prevalencia de dolor crónico en Andalucía a partir de los datos recogidos en la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) 2015/2016, de una muestra

representativa constituida por 6569 personas mayores de 16 años en Andalucía (49 % de hombres y 51 % mujeres), se observa que:

- 81 % de las mujeres (90 % de los hombres) no padecen dolor persistente durante al menos tres meses.
- 19 % de las mujeres dicen percibir un dolor durante al menos tres meses (los hombres padecen dolor crónico en un 10 %).
- Si fijamos la atención en el dolor crónico que produce incapacidad o limitaciones en la vida diaria, se observa que:
 - 14 % de las mujeres andaluzas de más de 16 años padecen dolor crónico incapacitante (7 % de los hombres).
 - El dolor crónico no incapacitante lo padecen el 6 % de las mujeres (3 % de los hombres).

Con respecto a las localizaciones más frecuentes del dolor crónico en mujeres y hombres residentes en Andalucía mayores de 18 años, son:

- Espalda, cuello, hombro, cintura cervical o lumbar, que afecta al 13 % de las mujeres (8 % de los hombres).
- Dolores de cabeza ocasionados por migrañas, jaquecas o cefaleas, que afectan al 5,3 % de las mujeres (1,4 % de los hombres).



Tabla 1. Datos de prevalencia de dolor crónico en mujeres y hombres por grupos de edad

Edad	Mujeres			Hombres		
	No Dolor	DCI	DCNI	ND	DCI	DCNI
16-24 años	90,3%	3,5%	6,2%	98,5%	0,5%	1,0%
25-44 años	86,7%	8,3%	5,0%	94,5%	3,3%	2,2%
45-54 años	79,7%	15,1%	5,1%	89,7%	6,9%	3,4%
55-64 años	70,7%	22,2%	7,2%	84,9%	11,8%	3,3%
65-74 años	72,9%	19,8%	7,3%	84,9%	9,5%	5,5%
+ 75 años	66,1%	29,9%	4,0%	77,5%	19,5%	3,0%
Total	80,5%	13,9%	5,6%	90,3%	6,9%	2,8%

Fuente: Cuadernos para la Salud de las Mujeres, n.º 5.

- Dolores ocasionados por la fibromialgia, que afectan al 3,4% de las mujeres (0,4% de los hombres).
- Angina o dolor en el pecho, que afecta al 0,8% de las mujeres, en igual proporción que a los hombres (0,8%).
- Dolores menstruales en el 2,5 % de mujeres entre 16 y 24 años.

Para visibilizar y comparar las diferencias y observar mejor la probabilidad de padecer dolor de las mujeres frente a los hombres utilizamos un

- indicador: razón de género, cociente entre el porcentaje de mujeres y el porcentaje de hombres. Tal como muestra la tabla, podemos decir que:
- Las mujeres tienen dos veces más probabilidades de padecer dolor crónico que los hombres, tanto si este les produce incapacidad o no.
 - Con respecto a las localizaciones, las mujeres:
 - Tienen 8,5 veces más probabilidades de padecer fibromialgia que los hombres.
 - Tienen 4 veces más probabilidades de sufrir dolores de cabeza.



Tabla 2. Localización del dolor crónico en mujeres y hombres por grupos de edad

	Mujeres					Hombres			
	Angina, dolor de pecho	Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura cervical o lumbar	Fibromialgia	Migrañas, jaquecas, cefaleas, dolor de cabeza frecuente	Dolor menstrual	Angina, dolor de pecho	Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura cervical o lumbar	Fibromialgia	Migrañas, jaquecas, cefaleas, dolor de cabeza frecuente
16-24 años	0,5%	2,7%	0,2%	2,2%	2,5%	0,0%	0,5%	0,0%	1,0%
25-44 años	0,1%	7,3%	0,9%	4,6%	1,2%	0,2%	4,6%	0,2%	0,9%
45-54 años	0,0%	13,3%	5,6%	5,3%	0,5%	0,0%	9,3%	0,7%	1,9%
55-64 años	0,7%	21,0%	9,2%	6,7%	0,0%	1,9%	12,0%	0,9%	2,1%
65-74 años	1,4%	22,0%	5,6%	6,8%	0,0%	2,2%	12,9%	0,6%	1,2%
+ 75 años	3,0%	30,6%	3,0%	9,0%	0,0%	3,0%	19,2%	0,0%	2,3%
Total	0,8%	13,3%	3,4%	5,3%	0,8%	0,8%	8,1%	0,4%	1,4%

Fuente: Cuadernos para la Salud de las Mujeres, n.º 5.

- Tienen 1,6 veces más probabilidades de tener dolores en la columna vertebral.
- Tienen las mismas probabilidades de tener angina o dolor pecho.
- El 4 % de las mujeres de 16 a 44 años padecen de dolor crónico menstrual, conocido como dismenorrea primaria.



Tabla 3. Razón de género del dolor crónico según incapacidad y localización

Razón de género	Según si incapacita		Según localización del dolor			
	DCI	DCNI	Angina, dolor de pecho	Dolor en columna vertebral u hombro	Fibromialgia	Dolor de cabeza
16-24 años	3,5/0,5=7	6,2/1=6,2	—	2,7/0,5=5,4	—	2,2/1,0=2,2
25-44 años	8,3/3,3=2,5	5,0/2,2=2,3	0,1/0,2=0,5	7,3/4,6=1,6	0,9/0,2=4,5	4,6/0,9=5,1
45-54 años	15,1/6,9=2,1	5,1/3,4=1,5	—	13,3/9,3=1,4	5,6/0,7=8	5,3/1,9=2,8
55-64 años	22,2/11,8=1,8	7,2/3,3=2,2	0,7/0,9=0,4	21,0/12,0=1,8	9,2/0,9=10,2	6,7/2,1=3,2
65-74 años	19,8/9,5=2	7,3/5,5=1,3	1,4/2,2=0,6	22,0/12,9=1,7	5,6/0,6=9,3	6,8/1,2=5,7
+ 75 años	29,9/19,5=1,5	4,0/3=1,3	3,0/3,0=1	30,6/19,2=1,6	—	9,0/2,3=3,9
Total	13,9/6,9=2	5,6/2,8=2	0,8/0,8=1	13,3/8,1=1,6	3,0/4=8,5	4,5/1,43=8

Fuente: Cuadernos para la Salud de las Mujeres, n.º 5.

Por otro lado, sabemos que el dolor crónico produce consecuencias en las actividades de la vida diaria de las personas que lo padecen. En la revisión de la literatura científica llevada a cabo por

Cáceres-Mato, Gil-García, Barrientos Trigo et al. (2020), se pone de manifiesto que el dolor crónico afecta a la calidad del sueño; produce trastornos del espectro ansiedad-depresión; tiene



consecuencias en las jornadas laborales y se asocia a un empeoramiento del funcionamiento familiar.

Procedimiento

1. Con anterioridad al seminario, el alumnado detectará una persona con dolor crónico no oncológico en su entorno cercano, le solicitará el consentimiento para entrevistarla y procederá a realizar una entrevista, que grabará en cualquier formato.

La entrevista nos dará información acerca de:

- El perfil de la persona entrevistada y la relación con la entrevistadora.
- El diagnóstico médico, diagnósticos de enfermería.
- La experiencia del dolor (inicio, desarrollo, momentos en que se acentúa o en que desaparece, a qué lo asocian).
- Consecuencias y afectaciones que produce el dolor en la vida diaria de la persona.
- Actividades laborales y domésticas que lo dificultan.

- Actividades familiares que lo dificultan.
- Estrategias que utilizan para minimizar el dolor, medicamentosas o no.

Actividad 2.

Elaboración de una parrilla de información

1. Al comienzo del seminario cada alumno y alumna expondrá los puntos recogidos en las entrevistas y en común indagaremos:
 - Las consecuencias que produce la sobrecarga de trabajo, que resultan de unir los tiempos de cuidados de personas dependientes con actividades laborales que requieren esfuerzos neurológicos intensos que producen cansancio y falta de la relación necesaria para conseguir un sueño suficiente y de calidad.
 - Limitaciones que produce el dolor en las actividades de la vida diaria.
 - Relación entre dolor y la dedicación a las actividades deportivas. La fortaleza o debilidad de la musculatura desempeña un



Tabla 4. Recogida de datos del paciente con dolor

Nombre entrevistado	Localización dolor	Origen que le atribuye	Limitaciones que le produce	Consecuencias para actividades vida diaria	Actividades de ocio y deportivas	Tiempo de sueño	Tiempo dedicado al trabajo

- papel importante en el mantenimiento y sostén del esqueleto y en la aparición de descalcificación ósea como la osteoporosis o problemas osteoarticulares que causan dolor crónico.
- Relación entre el dolor crónico y el aislamiento social y la valoración que hacen las personas al no poder cumplir las expectativas sociales como consecuencia del dolor crónico y si esto les afecta a la autoestima.
 - Relación entre el dolor y las actividades laborales que han realizado.

– Adaptación del sistema familiar para afrontar las situaciones de incapacidad que produce el dolor.

2. Finalmente, cada estudiante incluirá sus reflexiones en la memoria del seminario. Para ello puede consultar la bibliografía recomendada.

Material

Entrevista a persona con dolor crónico no oncológico.



BIBLIOGRAFÍA

Cabrera-León, Andrés y Cantero-Braojos, Manuel Ángel (2018). Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara. *Atención Primaria*. 50(9), 527-38. DOI: [10.1016/j.aprim.2017.03.020](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.020).

Cabrera-León, Andrés; Cantero-Braojos, Manuel Ángel y García-Fernández, Luis (2017). Living with disabling chronic pain: results from a face-to-face cross-sectional population-based study. *BMJ Open*, 8, e020913. DOI: [10.1136/bmjopen-2017-020913](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020913).

Cáceres-Matos, Rocío; Gil-García, Eugenia; Barrientos-Trigo, Sergio; Porcel-Gálvez, Ana María y Cabrera-León, Andrés (2020). Consecuencias del dolor crónico no oncológico en la edad adulta. Scoping Review. *Revista Saúde Pública*, 54:39. DOI: [10.11606/s1518-8787.2020054001675](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675).

Gil-García, Eugenia y Cáceres-Mato, Rocío (2020). Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. Monografía n.º 5. *Cuadernos para la Salud de las Mujeres* Consejería de Igualdad políticas sociales y conciliación.

Gil-García, Eugenia; Cáceres-Matos, Rocío; Núñez-Claudel, Belén; Gálvez-Zambrano, Ana; Vázquez-Santiago, Soledad; Cabrera-León, Andrés y Romo-Avilés, Nuria

(2020). Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. *Rev Esp Drogodependencias*. 45(1), 52-68.

Núñez-Claudel, Belén; Cáceres-Matos, Rocío; Vázquez-Santiago, Soledad y Gil-García, Eugenia (2019). Consecuencias de la dismenorrea primaria en adolescentes y mujeres. *Revisión Sistemática Exploratoria iQual*, 0(3), 132-47. DOI: [10.6018/iqual.402211](https://doi.org/10.6018/iqual.402211).

Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. 1.ª ed. Barcelona: Cátedra.

Otros recursos

Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud-yfamilias/areas/planificacion/plan-integral/paginas/paapd.html>.

Escuela de Pacientes: www.escueladepacientes.es.

Web oficial de la poeta cordobesa Juana Castro Muñoz: <http://www.juanacastro.es/>.

Vídeos, películas y cortometrajes.

- Testimonios de pacientes con fibromialgia. Escuela de Pacientes. <https://escueladepacientes.es/fibromialgia/fibromialgia/vidioteca-fibromialgia>.



- Videochat #DolorCrónicoNoOncológico. Escuela de Pacientes. <https://escueladepacientes.es/videoteca/videochats/309-videochat-dolor-cronico-no-oncologico>.
- Cortometraje *A Happy Seven* (2016). Sophie Meath.
- Película *Cake. Una razón para vivir* (2014). Daniel Barnz.
- Película *Sonata para violoncelo* (2015). Anna Bofarrull.
- Película *Dolor y gloria* (2019). Pedro Almodóvar.
- Cortometraje *La decisión de Alicia* (2019). Manuel Ollero.



SEMINARIO 11.

USO Y ABUSO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES. LA IMPORTANCIA DE LA AMISTAD Y LOS MANDATOS DE GÉNERO

Eugenia Gil García y Soledad Vázquez Santiago

El objetivo del seminario es conocer el significado que el alumnado le otorga al concepto de «riesgo» y las dinámicas promotoras de salud que llevan a cabo para minimizarlo. Reflexionar sobre las dinámicas de riesgo y de salud desde la perspectiva de género les ayudará a ser conscientes del efecto que tienen los mandatos de género en el uso y abuso del alcohol.

En el seminario partimos del conocimiento de los datos sobre el consumo de alcohol por parte de adolescentes y analizamos la evolución de los últimos años. Los informes epidemiológicos y los resultados de la encuesta EDADES muestran un aumento del consumo de alcohol en las mujeres jóvenes.

Posteriormente, proponemos la lectura de dos artículos con los que pretendemos que el alumnado comprenda los significados y las motivaciones atribuidas al consumo de alcohol por parte de las chicas adolescentes. Analizamos resultados de una investigación cualitativa llevada a cabo mediante grupos focales y entrevistas individuales en profundidad. Los resultados muestran cómo los significados atribuidos a la desinhibición y la diversión pueden estar contribuyendo a la generación de nuevas expectativas y demandas en relación con los códigos de feminidad y rupturas con los mandatos de género. Recordaremos que los mandatos de género son consecuencia de la sumisión de los roles patriarcales aprendidos culturalmente e interiorizados individualmente.



La profesora o el profesor que dirige el seminario refuerza los elementos aprendidos en clase relacionados con los mandatos de género recordando que se manifiestan, fundamentalmente, en tres niveles: la división sexual del trabajo, la sexualización del cuerpo de las mujeres y la construcción de una subjetividad femenina basada en la dependencia emocional.

La división sexual del trabajo, tal como pone de manifiesto Silvia Federici en *Calibán y la bruja*, tiene su origen en la fragmentación social que genera la apropiación de los recursos y dominación de las poblaciones del Nuevo Mundo y de las poblaciones europeas, especialmente las mujeres. En ambos casos se produce la expulsión forzosa de poblaciones enteras de sus territorios y el empobrecimiento generalizado de la población junto a la cristianización.

La sexualización del cuerpo de las mujeres como objeto de deseo lleva aparejada una socialización erótica relacionada con la sumisión a

la jerarquía masculina. Movimientos que muestran la misma lógica de socavar las relaciones comunales y la autonomía personal favoreciendo la construcción de subjetividades femeninas basadas en la dependencia emocional, la complacencia con el deseo y necesidades del otro y el olvido de los propios deseos y necesidades de las mujeres.

Como dice Clara Benedicto, «la feminidad normativa se basa, en lo personal, en el culto a la belleza, la docilidad y la vulnerabilidad y en lo relacional, en el cuidado y la entrega a los otros» (2018). Esta combinación trunca la autonomía y genera dependencia. La feminidad normativa esta íntimamente ligada a la baja autoestima, a la persecución de modelos de perfección y a la culpa por insuficiencia, inadecuación o transgresión de los roles de género. De esta forma, la culpa y el sufrimiento son garantía de sumisión al papel impuesto. Y la transgresión a la norma genera culpa, cicatrices que tienen funciones ejemplarizantes y correctivas.



Actividad 1. Elaboración de un mapa cognitivo sobre riesgo y consumo de alcohol

Objetivo

Conocer el significado del riesgo asociado al consumo de alcohol en el alumnado partiendo de sus experiencias que, posteriormente, relacionamos con mandatos, expectativas y valoraciones desde la perspectiva de género.

Estrategia metodológica: mapa conceptual y grupos de discusión.

1. Se explica la dinámica que se va a seguir incluyendo las referencias de los artículos que se van a trabajar en esta sesión.
2. Se abre un turno de intervención sobre las experiencias del alumnado relacionadas con el consumo de alcohol. Se dan unos minutos para que cada participante anote de manera individual su experiencia. Transcurrido este tiempo, se exponen en común y en la pizarra se va construyendo un mapa cognitivo sobre el conocimiento y las experiencias del consumo

de alcohol utilizando las aportaciones de los/las intervinientes.

3. Introducción del profesorado del tema mostrando datos sobre la prevalencia del consumo de alcohol en jóvenes (se detallan a continuación*) y posterior debate durante diez minutos sobre las experiencias del alumnado en el consumo de alcohol. En la pizarra se recogen las ideas y frases textuales entrecomilladas que sintetizan la información sobre las experiencias. Esta información ayudará a contextualizar la lectura de los artículos utilizados.
4. Una vez finalizada la primera actividad, se divide el alumnado en dos grupos y se le asigna un artículo a cada uno. Cada grupo lee detenidamente el artículo propuesto (30 minutos, aproximadamente) y se les pide que establezcan cinco resultados que les llamen más la atención. Un representante del grupo expone los resultados y las conclusiones.
5. Se abre un debate centrado en los mandatos de género relacionados con el consumo de alcohol en chicos y chicas y la valoración que se realiza por parte del grupo de iguales de las borracheras de ellos y ellas.



Material

Resultados del informe de la encuesta ESTUDES del Plan Nacional de Drogas publicada (2018-2019).

Actividad 2.

Reflexión sobre mandatos de género relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes

Reading of articles

- a. Romo-Avilés, Nuria; Marcos-Marcos, Jorge; Marquina-Márquez, Alfonso y Gil-García, M.^a Eugenia (2016). Intensive alcohol consumption by adolescents in Southern Spain: The importance of friendship. *International Journal of Drug Policy*, 31. DOI: [10.1016/j.drugpo.2016.01.014](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.014).
- b. Romo-Avilés, Nuria; Marcos-Marcos, Jorge; Gil-García, M.^a Eugenia; Tarragona-Camacho, Alicia y Marquina-Márquez, Alfonso (2018). «I like to be different from how I normally am»:

heavy alcohol consumption among female Spanish adolescents and the disruption of gender norms. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 23. DOI: [10.1080/09687637.2016.1259390](https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1259390)

Para contextualizar la lectura, el profesorado expone el estado de la cuestión acerca del consumo de alcohol en jóvenes a partir de la última presentación de la encuesta ESTUDES del Plan Nacional de Drogas publicada (2018-2019).

ESTUDES es una encuesta realizada en todo el ámbito nacional con un diseño que garantiza la representatividad a nivel nacional. El universo está compuesto por estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1 y 2 de Bachillerato, ciclo de Formación Profesional Básica y ciclos formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España. Los datos se recogieron entre el 4 de febrero de 2019 al 5 de abril de 2019. Con una muestra válida final de 38010 alumnos, con un nivel de confianza al 95,5 % y $p = 0,05$. La obtención de datos se consigue mediante un cuestionario autoadministrado que se cumplimenta por escrito.



ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA
(ESTUDES), 1994-2018



Tabla 5. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida													
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5	41,3
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6	29,1	31,1	33,0
Hipnosedantes*	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9	18,4
Hipnosedantes**	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0	8,6
Cocaína polvo y/o base	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2	2,9
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0	1,2	2,3	2,6
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6	1,9
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3	1,9	0,9	1,0	1,7
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	2,2	1,3	1,4	1,7
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4	1,4	1,7	1,5
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	0,7
GHB	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6	0,6
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,5	0,4

Gráfico 1.

En el seminario se proyectan tablas y gráficos recopilados del informe de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y se le pide al alumnado que observe

la evolución de las cifras de prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida que se refleja en el gráfico 1.



Consumo de alcohol

Perfil consumidores

14-18 años, últimos 30 días

- Sexo: 52,3% mujeres
- Pellas: 33,2% (24,4% total estudiantes)
- Padres les permiten beber: 50,4% (37,5% total estudiantes)
- Cuando salen regresan a las 3 a.m./+ tarde: 52,9% (37,6% total estudiantes)
- Consumo drogas ilegales últimos 12 meses: 42,7% (28,4% total estudiantes)

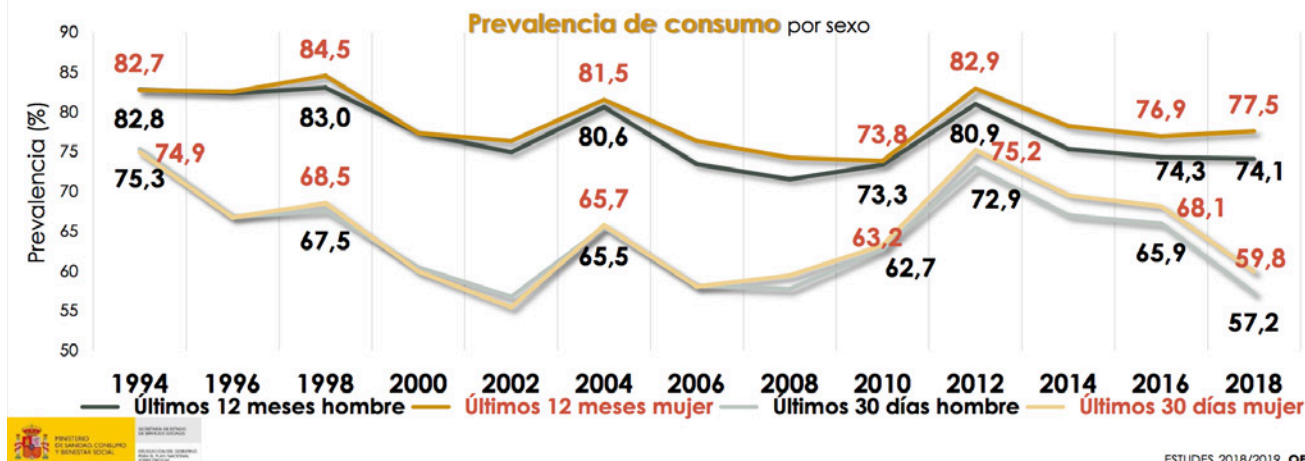


Gráfico 2.

1. La profesora o profesor que dirige el seminario se centrará en los resultados que reflejan los siguientes datos, y el alumnado deberá reflexionar en grupo.
 - El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años.
 - El 77,5% de las chicas de 13 a 14 años han consumido alcohol, frente al 74,1% de los chicos de la misma edad.
 - El 38,5% de las chicas de 13 a 14 años han consumido tabaco, frente al 31,4% de los chicos.



- El 29,2% de los chicos han consumido *cannabis*, frente al 25,9 de las chicas.
 - El 15,1% de las chicas han consumido hipnosedantes, frente al 4,7% de los chicos.
 - La primera ingesta de alcohol se produce a los 14,0 años.
 - Más de la mitad de los estudiantes de 14 años (56,1%) ha tomado bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. A los 16 años, la cifra aumenta al 82,5% y alcanza a los 18 años el 87%.
 - Posteriormente, proyecta el siguiente gráfico y se solicita que el alumnado observe y comente la evolución del consumo de alcohol en los últimos 30 días hábiles de chicos y chicas.
2. El profesorado solicita que el alumnado busque la definición de *binge drinking* en sus móviles y, posteriormente, que comente los resultados de prevalencia de consumo en adolescentes de sexo femenino y de sexo masculino en las tres ediciones.

Una vez que conocen los datos, se pasa a la lectura de los artículos recomendados.

Antes de la lectura de los artículos seleccionados, el/la profesor/a explica la metodología cualitativa utilizada en los dos artículos basada en 96 adolescentes entre 14 y 17 años que habían experimentado al menos un episodio de *binge drinking* durante el año anterior. Los participantes fueron reclutados en los centros educativos. Se realizaron diez grupos focales y 30 entrevistas individuales. Y centra la atención en los mandatos de género. Al finalizar con la información de los datos sobre consumo de alcohol y las experiencias del alumnado que están recogidas en la pizarra, se les solicita que relacionen las conclusiones/reflexiones que han extraído de la lectura del artículo trabajado con sus propias experiencias, mirando, analizando y repensando la relación con los mandatos de género. La persona que conduce el seminario debe conducir el debate y hacer que se centren en la importancia de la amistad en las situaciones de consumo colectivo de alcohol, en la influencia de los mandatos de género y en la valoración que el grupo realiza de las borracheras de chicos y chicas. Las conclusiones finales de la clase se llevarán al diario reflexivo, ampliándolas si fuera necesario.

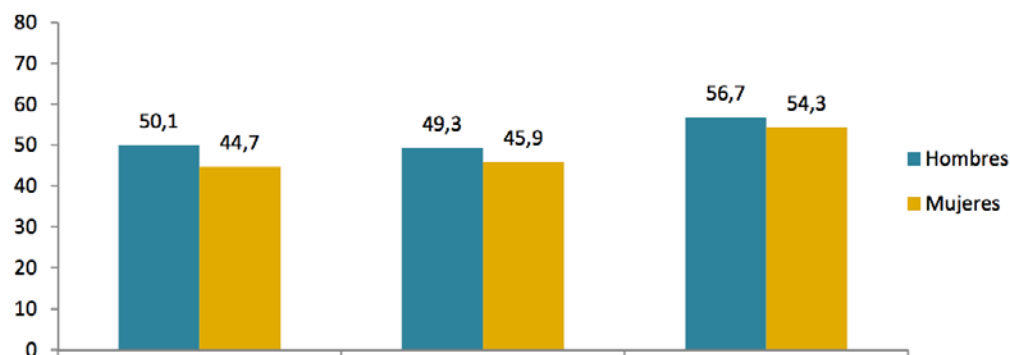


Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de “binge drinking” o consumo en atracón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han consumido alcohol, según sexo (%). España, 2014-2018

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

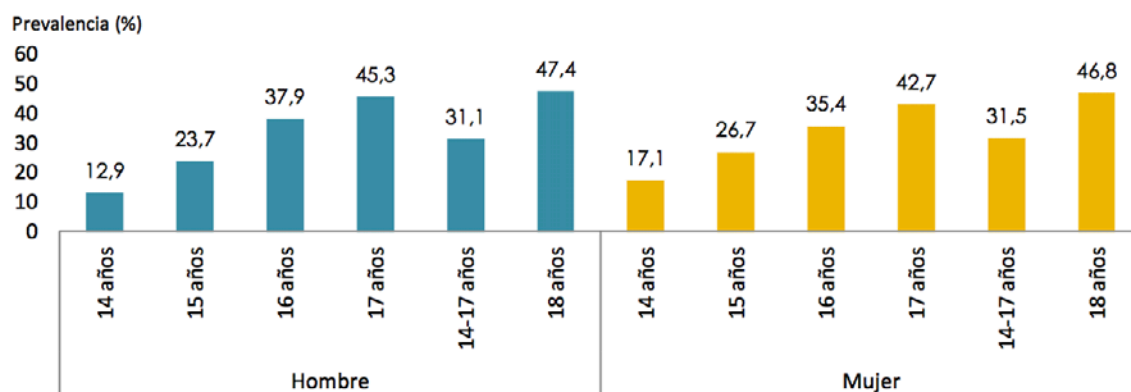


Gráfico 4. Prevalencia de consumo de atracón de alcohol (bing drinking) en los últimos 30 días según sexo y edad entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2018.

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).



BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, Encarnación (2015). *La producción científica de enfermería sobre consumo de alcohol en menores. Revisión bibliográfica*. Trabajo fin de grado. Sevilla. Universidad de Sevilla.

Benedicto, Clara (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607-625.

Federación Española de Baloncesto, Obra Social Caja Madrid (2009). Proyecto deportivo-social «Ponle un tapón al botellón». Madrid.

Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Galbe Sánchez-Ventura, José (2012). Grupo PrevInfad. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Revista Pediatría en Atención Primaria*, 14, 335-42.

March Cerdá, Joan Carles; Prieto Rodríguez, María Ángeles; Danet Alina, Suess Amets; Ruiz Román, Paloma y García Toyos, Noelia (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud *Atención Primaria*, 44(9), 527-531.

Marín Gutiérrez, Isidro; Vaca Gallegos, Silvia Libertad y Aguirre Burneo, M.ª Elvira (2014). Consumo de alcohol en menores de edad en Loja, Zamora y Santiago de Cali. *INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 395-402.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2018). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España ESTUDES (2017/2018). Gobierno de España.

Pérez Milena, Alejandro y Redondo Olmedilla, Manuel (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención Primaria*, 42(12), 604-611.

Rodríguez García, Ainhoa; Hernán García, Mariano; Cabrera León, Andrés; García Calleja, José María y Romo Avilés, Nuria (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19(2), 153-168.

Romo-Avilés, Nuria; Marcos-Marcos, Jorge; Gil-García, M.ª Eugenia; Tarragona-Camacho, Alicia; Marquina-Márquez, Alfonso (2018). «I like to be different from how I normally am»: heavy alcohol consumption



among female Spanish adolescents and the disruption of gender norms. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 23. DOI: [10.1080/09687637.2016.1259390](https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1259390).

Romo-Avilés, Nuria; Marcos-Marcos, Jorge; Marquina-Márquez, Alfonso; Gil-García, M.^a Eugenia (2016). Intensive alcohol consumption by adolescents in Southern Spain: The importance of friendship. *International Journal of Drug Policy*, 31. DOI: [10.1016/j.drugpo.2016.01.014](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.01.014).

Rutger, Engels; Reinout, W. Weirs; Lex, Lemmers y Geertjan, Overbeek (2005). Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns. *Journal Drug Education*, 35(2), 147-166.

Salcedo Monsalve, Alejandra; Palacios Espinosa, Ximena y Espinosa, Ángela Fernanda (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Universidad del Rosario. Colombia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 77-97.

Salvador Ferrer, Carmen María (2009). Expectativas de los jóvenes respecto al consumo de alcohol: la práctica del botellón. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 62-73.

Tarragona, Alicia (2015). *Etnografía del abuso de alcohol juvenil en un servicio de urgencias en Granada*. Tesis doctoral. Granada: Salud, Antropología e Historia. Universidad de Granada.



Competencia

Capacitar para desarrollar la prevención, la detección, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de la violencia de género (VG).

Unidades de competencias

- Capacitar para conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la VG en la mujer y su familia.
- Capacitar para aplicar protocolos de prevención, detección precoz y actuación integral contra la VG.

Criterios de resultados

Los/las participantes al final de la Unidad Temática III, Violencia de Género.

- Reconocerán los problemas físicos, emocionales, familiares y sociales más prevalentes derivados de la VG.
- Serán capaces de identificar las manifestaciones físicas, emocionales y sociales que indiquen una situación de maltrato contra la mujer.

- Serán capaces de proponer diferentes estrategias de prevención minimizando el daño de las primeras manifestaciones y evitando la revictimización.
- Identificarán factores protectores e indicadores de sospecha acerca de la VG (detección precoz de casos).
- Reconocerán protocolos integrales para la prevención, la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de las personas afectadas.
- Identificarán planes y políticas de igualdad contra la VG.
- Serán capaces de aplicar protocolos de actuación de forma integral.
- Plantearán estrategias favorecedoras del buentrato como medida para prevenir la VG.

Contenidos

1. Bases conceptuales de la VG.
2. Explicación teórica, ciclo y tipos de VG.
3. Repercusiones sobre la salud de las mujeres y sus familiares.



4. Detección: indicadores de riesgo de la VG.
5. Prevención de la violencia contra las mujeres: factores protectores.
6. Protocolos de actuación en el abordaje integral de la VG.
7. Buenas prácticas en la aplicación de la Ley Integral contra la VG.

Propuesta de actividades para los seminarios

Total de seminarios: seis

1. Conceptualización, origen, características y ciclo de la VG.
2. Tipos de VG, indicadores de sospecha y repercusiones en la salud.
3. Guías integrales de actuación frente a la VG.
4. La violencia en el noviazgo y en las redes sociales.
5. La prostitución y la trata de mujeres y niñas.
6. Prevención: el buentrato como proyecto de vida.



SEMINARIO 12.

CONCEPTUALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y CICLO DE LA VG

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Rosa Casado Mejía

En esta sesión se reflexionará acerca de la base de la violencia contra las mujeres, clarificando los conceptos relacionados con la VG, así como los tipos y su origen.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de VG que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada» (ONU, 1993).

Se trata de un derecho humano que hay que proteger. La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o expareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

En España, a partir del 2004 se protege a las mujeres a través de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, referida a los malos tratos hacia las mujeres por parte de la pareja o expareja, por ser los más prevalentes en nuestro medio:

La VG no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige contra las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión (Preámbulo de L.O. 1/2004).

Es una ley pionera en Europa, que introduce recursos como la creación de los juzgados especializados en violencia sobre la mujer, el teléfono



¿Qué se entiende por VG?

Asamblea General de la ONU 20/12/1993

Artículo 1: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Artículo 2: Se entenderá violencia contra la mujer física, sexual y psicológica los siguientes actos:

- a) Malos tratos por parte de la pareja o expareja**
- b) Abusos sexual de las niñas
- c) Violencia relacionada con la Dote
- d) Violación por el marido
- e) Actos de violencia perpetrado por otros miembros de la familia
- f) Acoso e intimidación en el trabajo e Instituc. Educativas
- g) Violencia relacionada con la explotación
- h) Mutilación genital femenina y otras tradiciones nocivas
- i) Trata de mujeres
- j) Prostitución forzada

Gráfico 1. Concepto de violencia de género (ONU, 1993).

de ayuda 016 a la mujer agredida, el cual está activo permanentemente (las 24 horas, los 7 días de la semana y todos los días del año), es gratuito, da servicio en 51 idiomas y no aparece en la factura del teléfono para evitar que el maltratador descubra que su pareja ha llamado allí.

Posteriormente, a nivel europeo, destaca el Convenio de Estambul 2011, de notable importancia por el hecho de ser vinculante, obliga a todos los Estados miembros a adoptar medidas para prevenir y luchar contra la violencia contra las mujeres, y se constituye así en el tratado internacional



de mayor alcance para luchar contra la VG. El convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada.

Esto implica que los Estados deberán introducir en sus sistemas jurídicos estos delitos, lo cual es ratificado por España en 2014. En 2017 se firma en España un pacto de Estado contra la VG. Este pacto de Estado supone la unión de un gran número de instituciones, organizaciones y personas expertas en la formulación de medidas para la erradicación de la violencia sobre las mujeres. El pacto implica incidir en todos los ámbitos de la sociedad y se estructura en once ejes de trabajo. «Si no se elimina la VG, sí su impunidad». España es, según la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el país más concienciado en toda Europa sobre esta problemática, ya que ostenta el porcentaje más alto de mujeres (83 %) que han visto o escuchado campañas de sensibilización contra la VG, frente al 50 % de media de la UE. En 2018 se

modifica la ley andaluza (Ley 7/2018, de 30 de julio de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por la que se modifica la Ley 13/2007), y el concepto de víctima de VG se amplía, se considera también víctimas a los hijos e hijas que la sufren y no queda solo en el ámbito de la pareja, considerando como tales a:

- a) La mujer que, por el hecho de serlo, independientemente de su edad, orientación o identidad sexual, origen, etnia, religión, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, sufra un daño o perjuicio sobre su persona. A estos efectos, el término «mujer» incluye a las menores de edad que puedan sufrir VG.
- b) Las hijas e hijos que sufran la violencia a la que está sometida su madre.
- c) Las personas menores de edad, las personas mayores, las personas con discapacidad o en situación de dependencia, que estén sujetas a la tutela o guarda y custodia de la mujer víctima de VG y que convivan en el entorno violento.
- d) Las madres cuyos hijos e hijas hayan sido asesinados.



Respecto a la identificación de los actos con los que se ejerce la violencia, no solo se circunscribe a la que se produce en el ámbito de la pareja o expareja, con independencia de que exista o no convivencia entre ellos, sino que también se hace extensiva a los siguientes: el feminicidio, las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual, el acoso por razón de sexo, la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la trata de mujeres y niñas, la explotación sexual, la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz o forzado, las violencias originadas por la aplicación de tradiciones culturales, la violencia derivada de conflictos armados, la ciberviolencia o cualquier otra forma de violencia que lesione la dignidad, la integridad o la libertad de las víctimas.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud consideró ya en 1996 la VG como un problema de salud pública en todo el mundo (OMS, 1996). Y la violencia contra la mujer –especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual– constituye un

grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS (2016) indican que alrededor de una de cada tres mujeres (35 %) en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30 %) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Un 38 % de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina. En España, desde 2003 –año desde el que se tienen datos oficiales sobre mujeres asesinadas por violencia machista– son más de 1000 –en los quince años siguientes, hasta 2018–. Según los datos de la Macroencuesta 2019, una de cada dos mujeres ha sufrido violencia por ser mujer y una de cada cinco (19,8 %) la ha sufrido en los últimos doce meses. Consecuencia de la vergüenza o el miedo, solo un 8 % de mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja han denunciado a la



*El factor principal de **riesgo** para la violencia contra las mujeres, es precisamente, el hecho de **ser mujer***

Gráfico 2. Características específicas de la violencia de género

Policía, la Guardia Civil o en el juzgado, y casi todos los agresores son hombres (99,6 %). Otro de los datos que nos arroja la encuesta es que en la mayor parte de los casos se trata de alguien conocido por la víctima, un miembro de la familia

o un amigo –en el 70 % de los casos–. Existen datos que demuestran que las intervenciones que promueven la sensibilización y emancipación de las mujeres, la prestación de orientación psicológica y las visitas domiciliarias podrían favorecer



la prevención o la reducción de la violencia de pareja contra las mujeres. Las situaciones de conflicto, posconflicto y desplazamiento pueden agravar la violencia existente, como la infligida contra las mujeres por sus parejas y la violencia sexual fuera de la pareja, y dar lugar a nuevas formas de violencia contra las mujeres.

La violencia hacia las mujeres tiene una serie de características específicas, no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos. Los hombres maltratadores han aprendido durante el proceso de socialización que la violencia es una forma de mantener el poder y el dominio sobre las mujeres y así conseguir su sometimiento. El principal factor de riesgo para la violencia contra las mujeres es precisamente el hecho de ser mujer.

Es **estructural**, tiene rasgos estructurales de una forma cultural de nuestras sociedades patriarcales con un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres.

La VG no tiene barreras de clase, casta, educación, sexualidad, cultura, raza ni edad. Se da en todas las

culturas y clases sociales. El grado, la intensidad y las formas de violencia varían de unas sociedades a otras, de tal manera que, en algunas, ciertas formas de VG son más prevalentes que en otras.

Otra de las características de la VG es que es **instrumental**, es utilizada para conseguir un fin concreto, la imposición de ese dominio del que hablábamos anteriormente.

Se produce de forma **reiterada** e incluso habitual, la violencia contra las mujeres no constituye un episodio único, no es un acto puntual, sino un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo, por lo que es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas en la relación de pareja, ya que su grado de intensidad va aumentando con el tiempo.

LA VIOLENCIA NORMALIZADA E INTERIORIZADA

El daño, la violencia, el maltrato, están tan normalizados que, a menos que sea muy evidente y brutal, no la reconocemos y nombramos como



tal violencia. La humillación, las broncas, los insultos y la desvalorización podemos considerarlas como elementos normales de las relaciones, no solo interpersonales, sino también con una misma, con uno mismo.

Sí, el maltrato tiene una dimensión personal, de manera que las personas reproducimos la pelea interna. Aunque parezca absurdo, porque todos queremos ser felices, nos maltratamos, y esto nos hiere. Nos maltratamos, por ejemplo, cuando nos desvalorizamos, cuando nos percibimos como personas sin valor, que no merecemos ser queridas o cuando nos sentimos culpables. Los malestares y maltrato que nos infligimos tienen que ver con las expectativas sobre lo que hemos de hacer en la vida hombres y mujeres: la violencia interiorizada también tiene género.

El **ciclo de la VG** fue descrito en 1979 por la psicóloga estadounidense Leonore Walker y es una de las más aceptadas para explicar cómo la mujer va siendo atrapada en una espiral de manipulación y dominación por parte del maltratador, que le va haciendo cada vez más difícil salir de



Gráfico 3. Ciclo de la violencia (Leonore Walker, 1979).

ese ciclo y escapar de esa relación y denunciar al maltratador. Comienzan con la fase de acumulación de tensión, con agresiones de baja intensidad en forma de gritos, pequeñas peleas y violencia verbal, ante las cuales la mujer trata de controlar la situación y minimizarlas para evitar



que continúen e incluso trata de justificar el comportamiento de la pareja delante de sí misma o de los demás («estaba nervioso», «se había tomado una copa de más», «perdió su equipo de fútbol»...). Con toda la tensión acumulada se llega a la fase de explosión, con uno o varios incidentes agudos de amenaza y agresión que se descargan en esta fase con agresiones físicas, psicológicas o sexuales. La mujer sufre un estado de conmoción

y no se cree lo que le acaba de pasar, siente odio y humillación, el agresor piensa que con esta descarga la mujer «ha aprendido la lección» y se inicia la tercera fase en la que el agresor manipula afectivamente a la víctima, se justifica, se muestra amable y arrepentido e incluso le pide disculpas y promete que no volverá a ocurrir la agresión, con el objetivo de que la víctima continúe en la relación y no lo abandone.



Actividad 1. Reconociendo el maltrato

Objetivo

Reconocer el maltrato, presente y normalizado en nuestra vida.

Estrategia: visualización dirigida.

Es fácil reconocer el maltrato, las palabras, los gestos, los hechos que nos han provocado daño o con los que se lo hemos ocasionado a otras personas –quizás nos cueste algo más reconocer que también maltratamos–. Pero no siempre es fácil reconocer que lo tenemos interiorizado hasta tal punto que lo normalizamos en nuestra vida cotidiana, en nuestras relaciones, en nuestra forma de situarnos en el mundo (Sanz, 2016).

Procedimiento

Cierra los ojos, conecta con la respiración, siente el aire entrar y salir por tu cuerpo.

Piensa:

- ¿Qué es para mí el maltrato? (Se deja un tiempo para que se pueda responder).
- ¿Cuándo te has sentido maltratada o maltratado? En cualquier área de tu vida, familiar, sexual, compañeros de estudios, amistades... (Se deja un tiempo para que pueda responderse).
- Sé consciente de si notas alguna sensación corporal, dolor o contracción de alguna parte del cuerpo, por ejemplo, y de tus emociones. ¿A esta situación que recuerdo la acompaña la tristeza, me despierta rabia, miedo? ¿Qué pensamientos acuden a mi mente?, ¿que me lo merezco, que no me lo merezco, que no valgo nada...?

Reflexiona también:

- ¿Cuándo has maltratado a alguien? En cualquier área de tu vida, familiar, sexual, en los estudios, con amistades... (Se deja un tiempo para que se pueda responder).
- ¿Qué sensaciones, emociones y pensamientos aparecen?



- ¿Cómo te maltratas a ti mismo, a ti misma? (Se deja un tiempo para que se pueda responder).
- ¿Cómo te sientes?
- ¿Qué ideas sobre ti misma, sobre ti mismo, te vienen a la cabeza?

Actividad 2. Mitos y realidades sobre la VG

Objetivos

Clarificar los conceptos básicos relacionados con la VG y establecer un lenguaje común. Reflexionar acerca de la base del maltrato contra las mujeres, clarificando los conceptos relacionados con la VG, así como los tipos y su origen.

Reconocer los mitos y realidades sobre el maltrato a las mujeres.

Estrategia metodológica: tormenta de ideas y grupos de discusión.

Procedimiento

Primera hora del seminario

En los primeros quince minutos cada estudiante reflejará en un papel lo que entiende por violencia contra las mujeres, sus tipos y su origen. Tras ello, expondrán en voz alta e irán escribiendo en la pizarra los términos que hayan ido saliendo para posteriormente debatirlo en el grupo. A continuación, la persona docente responsable del grupo delimitará y argumentará los conceptos recogidos para finalmente elaborar un mapa conceptual.

Después se repartirá un listado con algunos de los principales mitos en torno a la violencia (tabla 1) y se le pedirá a cada estudiante, en relación con uno de los mitos, que conteste y argumente si cree que es verdadero o falso. Es importante que el profesor o profesora responsable de la sesión complemente su explicación con ejemplos y los traslade al grupo, de esta manera el alumnado asimilará los contenidos de una forma más cercana y realista, fomentando la empatía hacia la situación de las víctimas.



Tabla 1. Mitos sobre la violencia de género

Contesta a las siguientes cuestiones	Verdadero	Falso
La violencia es una situación de abuso de poder		
Si ha ocurrido solo una vez, no ocurrirá jamás		
Despreciar a la pareja no es maltrato		
Solo cierto tipo de hombres abusan de sus parejas		
Los hombres que maltratan son enfermos mentales		
Los hombres que maltratan son enfermos por naturaleza		
Los hombres que maltratan han sido maltratados en la infancia		
La causa de la violencia es el alcohol		
Los casos de violencia solo se dan en las clases sociales bajas		
El controlar las llamadas de teléfono no es violencia de género		

Esta actividad concluirá con una síntesis de lo expuesto, que quedará escrita en la pizarra a modo de mapa conceptual. Tormenta de ideas sobre la VG.

Material

Pizarra, papelógrafo, rotulador, cartulinas y pegatinas.



BIBLIOGRAFÍA

Bosch, Esperanza; Ferrer, Victoria A. y Alzamora, Aina (2006). *El laberinto patriarcal*. Madrid: Anthropos.

Bosch, Esperanza; Ferrer, Victoria A.; Ferreiro, Virginia y Navarro, Capilla (2013). *La violencia contra las mujeres: el amor como coartada*. Madrid: Anthropos. <http://fama.us.es/record=b2518077~S5>.

Castells, Manuel y Subirats, Marina (2007). *Mujeres y hombres, ¿un amor imposible?* Madrid: Alianza Editorial.

Lorente, Miguel (2008). Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva de género. *Emergencias*, 20(3), 191-197.

Macías Seda, Juana (2018). Bases conceptuales de la VG. En: Rosa Casado-Mejía y M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Organización de Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General, 85.ª sesión plenaria, 20 de diciembre de 1993. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.

Organización Mundial de la Salud (2017). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

Ruiz Pérez, Isabel y Agüera Urbano, Carmen (coords.) (2020). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG*. 3.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/protocolo_violencia_genero_2015.pdf.

Sanz, Fina (2016). *El buentrato. Como proyecto de vida*. Barcelona: Kairós.



SEMINARIO 13.

TIPOS Y REPERCUSIONES EN LA SALUD DE LA VG

Rosa M.ª Casado Mejía y M.ª Ángeles García-Carpintero Muñoz

La VG es un problema estructural de nuestras sociedades por el hecho de vivir en una sociedad machista y patriarcal que entiende que los hombres son superiores a las mujeres y, por tanto, ellas les pertenecen. Esta cultura masculina controla, regula, normativiza la práctica social de hombres y mujeres y respalda esta violencia con el imaginario social de dominación masculina (Macías, 2018).

Podemos decir que la VG es la punta del iceberg de las desigualdades sociales basadas en el género. Su origen es difícil de visibilizar, pues, como ya se trata en otros temas de esta guía, tiene su origen en la socialización diferencial por género. Es una construcción cultural que permite el maltrato a las mujeres por el simple hecho de serlo, es fruto de la necesidad de los hombres de controlar a las mujeres en este sistema social

patriarcal (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006). Y esto coloca a las mujeres en una posición de subordinación y vulnerabilidad.

Al estar basado en relaciones de poder estructurales no se puede considerar un problema individual de mujeres concretas (Lorente, 2008), de hombres concretos, sino que hay abordarlo en su dimensión social. Ha sido necesario todo un proceso de concienciación y sensibilización pública para hacer visible la magnitud y gravedad del problema social.

Fundamentalmente, afecta a la salud de las mujeres que la sufren, pero también a la de los hombres y a la de cualquier persona involucrada en una situación de maltrato. La Organización Mundial de la Salud consideró ya en 1996 la VG como un problema de salud pública en todo el mundo (OMS, 1996).



Hay que tener en cuenta que hay muchos factores que interseccionan y contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las mujeres que sufren VG, como son el embarazo, vivir en un medio rural, la discapacidad/diversidad funcional, la migración, el VIH, ser mayor de 65 años o la expresión e identidad de género.

La VG puede adoptar formas diversas, que suelen ejercerse simultáneamente: física (la más reconocida), psicológica, económica, ambiental, simbólica, mediática, reproductiva, laboral, institucional, sexual (abuso sexual, acoso sexual, agresiones sexuales, tráfico de mujeres y prostitución forzada, mutilación genital femenina, violaciones en conflictos armados...) (Luxan *et al.*, 2018). Pueden darse de manera muy explícita o de manera sutil, en forma de lo que Luis Bonino llama «violencias masculinas cotidianas de baja intensidad», en referencia a los controles invisibles, prácticas de dominación suave o de bajísima intensidad, o modos larvados y negados de abusos y dominación en la vida cotidiana (Bonino, 2017).

Todas estas formas de violencia implican daños, lesiones y patologías crónicas, algunas de ellas con resultado de muerte por homicidio o suicidio, pero también provocan discapacidad, baja autoestima, depresión, ansiedad, tienen repercusiones laborales, sociales y educativas, y vulneran los derechos fundamentales de las mujeres a la libertad, la dignidad o la igualdad (Macías, 2018).

Según el Protocolo Andalúz para la Actuación Sanitaria ante la VG (Ruiz Pérez y Agüera Urbano, 2020), las repercusiones de la VG en la salud de las mujeres que la sufren, y que persisten aun después de que acabe la situación de violencia, serían algunas de las que se exponen a continuación.

Dependiendo de la edad, el nivel de desarrollo, el sexo, así como el tipo, la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, el contexto familiar u otros factores estresantes o protectores, tiene impacto en la salud de los hijos e hijas y en el entorno relacional de la mujer (Ruiz Pérez y Agüera Urbano, 2020).



Violencia física: Cualquier acto no accidental que implique el uso de la fuerza, como bofetadas, que causen lesión, daño e incluso la muerte (empujones, puñetazos, patadas, heridas, fracturas o quemaduras).

Violencia psicológica: Conducta prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad o mayores.

Violencia sexual: Obligar a la mujer a realizar prácticas sexuales mediante la amenaza, el chantaje o la fuerza, ya sea por parte de su pareja o por otros hombres. Igualmente incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, interfiriendo en su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su opción a la maternidad.

Violencia económica: Consiste en privar intencionadamente a la mujer de recursos (controlar el dinero que ella gana, impedir que trabaje, no darle dinero para el sustento de ella o sus hijos e hijas) evitar la disposición de los recursos que le corresponde legalmente o evitar su independencia económica.

Violencia de control: Implica el aislamiento de la mujer de sus familiares y amistades, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica, etc. El agresor utiliza la dominación y la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Violencia simbólica: Se ejerce a través de la emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad.

Ciberviolencia contra las mujeres: Aquella violencia de género en la que se utilizan las redes sociales y las tecnologías de la información como medio para ejercer daño o dominio. Existen diversas formas de ciberviolencia entre las que figuran el ciberacoso, las ciberamenazas, la ciberdifamación, la pornografía no consentida, los insultos, la extorsión sexual, la difusión de imágenes de la víctima y las amenazas de violación y de muerte.

Protocolo Andalúz para la Actuación Sanitaria ante la VG (Ruiz Pérez y Agüera Urbano, 2020).

Grafico 1. Tipos de Violencia contra las mujeres.



En el entorno cercano, las personas con quienes la mujer tiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales cercanos pueden experimentar sentimientos de rabia, impotencia, culpa... Y, en el menos cercano, en las y los profesionales que escuchan, acompañan, atienden, educan a hijos e hijas, pueden darse sentimientos de dolor, tristeza, rabia e impotencia y afectar a la idea que tengan del mundo y las relaciones*.

El proceso por el que pasa una mujer víctima de VG es un laberinto (Sanz, 2002), hay salida, pero no siempre se ve. En este laberinto, que no deja de ser un camino que hay que recorrer, se encuentran aliados, aliadas (personas que facilitan el recorrido del camino y ayudan a salir del laberinto) y monstruos (personas que dificultan el recorrido y salida del laberinto).

* Todo ello puede repercutir también en la práctica asistencial y/o educativa, por eso es importante disponer de formación y apoyo, coordinación y trabajo en equipo interdisciplinario, así como desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado a fin de que el impacto emocional no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre la víctima ni en el equilibrio emocional de las y los profesionales (Ruiz Pérez y Agüero Urbano, 2020).

La respuesta a esta pandemia se ha afrontado desde distintos marcos educativos, normativos y asistenciales para abordarla en su complejidad y avanzar en su erradicación desde los distintos ámbitos y sectores. De ahí que contemos con leyes y protocolos de atención.

Según Juana Macías (2018), habría tres procesos que dificultarían la comprensión, el reconocimiento y la respuesta a la VG: la invisibilización, la legitimación o justificación y la naturalización de la violencia (tolerancia social). Desenmascarar estos procesos es lo que se pretende en estos seminarios. Para que las personas que van a participar en las dinámicas grupales propuestas sean capaces de abordar la VG, han de empezar a reconocerla en sus vidas, en sus entornos. Por ello, es importante la propuesta de ejercicios vivenciales que reconozcan que no están ajenas a maltratar, bientratar, ser maltratadas, ser bientratadas (Sanz, 2016). Si, como es el caso, la propuesta, además, va dirigida a futuros y futuras profesionales de la salud, es importante que conozcan y se concienticen de cómo se origina la VG en las personas que van a atender, que comprendan el proceso para



SALUD FÍSICA
Muerte (homicidio, suicidio) Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad Deterioro funcional Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas) Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, y discapacidades
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA, Infecciones ginecológicas repetidas. Disfunciones sexuales: Anorgasmia, Dispareunia Coerción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva Historia de abortos repetidos Problemas con los Embarazos: Embarazos no deseado, Embarazos precoces o embarazos múltiples, Ganancia de peso inadecuada en el embarazo, Retraso en el inicio de los cuidados prenatales, Sangrados y hemorragias durante el embarazo, Lesiones genitales, en el abdomen o las mamas durante el embarazo, Recién nacidos de bajo peso
SALUD PSÍQUICA
Depresión. Anestesia emocional Ansiedad y crisis de angustia Trastorno por estrés postraumático Estado de Hiperalerta. Temor permanente a ser agredida Trastornos del sueño. Sueños recurrentes Baja Autoestima. Desesperanza y vacío Inseguridad, confusión, pérdida de memoria, dificultad de concentración Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia Trastornos psicopatológicos Intento de suicidio, autolesiones Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos Mala salud autopercebida
SALUD SOCIAL
Aislamiento familiar y social Absentismo laboral Dificultades económicas por la pérdida de empleo Disminución del número de días de vida saludable Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse

Gráfico 2. Consecuencias de la VG en la salud



que puedan atenderlas sin culpabilizarlas y con una profesionalidad de calidad. Es importante comprender a las mujeres en su proceso de recuperación para que una intervención sea acertada (García y Cala, 2018). Se han de romper los mitos presentes en sus vidas personales y profesionales para así poder detectar las situaciones de violencia, su gravedad, con ayuda de los protocolos, entender a las mujeres como agentes activos de cambio (Cala *et al.*, 2012) y así atenderlas para su recuperación, sin revictimizarlas, sabiendo los momentos clave para intervenir.

Por otro lado, como apunta Luis Bonino (2017), los hombres han de realizar la renuncia simple y llana a los beneficios y privilegios concretos que la cultura patriarcal les adjudica por ser reconocidos como hombres al nacer y que están sostenidos sobre la existencia de las mujeres.

Actividad 1. Maltrato no es solo golpes

Objetivos

Identificar los diferentes tipos de maltrato.

Facilitar la toma de conciencia acerca de las situaciones de violencia cotidianas que tienen que ver con la desigualdad entre mujeres y hombres y que habitualmente pasan inadvertidas o se invisibilizan.

Analizar las fases por las que pasa una mujer maltratada.

Reconocer las repercusiones directas e indirectas del maltrato en la salud tanto en las mujeres como en los hijos e hijas u otras personas dependientes.

Estrategia metodológica: videofórum y grupos de discusión.

A través de diferentes cortos, se hará un recorrido por distintos tipos de violencia, el ciclo y algunas de sus repercusiones. Es importante que los



cortometrajes se vean en silencio, favoreciendo las emociones que nos produce el contacto audiovisual con las diferentes situaciones planteadas. Es necesario que la persona que guía la actividad recuerde la importancia de respirar, pues este contacto puede sobrecogernos, es una realidad dura.

Su debate posterior permite poner palabras a lo visto, exteriorizar las emociones, dar voz a las víctimas, facilita también la comprensión de las distintas situaciones e identificar tipos, ciclos y repercusiones. En este debate es bueno permitir que se entremezclen vivencias personales, propias o de personas conocidas con lo visto en los vídeos, que es más anónimo.

Procedimiento

1. Proyección de cortos: en la primera parte se proyectarán algunos de los siguientes cortos:
 - *Amores que matan*. Dir.: Icíar Bollaín. Producciones La Iguana; 2000. Corto de 20 minutos que nos invita a reflexionar sobre si es posible la rehabilitación de los hombres maltratadores. <http://www.youtube.com/watch?v=QE1mmdQM4Bs>.



Imagen 1. Cartel de la película *Amores que matan*
Producción: Canal+ España, Producciones La Iguana S.L. Año 2018.
Fuente: <https://www.filmaffinity.com/es/film812124.html>



- Violencia no es solo el golpe.
<http://www.bing.com/videos/search?q=%e2%80%9cviolencia+no+es+s%c3%b3lo+el+golpe&qpvtt=%e2%80%9cviolencia+no+es+s%c3%b3lo+el+golpe&FORM=VDRE#view=detail&mid=9000C69FAD9E11799E819000C69FAD9E11799E81>.
 - *Sin razón*. Dir: Daniel Guzmán. Int.: Emma Suárez y Eduardo Fernández. Violencia de pareja.
<http://www.youtube.com/watch?v=yTBawz4kiOE>.
 - *No estás sola, Sara*. Dir.: Carlos Sedes. Maltrato a una chica joven por parte de su novio.
<http://www.rtve.es/television/no-estas-sola-sara>.
 - *Bajo la máscara (por un mundo sin violencia)*. Autores: Álvaro Gómez Cebellán, Celia Berlinches Mata y Lidia Molina Cuesta. Profesora coordinadora: Carmen Tejero Molina. IES Gaspar Sanz Meco, Madrid. Se trata de una serie de cortos hechos por adolescentes sobre la VG. Con ello pretenden ser la voz de quienes callan.
<http://www.youtube.com/watch?v=mjeAR0D7SMw&NR=1>.
<http://www.youtube.com/watch?v=gM13mUSKTNw&feature=related>.
 - Doble click
 - *Voces encadenadas*. Productor: Elías Querejeta. Testimonios de varias mujeres que cuentan en primera persona su experiencia.
<https://www.youtube.com/watch?v=Z9M-7A1wBxE>.
 - *Desenfocada*. Narra en primera persona situación de maltrato que viven muchas personas.
<https://www.youtube.com/watch?v=Ddqb-PpoECjA>.
2. Debate. Posteriormente, el profesorado abrirá un debate sobre cada uno de los cortos. Para favorecer el debate se pueden realizar las siguientes preguntas:
- ¿Cuando hay malos tratos físicos también hay malos tratos psicológicos?
 - ¿Estás de acuerdo con la afirmación anterior? ¿Por qué?
 - ¿Qué tipos de violencia se identifican en los distintos cortos?
 - ¿Qué estrategias aplican los hombres machistas para controlar a sus «amadas esposas», a «las mujeres sin las que no podrían vivir»?



- ¿Qué argumentos utiliza el machista para justificar los gritos, los insultos, las humillaciones, los golpes... que le ha proferido a su esposa, la mujer que más quiere en el mundo?
- ¿Cuáles son las actitudes-trampa de las mujeres?
- ¿Se detectan comportamientos sutiles que pueden ser violencia?
- ¿Qué repercusiones se observan a causa de la violencia sufrida?

Finalmente, la actividad concluirá consensuando junto al grupo algunas ideas clave sobre los tipos y el ciclo de la VG; asimismo, al final del debate deberán quedar claras las repercusiones en hijos e hijas. Se sugiere que, ante las posibles distintas aportaciones, según género, se promueva una actitud de mutua escucha y respeto.

Material

Vídeos relacionados.



Imagen 2. Cartel del Cortometraje *Desenfocada*

Producción: ZonaCero. Año 2009.

Fuente: <https://www.domestika.org/es/projects/201516-desenfocada-cortometraje>



Actividad 2. Ponte en mi piel

Estrategia metodológica: lectura compartida del testimonio de una mujer maltratada.

Es necesario que la persona que guía la actividad recuerde la importancia de respirar, pues este contacto puede sobrecogernos, es una realidad dura.

Objetivos

- Facilitar la empatía con las mujeres que sufren VG.
- Identificar las fases por las que pasa una persona maltratada y los tipos de VG.
- Reconocer las repercusiones directas e indirectas del maltrato tanto en las mujeres como en los hijos e hijas u otras personas dependientes.

Procedimiento

1. Lectura compartida de un testimonio de una mujer maltratada. Se repartirán entre distintas alumnas fragmentos ordenados del

testimonio de una mujer maltratada. Se propone Claudia, del libro *Íbamos a ser reinas*. Se les pide que intenten meterse en la piel de Claudia. Se procede a la lectura de los distintos fragmentos, y así se lee todo el testimonio.

2. Puesta en común. Se pide al grupo que pongan en común lo que más les ha impresionado, que comenten todo lo que les surja: detalles del relato, emociones sentidas...

Cuestiones que han de comentarse para identificarlas: tipos de violencia observados, ciclo de la violencia, papel que juega cada persona del relato, hitos de la historia que hacen cambiar la situación, aliados/as y monstruos de la mujer, afectaciones en la salud de las personas.

Material

Varela, Nuria (2008). *Íbamos a ser reinas: mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Ediciones B.



ANEXO 1.

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Según el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG (Ruiz Pérez y Agüera Urbano, 2020), en la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres:

Violencia física: Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Es importante no olvidar que cualquier forma de violencia física es también una forma de violencia psicológica.

Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia

de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad o mayores (apartado VG en mujeres en situaciones de vulnerabilidad, de este capítulo).

Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, mediante la coacción, la intimidación, la amenaza o la fuerza, ya sea por parte de su pareja o por otros hombres. Igualmente incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, interfiriendo en su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su



salud, así como ejercer libremente su opción a la maternidad.

Violencia económica: Consiste en privar intencionadamente a la mujer de recursos para el bienestar físico o psicológico, la discriminación en la disposición de los recursos que le corresponden legalmente o imposibilitando el acceso al mercado laboral para evitar la independencia económica.

Violencia de control: Implica el aislamiento de la mujer de sus familiares y amistades, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica, etc. Deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Violencia simbólica: Se ejerce a través de la emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad.

Ciberviolencia contra las mujeres: Aquella VG en la que se utilizan las redes sociales y las tecnologías de la información como medio para ejercer daño o dominio. Existen diversas formas de ciberviolencia entre las que figuran el ciberacoso, las ciberamenazas, la ciberdifamación, la pornografía no consentida, los insultos y el acoso por motivos de género, la extorsión sexual, la difusión de imágenes de la víctima y las amenazas de violación y de muerte.



BIBLIOGRAFÍA

Bosch, Esperanza; Ferrer, Victoria A. y Alzamora, Aina (2006). *El laberinto patriarcal*. Madrid: Anthropos.

Bonino, Luis (2017). Micromachismos, 25 años después. Algunas reflexiones. *Pikara Magazine*. <https://www.pikaramagazine.com/2017/09/micromachismos-25-anos-despues-algunas-reflexiones/>.

Cala, M.^a Jesús (coord.) (2012). *Recuperando el control de nuestras vidas. Reconstrucción de identidades y empoderamiento en mujeres víctimas de VG*. Madrid: Instituto de la mujer. https://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/Recuperando_control.pdf.

García Jiménez; María y Cala Carrillo, M.^a Jesús (2018). El proceso de recuperación en mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones de pareja. En: Rosa Casado-Mejía y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Lorente, Miguel (2008). Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva de género. *Emergencias*, 20(3), 191-7.

Luxan Serrano, Marta; Biglia, Bárbara y Azpiazu Carballo, Jokin (eds.) (2018). *Violencias sexuales: una asignatura pendiente. Guía para afrontar las violencias sexuales*. Universidad del País Vasco.

Macías Seda, Juana (2018). Bases conceptuales de la VG. En: Rosa Casado-Mejía y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Ruiz Pérez, Isabel y Agüera Urbano, Carmen (coords.) (2020). *Protocolo Andaluz de Actuación y Coordinación Sanitaria en Agresiones Sexuales*. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/AGRESIONES_SEXUALES_2020_Protocolo_de_actuacion_y_coordinacion_sanitaria_en_agresiones_sexuales.pdf.

Ruiz Pérez, Isabel y Agüera Urbano, Carmen (coords.) (2020). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG*. 3.^a ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/protocolo_violencia_genero_2015.pdf.



Sanz, Fina (2002). *Los laberintos de la vida cotidiana*. Barcelona: Kairós.

Sanz, Fina (2016). *El buentrato. Como proyecto de vida*. Barcelona: Kairós.

Varela, Nuria (2008). *Íbamos a ser reinas: mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Ediciones B.



SEMINARIO 14.

ACTUACIÓN INTEGRAL. PROTOCOLOS SANITARIOS ANTE LA VG

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y Rosa Casado Mejía

Las mujeres, cuando acuden a los centros sanitarios, no suelen mencionar el maltrato (MT) a menos que se indague acerca de ello, pues generalmente desconocen que las y los profesionales de la salud pueden ayudarles. Las necesidades específicas de estas personas son multidimensionales, y esto requiere de intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Entre las tareas de las y los profesionales de la salud se encuentra la detección de indicadores que señalen situaciones de riesgo en la mujer y su familia a través de la valoración psicosocial.

La Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la VG, indica que las administraciones sanitarias promoverán la aplicación y actualización de protocolos de actuación sanitaria,

centrándose en el ámbito de la atención primaria por ser esta la puerta de entrada al sistema sanitario y el lugar a donde acuden todas las mujeres en algún momento de su ciclo vital. Esta situación sitúa a las y los profesionales sanitarios como piezas clave en su detección, lo que supone tanto una gran oportunidad para intervenir como una gran responsabilidad que asumir. El personal sanitario se encuentra en una posición ideal para la detección de las situaciones de violencia. Sin embargo, existen múltiples dificultades para reconocer el maltrato hacia las mujeres, entre ellas las relacionadas con factores sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura y factores psicológicos, como el temor a enfrentar los miedos y el sufrimiento emocional. Otra de las causas para evadir enfrentarse al problema es la falta de formación en esta materia.



El Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG (2020) se estructura en tres fases: valoración, detección y planificación.

Antes, se comenzará haciendo una entrevista biopsicosocial a la mujer con sospecha de MT. En esta se recomienda:

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. Si viene acompañada de la pareja, observaremos la actitud de esta hacia la mujer e intentaremos hablar con ella a solas.
- Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia, preguntándole a la mujer si sufre situaciones específicas de maltrato.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

DETECCIÓN

La estrategia más eficaz es preguntar de forma sistemática dentro de la anamnesis al realizar la historia clínica. Esto exige, por parte de las y los profesionales de la salud, asumir su responsabilidad, identificar las barreras de detección y reconocer los indicadores de sospecha. La OMS nos indica que la mayoría de las mujeres que sufren MT están dispuestas a contarlo cuando se les pregunta de forma confidencial y empática.

VALORACIÓN

Según el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG (2020), la actuación se orientará de forma diferenciada en función de si la mujer reconoce o no el MT, sumado al riesgo o la situación de peligro que pueda correr, así como la fase del proceso de cambio en la que se encuentre.

Hay que prestar atención a otros indicadores de sospecha de maltrato, como haber sufrido o visto malos tratos en la infancia, insomnio, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, baja autoestima,



Tabla 1: Indicadores de Violencia según los antecedentes y características de la mujer

Antecedentes de violencia	Haber sufrido relaciones de maltrato anteriores. Haber sufrido o presenciado malos tratos, abusos y/o agresiones sexuales.
Antecedentes personales y hábitos de vida	Lesiones frecuentes. Problemas frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación. Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
Problemas gineco-obstétricos	Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados). Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. Dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia o dismenorrea. ITS no justificables con las prácticas sexuales referidas. Demanda repetida de anticoncepción de emergencia por múltiples incidentes. Historia de abortos repetidos. Hijos de bajo peso al nacer. Problemas en la recuperación puerperal. -Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos frecuentes	Insomnio. Depresión o ansiedad. Trastorno de estrés postraumático. Intentos de suicidio. Baja autoestima. Agotamiento psíquico, irritabilidad. Trastornos de la conducta alimentaria. Labilidad emocional. Abuso de psicofármacos.
Aspectos sociales	Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia. Bajas laborales. Absentismo laboral.
Síntomas físicos frecuentes	Cefaleas, Cervicalgia, mareos. Dolor crónico en general. Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor). Molestias pélvicas. Dificultades respiratorias



Tabla 1: Indicadores de Violencia según los antecedentes y características de la mujer (continuación)

Utilización de servicios sanitarios	Alterna periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias). Incumplimiento de citas o tratamientos. Frecuentes hospitalizaciones. Acude con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja. Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo. Aislamiento tanto familiar como social. Migración, tanto interna o nacional como extranjera. Enfermedad discapacitante. Dependencia física o económica. Dificultades laborales y desempleo. Ausencia de habilidades sociales. Situaciones de exclusión social (trata, prostitución, pobreza).

Fuente: Guías rápidas del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2019

Tabla 2: Indicadores de Sospecha

Características de las lesiones	Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos. Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución. Lesiones en genitales. Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. Rotura de tímpano.
---------------------------------	--



Tabla 2: Indicadores de Sospecha (continuación)

Actitud de la mujer	<p>Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...</p> <p>Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.</p> <p>Autoestima baja.</p> <p>Sentimientos de culpa.</p> <p>Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara.</p> <p>Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.</p> <p>Falta de cuidado personal.</p> <p>Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas. Si está presente su pareja, temerosa en las respuestas o actitud sumisa, buscando constantemente su aprobación. Contradicción entre su versión de lo ocurrido y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.</p>
Actitud de la pareja	<p>No quiere dejarla sola con el personal sanitario.</p> <p>Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.</p> <p>Excesivamente preocupado o solícito con ella.</p> <p>A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional.</p>
Durante el embarazo	<p>Inicio tardío de las visitas de control prenatal.</p> <p>Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.</p> <p>Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo. Embarazo en la adolescencia.</p> <p>Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación al nacimiento y crianza.</p> <p>Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.</p>
Durante el puerperio	<p>Desgarros y dehiscencia de la episiotomía.</p> <p>Mala o lenta recuperación post-parto.</p> <p>Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.</p> <p>Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.</p> <p>Depresión post-parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.</p> <p>Retraso en la visita neonatal.</p>



Tabla 2: Indicadores de Sospecha (continuación)

En mujeres con discapacidad	Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación. Inseguridad, baja autoestima. Estado de sedación, nerviosismo. Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual. Miedo a relacionarse con otras personas. Excesiva dependencia de la pareja. Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales. Desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad. Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia. Largos periodos sin atención por parte de la pareja. Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.
Mujeres inmigrantes	Ausencia de redes de apoyo familiar y social. Mujeres recién llegadas al país. Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas. Situación de irregularidad administrativa. Dependencia económica o situación laboral precaria. Desconocimiento de los recursos.

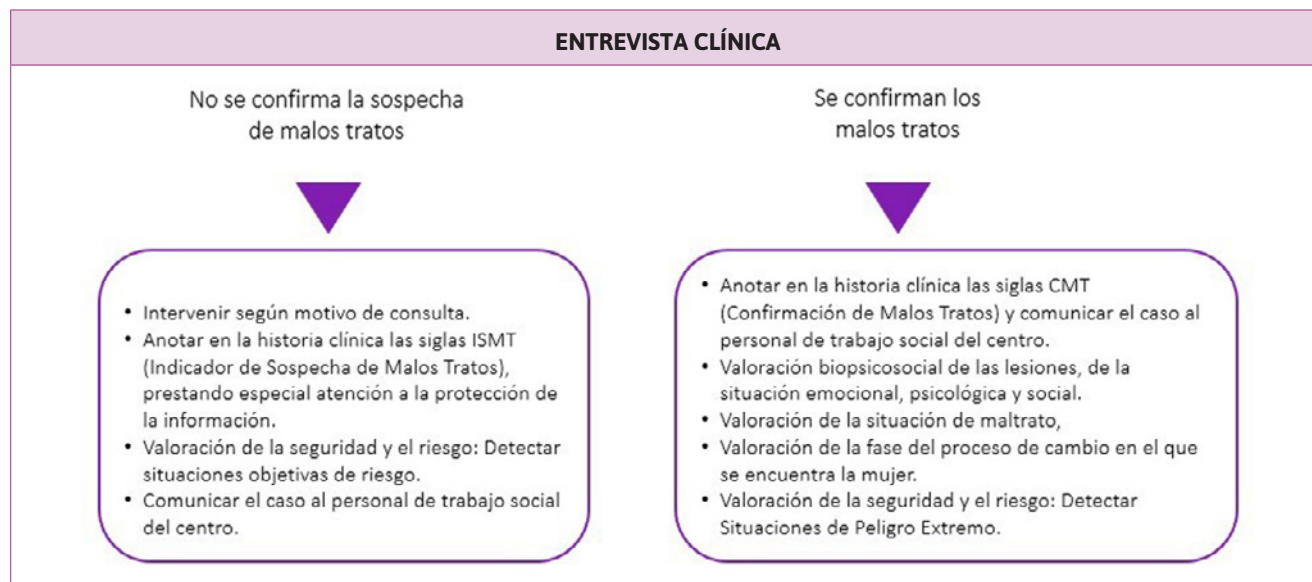
Fuente: Guías rápidas del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2019

agotamiento psíquico, irritabilidad, trastornos de la conducta alimentaria, etc. Si se encuentran signos de sospecha, deberíamos trasladar un mensaje de confianza y tranquilidad, indicando que es un problema que sufren otras mujeres, también que no es responsable de la situación y que hay recursos y profesionales disponibles para

ayudarle. En todo momento se respetará la decisión de la mujer, aunque consideremos que no es la más acertada. Se aconseja no agobiarla, no es necesario descubrir todo en una sola sesión. Más bien se planteará una atención integral desde la interdisciplinariedad, haciendo un seguimiento mediante el cual intentaremos acompañar de



Tabla 3. Qué hacer ante los indicadores de sospecha de MT



Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2020

manera empática a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones. Y consignaremos en la historia clínica los ISMT (indicadores de sospecha de MT).

Si se confirma la sospecha y la mujer reconoce estar en una situación de MT, se debe proceder a realizar lo siguiente:

- Una valoración integral que incluya exploración minuciosa de las lesiones, de su estado emocional y de su situación social, siguiendo algunas de las recomendaciones presentadas, se informará de las exploraciones que se realicen y de su finalidad.
- Se explorarán las expectativas de la mujer y la situación en relación con la toma de decisiones,



Tabla 4. Fases del proceso de cambio de Prochaska y Diclemente (año)

**FASES DEL PROCESO DE CAMBIO
EN QUE SE ENCUENTRA LA MUJER** (*Prochaska y Diclemente*)

1. Precontemplativa

2. Contemplativa

3. Preparación

4. Acción

5. Mantenimiento

6. Recaída

también en qué fase del ciclo de la violencia se encuentra, aspectos que son importantes para adaptar la intervención con la mujer.

- Registrar en la historia clínica la confirmación del MT con las siglas CMT, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y el riesgo. Detección y valoración del riesgo para hijas e hijos. En el caso de que los tenga, es necesaria la coordinación con pediatría para que realice una valoración

de la repercusión de la violencia en los menores. También la intervención de profesionales de trabajo social del centro de salud puede ser de gran ayuda para la valoración psicosocial.

Deberemos valorar en qué fase del cambio se encuentra la mujer (Prochaska y Diclemente).

PLAN DE ACTUACIÓN

Así, se pueden presentar tres situaciones posibles para las cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes, aunque como elementos comunes en todos los casos deberemos dejar consignada en la historia clínica toda la situación de MT referida por la mujer, con sus propias palabras y todos los detalles y testigos que se puedan recabar. Nunca debe estar acompañada por su maltratador. Nunca se debe recomendar terapia de pareja o de mediación familiar. Hay que garantizar su protección durante los traslados y siempre estará acompañada de un miembro del equipo de salud. Y se debe comunicar la actuación al fiscal mediante una comunicación a fiscalía –esta comunicación la puede hacer la

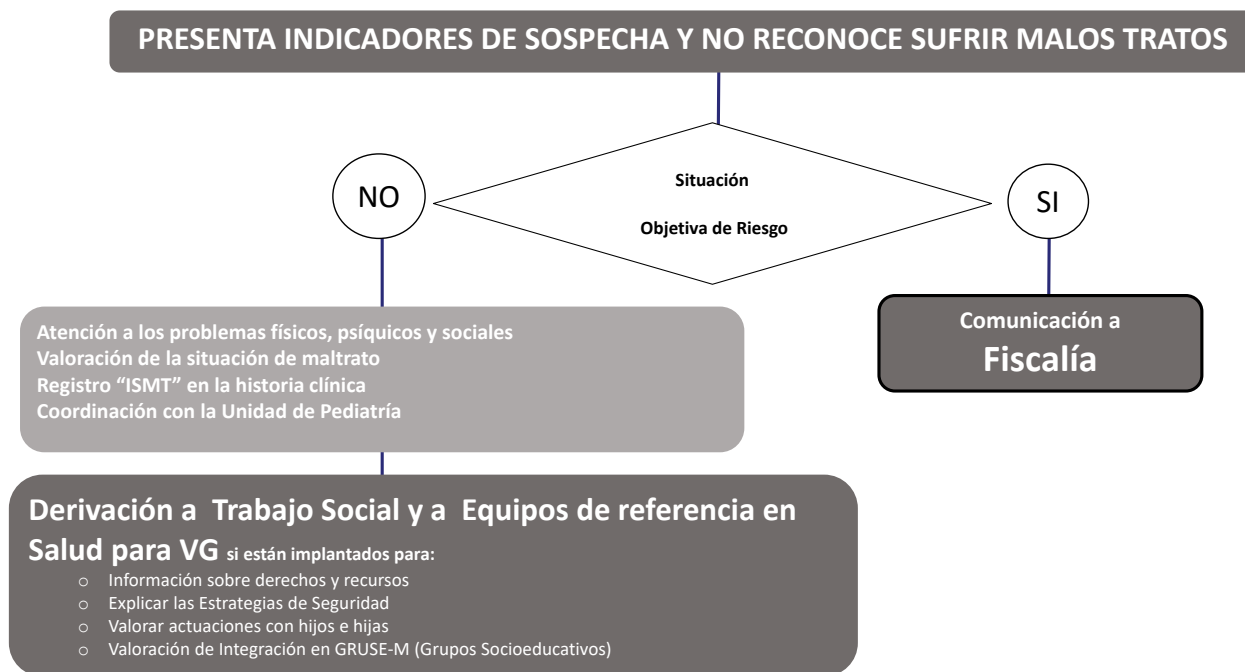


Gráfico 1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2020

enfermera que le haya atendido— o mediante el parte al juzgado, por parte del facultativo.

A. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir

malos tratos y no se encuentra en situación objetiva de riesgo. En este caso, deberemos confirmar o descartar la situación de violencia con una entrevista clínica específica.



Gráfico 2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos, pero no se encuentra en peligro extremo

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2020

B. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en situación objetiva de riesgo.

C. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos, pero no se encuentra en peligro extremo.

D. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

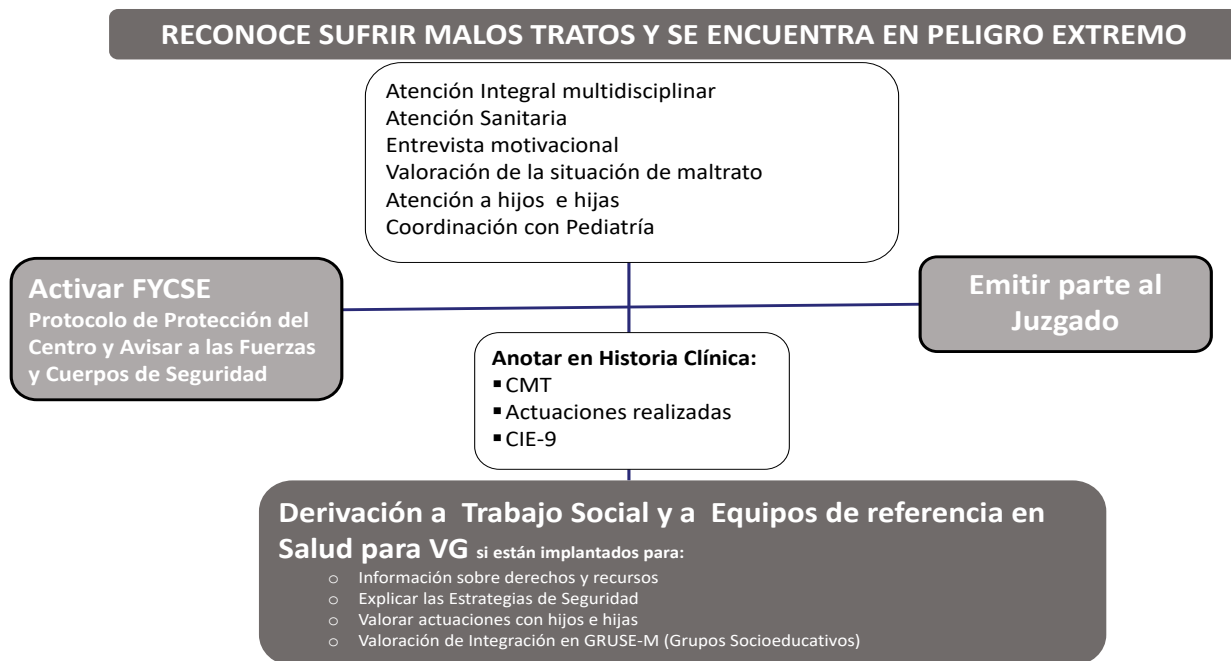


Gráfico 3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2020

RESPONSABILIDADES LEGALES DEL PERSONAL SANITARIO Y DILEMAS ÉTICOS

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales de la salud derivan de la colisión de las obligaciones

legales y los principios éticos que rigen sus actuaciones. Esto ocurre especialmente cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar, por lo que se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como su deber –y a lo que la legislación obliga– y el respeto a la autonomía de las mujeres



y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad. Los principios éticos que deben guiar la actuación profesional son:

- El principio de beneficencia, al velar por la salud y la vida de la mujer que sufre MT, de sus hijos e hijas.
- El principio de no maleficencia, minimizando los daños.
- El principio de autonomía, asegurándonos de la confidencialidad y de respetar las fases y procesos por donde está pasando la mujer.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. El artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr) señala:

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez o jueza de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante.

El artículo 773.2, junto con el artículo 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal, permite que las instituciones implicadas en la atención a las mujeres, en este caso los centros sanitarios, comuniquen datos objetivables de posible situación de riesgo en la mujer, y que la fiscalía lleve a cabo la investigación de una situación de maltrato que no haya sido denunciada, en aras de incentivar la protección preprocesal a las víctimas en aquellos supuestos en que estas no quieran o no puedan denunciar. Por tanto, no comunicar la sospecha de maltrato aludiendo al secreto profesional impedirá poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer regulada por el artículo 544 ter. de la LECr.

PARTE AL JUZGADO

En caso de sospecha de maltrato ejercida por parte de la pareja o expareja, se comunicará al juzgado de guardia y/o juzgado de violencia sobre la mujer mediante el parte al juzgado, al que debe acompañarse un informe médico. No es imprescindible para tal comunicación que el personal sanitario haya constatado la causa de la lesión por la

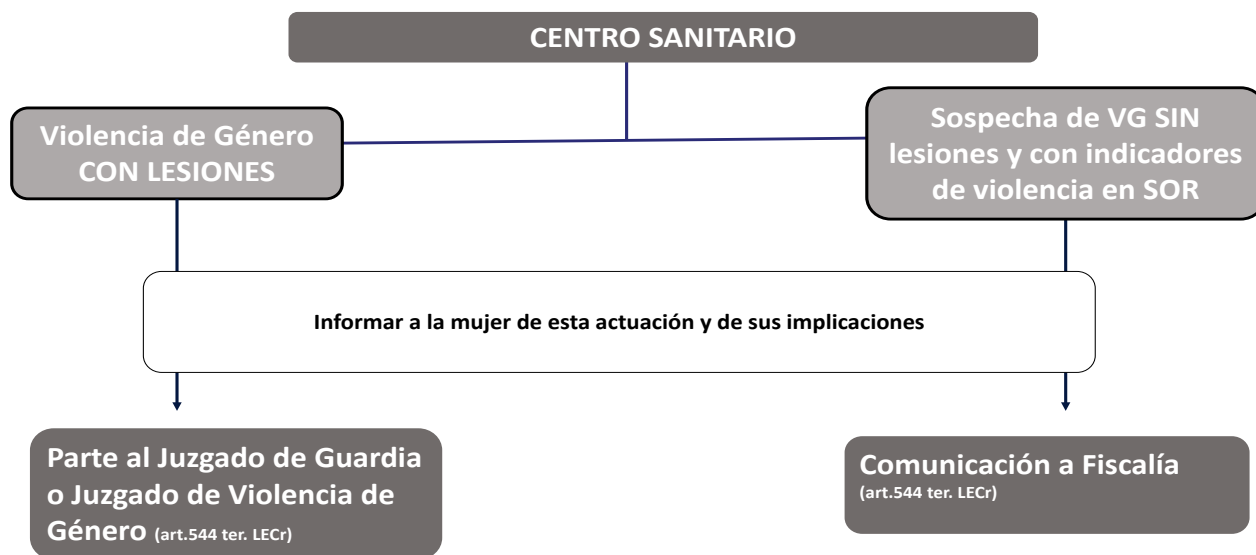


Gráfico 4. Proceso de comunicación desde el centro sanitario a la fiscalía o al juzgado

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2020

propia declaración de la persona afectada. Ante la presencia de signos o síntomas claros para sospecharlo o simplemente por la incongruencia entre lo observado y lo referido, es suficiente para emitir dicho parte, que consta de original y tres copias:

- El original se enviará al juzgado de guardia o juzgado de violencia sobre la mujer inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial por

cualquier medio que garantice la protección de los datos (actualmente se está implantando la vía telemática con el sistema Hermes).

- La primera copia se entregará a la mujer, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la historia clínica hasta que esta la solicite.



- La segunda copia se archivará en la historia clínica en el centro sanitario que haya emitido el parte.
- La tercera copia, destinada a información estadística, será tramitada de manera telemática en todos los centros del sistema sanitario público de Andalucía. Los centros privados que no cuenten con posibilidad de remisión telemática remitirán esta copia impresa a las delegaciones territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de su provincia.

En todos los casos el parte al juzgado debe ser leído a la mujer y explicarle las consecuencias de su emisión. Es conveniente realizar fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito. El parte se enviará de forma inmediata por vía telemática (si está habilitada) al juzgado de violencia sobre la mujer, previa comunicación con el mismo, en horario laboral (9:00 a 14:00) o al juzgado de guardia, si es fuera de dicho horario.

COMUNICACIÓN A FISCALÍA

La comunicación a la fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en determinados casos. Su remisión se hará mediante fax, dirigido al fiscal delegado provincial contra la violencia a la mujer. La fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial (antes de que llegue al juez o la jueza correspondiente la denuncia), abrir diligencias de investigación o preprocesales para recabar más datos acerca de los hechos denunciados.

La fiscalía puede recibir denuncias para el esclarecimiento de los hechos. Si la investigación evidencia hechos de significación penal, la fiscalía procederá a su traslado al juzgado formulando la denuncia o, en el caso de que no estime fundamentos para ejercitar acción legal, archivarla.

Además, se han de tener en cuenta las leyes que regulan los derechos de las pacientes, en particular la ley de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), de la que se



desprende el compromiso de confidencialidad que implica:

El registro confidencial de la información. Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (p. ej., garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel).

- Preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y enfermería el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo al maltratador y a los hijos e hijas mayores de 14 años. Conviene garantizar un ambiente de intimidad

Tabla 9. Documento de comunicación a fiscalía

COMUNICACIÓN A FISCALÍA

POSIBLE SUPUESTO DE MALOS TRATOS A MUJER

Datos del personal facultativo

Nombre y apellidos:

Centro sanitario:

Nº de colegiado/a:

Datos personales de la mujer

Nombre y apellidos:

Domicilio:

Fecha nacimiento:

Teléfono de contacto:

Datos en que se funda la posible existencia de un supuesto de malos tratos

—

—

—

Acompaño informes clínicos que existen en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato:

—

—

—

Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el Art. 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuno la incoación de diligencias de comprobación.

CNP o Nº Colegiado

LUGAR Y FECHA FIRMA

Fuente: Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 2020

durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.



- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.
- En caso de emitir un parte al juzgado, no adjuntar nunca la historia clínica y recoger en el parte al juzgado la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato.

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y fomentar la autonomía de la mujer para que pueda tomar decisiones informadas y ser protagonista de su propio proceso de recuperación conociendo las diferentes alternativas y posibilidades de actuación.



Actividad 1. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG

Objetivos

Identificar pautas de actuación para acompañar y asistir profesionalmente a las mujeres que sufren maltrato, respetando tanto los ritmos en la interiorización de lo que le está ocurriendo como sus decisiones para salir de ello.

Identificar indicadores de sospecha.

Identificar las consecuencias del problema en la mujer y sus familiares.

Realizar un plan de cambio haciendo a la mujer protagonista de su proyecto de vida.

Proponer estrategias para realizar buena práctica enfermera en el abordaje de la VG.

Conocer las distintas derivaciones y plantear acciones para favorecer la prevención.

Estrategia metodológica: grupos de discusión.

Para llevar a cabo esta actividad se recomendará con una semana de antelación la lectura del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG de 2020.

Procedimiento

El día del seminario el alumnado se distribuirá en subgrupos de cuatro a seis personas y elaborarán un caso clínico de una mujer que llega a la consulta en el que se han discutido previamente características del caso donde se incluyan posibles indicadores de sospecha de MT:

- Si ha tenido otras relaciones de maltrato con la pareja o si ha vivido en la infancia en un hogar donde había malos tratos, si ha sufrido abusos y/o agresiones sexuales.
- Antecedentes personales y hábitos de vida: abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
- Problemas gineco-obstétricos: dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia o dismenorrea. ITS no justificables con las prácticas sexuales referidas. Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia



- argumentando múltiples incidentes. Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- Síntomas psicológicos frecuentes: agotamiento psíquico, abuso de psicofármacos, insomnio, depresión, ansiedad, labilidad emocional, baja autoestima.
 - Síntomas físicos frecuentes: síntomas inespecíficos, molestias pélvicas, dolor crónico, molestias gastrointestinales, cefaleas, cervicalgia.
 - Aspectos sociales: absentismo laboral, aislamiento.
 - Utilización de servicios sanitarios: alternancia de periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias), ir acompañada de la pareja cuando antes no lo hacía.
 - Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: embarazo, noviazgo, separación, jubilación, migración, desempleo, exclusión social.

Material

Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, 3.^a edición (2020). https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/COMUN_2020_Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_VG.pdf.

Actividad 2.

Voces que callan, cuerpos que hablan

Objetivos

Reconocer las dificultades para la detección del MT hacia las mujeres por parte de sí mismas y de profesionales de la salud.

Estrategia metodológica: sociodrama y grupos de discusión.

Procedimiento

Consiste en la presentación de un caso clínico por parte de un subgrupo de participantes al resto del grupo que analiza la escenificación, identificando la situación de la mujer, tipo de MT, repercusiones y pautas de actuación, incluidas las posibles derivaciones. Posteriormente se abre un debate para exponer las ideas y opiniones. Por último, estas serán recogidas en una pizarra a modo de esquema o guía de actuación.

Se distribuirá en subgrupos de cuatro a seis personas y se les entregará un caso diseñado de alguna



situación clínica de actuación profesional sanitaria con una mujer víctima de malos tratos. Cada subgrupo debe escenificar el caso asignado, representando uno de sus miembros el papel de profesional de enfermería y otro el de mujer maltratada:

- Caso 1. Mujer que no reconoce que es víctima, si bien la enfermera detecta indicios.
- Caso 2. Mujer que reconoce sufrir malos tratos, pero no quiere denunciar al compañero.
- Caso 3. Mujer que reconoce sufrir malos tratos y está en peligro extremo.

Mientras se escenifica el caso, el resto del alumnado visualiza el sociodrama y analiza la actuación profesional en concreto, la conducta profesional, la valoración de la situación, las derivaciones, etc. Posteriormente se exponen las opiniones en cuanto a las debilidades y fortalezas de la actuación enfermera con la mujer maltratada.

Caso 1. Mujer que no reconoce que es víctima de VG, aunque la enfermera detecta indicios

Mujer de 40 años, embarazada que acude a la consulta de enfermería por una revisión rutinaria a

causa de su hipertensión. Entra en la consulta acompañada de dos niños pequeños, uno de ellos todavía no camina. Al descubrirle el brazo para tomarle la tensión arterial, se observa un gran hematoma a la altura del bíceps. Posteriormente, al realizar la exploración obstétrica, se observan hematomas abdominales. Al preguntarle acerca del origen de las lesiones ofrece una explicación difusa de los hechos que hace pensar que está sufriendo malos tratos.

Para este caso, se debe analizar si el alumnado que representa el papel de enfermero observa el lenguaje no verbal de la mujer, su comportamiento, su actitud y su estado emocional. Además, contemplaremos si facilita que la mujer se exprese sin miedo ni reprimendas, manteniendo una actitud empática y, sobre todo, si va introduciendo las preguntas de forma secuenciada desde lo más indirecto a lo más directo sobre el tema de la violencia. Valorar si incluye algunas de las siguientes preguntas:

- ¿Se ha dado algún golpe en el brazo?
- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Está usted contenta en la relación con su familia?
- ¿Qué dice su familia del nuevo embarazo?



Caso 2. Mujer que reconoce sufrir malos tratos, pero no quiere denunciar al compañero

Mujer de 41 años que acude con frecuencia a la consulta con síntomas inespecíficos, refiere malestar general, dolor de huesos y continuo cansancio, aunque lo relaciona con que tiene hijos pequeños y con el trabajo del hogar. En esta ocasión, viene a la consulta refiriendo que ha tenido un accidente en casa durante la noche debido a que uno de sus hijos pequeños ha dejado los juguetes tirados en el suelo y ella se ha levantado a medianoche para ir al baño y se ha caído al tropezar con ellos. Al realizar la exploración física, se observa que los hematomas que tiene no coinciden con la versión que ha dado. Presenta hematomas en la espalda y tiene unas marcas dátiles en la parte interna del antebrazo.

En este caso, se deben seguir las mismas recomendaciones que en el *role playing* anterior, se debe valorar si el alumnado que desarrolla el cometido de profesional de enfermería mantiene una actitud empática y cercana con la mujer, si asegura la confidencialidad, si facilita las

expresiones de la mujer, si observa sus actitudes y su estado emocional, también cómo va introduciendo las preguntas, qué y cómo le aconseja, si realiza la derivación adecuada.

Caso 3. Mujer que reconoce sufrir malos tratos y está en situación de riesgo

En su última visita, la mujer acude a la consulta llorando porque de nuevo su marido la ha golpeado al interponerse entre él y su hijo. La tranquilizamos para que nos cuente con calma lo ocurrido. La mujer refiere temor por su hijo y también por ella y que ahora está dispuesta a abandonar a su marido y a denunciarlo. Posteriormente se realiza la exploración física y se observan lesiones que coinciden con las agresiones físicas referidas. La mujer informa de que se va a alojar en casa de sus padres y de que trabajo no tiene, pero a ella se le da bien coser.

Para el debate tendremos en cuenta si quien hace de profesional de enfermería le comenta a la mujer la necesidad de realizar unas fotografías de las lesiones que sirvan como prueba para la denuncia.



Si valora el daño psicológico, la existencia de riesgo vital, tanto para ella como para algún miembro de su familia, si cuenta con apoyos, si tiene algún sitio donde alojarse cuando deje definitivamente su casa, si cuenta con algún trabajo.

Anotar si le aconseja a la mujer que debe abandonar lo antes posible el domicilio conyugal, pero que lo debe de hacer cuando su marido esté en el trabajo o esté fuera del hogar. Que no se le vaya a escapar alguna pista que lo ponga sobre aviso y que no debe ir a los lugares que sabe que él frecuenta. También si le indica que debe tener preparados en otra casa los siguientes documentos importantes para ella y para sus hijos: tarjeta sanitaria, DNI, tarjetas de crédito y dinero para cubrir las necesidades básicas. Otro aspecto a considerar es si realiza la derivación y el seguimiento adecuado de la mujer.

Finalmente, a partir de estos datos se elaborará un plan de actuación que contemple la valoración, las estrategias de intervención y la derivación.

Se recomienda en los primeros casos no dar ningún material orientativo para llevar a cabo la consulta. En el segundo o tercer caso, se le puede dar una guía de preguntas u orientaciones del protocolo (Ruiz Pérez y Agüera Urbano, 2020). En el debate grupal se introduce también la comparación entre realizar una valoración y plan de actuación con y sin protocolo.

Material

Mesa, sillas y recursos sanitarios para simular una consulta de enfermería. Pizarra o papelógrafo, rotuladores permanentes.



BIBLIOGRAFÍA

Bosch, Esperanza; Ferrer, Victoria A.; Ferreiro, Virginia y Navarro, Capilla (2013). *La violencia contra las mujeres: el amor como coartada*. Madrid: Anthropos. <http://fama.us.es/record=b2518077~S5>

Castells, Manuel y Subirats, Marina (2007). *Mujeres y hombres, ¿un amor imposible?* Madrid: Alianza Editorial.

Organización de Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Asamblea General, 85.ª sesión plenaria. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Violencia contra la mujer*. <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>.

Ruiz Pérez, Isabel y Agüera Urbano, Carmen (coords.) (2020). *Protocolo Andaluz de Actuación y Coordinación Sanitaria en Agresiones Sexuales*. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/AGRESIONES_SEXUALES_2020_Protocolo_de_actuacion_y_coordinacion_sanitaria_en_agresiones_sexuales.pdf.

Ruiz Pérez, Isabel y Agüera Urbano, Carmen (coords.) (2020). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG*. 3.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/protocolo_violencia_genero_2015.pdf.



SEMINARIO 15.

LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO Y LAS REDES SOCIALES

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz

La violencia en el noviazgo, en inglés *dating violence*, es un fenómeno de violencia en las parejas jóvenes y adolescentes con una frecuencia tres veces superior a la registrada en parejas adultas, aunque generalmente de menor intensidad (Fernández, 2014). Gran parte de la población universitaria se sitúa en ese rango que definimos como juventud, en el que las agresiones, además de resultar difíciles de detectar (Sebastián, Ortiz y Gil, 2010), tienen un gran alcance emocional, produciendo elevados niveles de estrés y sufrimiento.

La violencia en las relaciones de noviazgo es un fenómeno en sí mismo, no todas las personas que han vivido episodios violentos antes de casarse se encuentran con esa situación en su vida adulta ni todos los que la ejercen o padecen en la adultez la han experimentado necesariamente durante la época de noviazgo (García-Carpintero, 2017).

En la juventud, empieza a producirse desde las primeras relaciones románticas, cuando están comenzando a asumir lo que significa la intimidad compartida y las reglas que subyacen a la misma, de ahí la necesidad de erradicar desde esa etapa inicial este tipo de conductas. Cuando se trata de parejas de corta edad, las tasas de violencia en el noviazgo son similares en chicos y chicas, ya que esta se produce, habitualmente de manera bidireccional, aunque es distinta en modalidad, intensidad y efectos sobre la pareja. En las chicas responde al «espejismo de la igualdad», las chicas se sienten falsamente iguales a sus pares varones en un intento por reafirmar a través de la violencia los roles en la pareja y a estrategias para afrontar estados de inseguridad, esta violencia femenina en la adolescencia, se reduce en la adultez. En el caso de los varones, responde a deseos de reafirmar la masculinidad



y a estrategias para ejercer el control y el poder en la relación (Fernández, 2013; Palmetto, 2013; García-Carpintero, 2015).

Uno de los problemas en la mayoría de las parejas jóvenes es la falta de identificación de las conductas violentas y las relaciones de maltrato en la pareja, por la que estas se vuelven invisibles. No suelen identificar los abusos psicoemocionales como una forma de violencia, y solo se identifican como maltrato las agresiones físicas graves, el resto, incluso las agresiones físicas leves (tirón de pelo, empujones), pasan desapercibidas. El problema que subyace es la normalización de la violencia entre los jóvenes como forma de comunicación y estrategia para resolver conflictos, llegando a constituirse como un elemento habitual en la relación de pareja (Sebastián et al., 2010; Fernández, 2014).

Hay tipos de violencia que pueden darse en las parejas adultas o convivientes y no están presentes en las parejas de jóvenes y adolescentes, ya que están en otra etapa etaria, como la violencia económica, ya que no suelen compartir economía, o la

violencia hacia hijos e hijas, ya que en la mayoría de los casos no hay. Sin embargo, están muy presentes otras modalidades de violencia en la pareja.

La violencia psicoemocional comprende las actitudes de control, los abusos emocionales y las agresiones verbales. Actualmente, en las parejas adolescentes, se desarrollan de manera frecuente actitudes de control y vigilancia, que se produce no solo en el mundo y tiempo real, sino en el mundo virtual a través de las redes sociales. En muchas ocasiones se llega a pedir y a otorgar a la pareja, como prueba de amor y confianza, acceso a todas las publicaciones en redes sociales Instagram, Facebook, TikTok, WhatsApp, Snapchat, YouTube o Twitter, entre otras, creándose así una situación de efectivo (Barquin y Barquín, 2014). El control, mediante conductas de aproximación, vigilancia, restricción y acoso, puede terminar con un aislamiento del entorno social y familiar de la víctima. Un ejemplo común de este tipo de actitudes quedaría representado por la búsqueda de información en redes sociales, espiar teléfonos o correos, o preguntar insistentemente dónde se ha estado y con quién.



En lo que respecta a las actitudes de abuso emocional, encontramos un amplio abanico que va desde la violencia verbal mediante el insulto a conductas de denigración y dominación, suelen causar sentimientos de inferioridad, desvalorización y miedo. Dentro de las conductas de denigración encontramos acciones como ridiculizar, culpar de todo lo que pasa, ignorar a la pareja o no dirigirle la palabra durante mucho tiempo, que suelen constituir claros ejemplos de este tipo de violencia. Entre las conductas de intimidación amenazas explícitas o implícitas de hacer daño a la pareja, expareja o a alguna persona del entorno afectivo de esta estaría conducir de forma temeraria como para asustar a la otra persona o comportarse con tal agresividad que produzca miedo en la pareja. Respecto a la violencia sexual, tal como hemos explicado en capítulos anteriores, comprende todas las acciones por medio de la fuerza o coacción para realizar actos y prácticas sexuales no deseadas, en momentos o lugares no deseados o con personas no deseadas.

En cuanto a las consecuencias que generan estas formas de relación violenta sobre la salud y

la felicidad de la persona a estas edades, la mayoría de los trabajos señalan que las consecuencias de la violencia son más severas en las chicas que en los chicos, implicando mayores secuelas físicas y emocionales, sentimientos de tristeza, tendencia suicida, consumo de drogas o estrés postraumático (Eshelman y Levendosky, 2012).

VIOLENCIA EN LAS REDES SOCIALES

En cuanto a la ciberviolencia de carácter sexual contra las mujeres y la VG a través de las redes, se denomina este tipo de VG como aquellos actos delictivos hacia las mujeres con ayuda de las tecnologías. En este sentido, encontramos un abanico de manifestaciones entre las que podemos resaltar: publicación y/o difusión de imágenes o vídeos obtenidos por *sexting*, *sextorsión*, *grooming*, ciberacoso, pornografía infantil, explotación sexual *online* o captación de mujeres para la trata, entre otros. Se viene detectando en esta última década un aumento en el comportamiento machista y sexista en jóvenes a través de las redes. En este nuevo contexto digital se repiten patrones de violencia basada en género



que simplemente toman nuevas formas aprovechando la inmediatez, la disponibilidad, la falta de información de contexto y el anonimato que ofrece internet.

- El término *sexting* es el resultado de la contracción de *sex* (sexo) y *texting* (envío de mensajes), y consiste en el envío de contenidos de tipo sexual, producidos generalmente por la persona que los remite, a otra u otras personas por medio de teléfonos móviles. Son acciones que tienen lugar entre personas que tienen o han tenido alguna relación afectivo-sexual y que se produce por motivos vinculados directa o indirectamente a la esfera íntima. En España, según El informe de Save the Children (2020), casi un 20 % de los jóvenes entre 18 y 20 años ha participado alguna vez en el *sexting* y la media de edad en la que se hace por primera vez está entre los 14 y los 16 años. El *sexting* en sí mismo no es una violencia, es una forma de relacionarse a través de las redes sociales, aunque de alto riesgo, ya que el usuario pierde el control de la imagen en cuanto la comparte y puede fácilmente convertirse en víctima.
- La *sextorsión* se refiere al chantaje a través del cual alguien utiliza contenidos sexuales obtenidos por *sexting* para obtener algo de la víctima, amenazando con su publicación, o los difunde sin permiso. Hablamos de un delito que queda recogido en la modificación que se hace en el nuevo Código Penal de 2015.
- El *grooming* es una acción deliberada por personas adultas, mayoritariamente hombres, con el objetivo de establecer lazos de amistad con una niña o un niño a través de internet, que posteriormente deriva en una forma de obtener una satisfacción sexual mediante imágenes o vídeos eróticos pornográficos de menores o incluso como preparación para un encuentro sexual.
- El *ciberacoso* puede convertirse en una forma de VG cuando se entienda como «aquellos comportamientos que, utilizando las TIC, tienen como objeto la dominación, la discriminación y, en definitiva, el abuso de la posición de poder donde el hombre acosador tiene o ha tenido alguna relación afectiva o de pareja con la mujer acosada».



Es necesario implementar estrategias educativas, especialmente de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en las nuevas formas de socialización y comunicación a través de internet, incorporando en el diseño de los mismos la perspectiva

de género y la igualdad de oportunidades, luchando contra los roles clásicos que perpetúan las relaciones desiguales entre los géneros, así como promoviendo un lenguaje más inclusivo y menos sexista.



Actividad 1. La escalada de la violencia

Objetivos

Facilitar la detección de conductas de aislamiento, de control, de denigración y de dominación en la pareja.

Facilitar la identificación de la violencia a través de internet.

Al final de la sesión, los/las participantes habrán identificado distintas actitudes y conductas de control dentro de la pareja y reconocerán situaciones al inicio de una relación en la que se está produciendo maltrato.

Visibilizar conductas de maltrato en la pareja.

Estrategia metodológica: videofórum y grupos de discusión, comentario de los cortos y películas propuestas.

Procedimiento

Se verán la película y los vídeos propuestos durante la primera parte del seminario.

Posteriormente se abrirá un debate sobre algunas cuestiones que tienen que ver con los tipos, ciclo y las consecuencias de la VG.

Referencias bibliográficas del material utilizado

Redes sociales

- Un testimonio real: *La historia de Alba*. <https://www.youtube.com/watch?v=pMdJbmH0Cpc&feature=emb_title>.
- Campaña «Échale cabeza a las redes sociales», Ayuntamiento de Sevilla. <https://www.youtube.com/watch?v=N4AnVheeC_o>.
- *Bumerán*. Corto de Páginas Violetas. <https://www.youtube.com/watch?v=G0aZNq_j_4>.
- Campaña *grooming* de Movistar «Love Story» <<https://www.youtube.com/watch?v=pAohWiuNPYo>>.



Violencia en parejas jóvenes

- No estás sola, Sara. <<http://www.rtve.es/television/no-estas-sola-sara>>.
- Campaña «No te pierdas. Sin libertad no hay amor».

ELLA:

<<https://www.bing.com/videos/search?q=no+te+pierdas+violencia&&view=detail&mid=2ED80A771D590D75F6D32ED80A771D590D75F6D3&&FORM=VRD GAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3Dno%2520te%2520pierdas%2520violencia%26qs%3Dn%26form%3DQBVR%26sp%3D-1%26pq%3Dno%2520te%2520pierdas%2520violencia%26sc%3D0-23%26sk%3D%26cvid%3D766792508CDD4BA7AC926634E3AB6226>>.

ÉL:

<<https://www.bing.com/videos/search?q=no+te+pierdas+violencia&&view=detail&mid=CA54C171B4FACFA0E71ECA54C171B4>>.

[FACFA0E71E&&FORM=VRD GAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3Dno%2520te%2520pierdas%2520violencia%26qs%3Dn%26form%3DQBVR%26sp%3D-1%26pq%3Dno%2520te%2520pierdas%2520violencia%26sc%3D0-23%26sk%3D%26cvid%3D766792508CDD4BA7AC926634E3AB6226](https://www.bing.com/videos/search?q=no+te+pierdas+violencia&&view=detail&mid=2ED80A771D590D75F6D32ED80A771D590D75F6D3&&FORM=VRD GAR&ru=%2Fvideos%2Fsearch%3Fq%3Dno%2520te%2520pierdas%2520violencia%26qs%3Dn%26form%3DQBVR%26sp%3D-1%26pq%3Dno%2520te%2520pierdas%2520violencia%26sc%3D0-23%26sk%3D%26cvid%3D766792508CDD4BA7AC926634E3AB6226)>.

- *Pepe y Pepa, la escalera cíclica de la violencia de género.* La Escalera de la VG en las parejas adolescentes. Carmen Ruiz Repullo. <<https://www.youtube.com/watch?v=26txqL99eFM>>.
- *Bajo la máscara (por un mundo sin violencia).* Se trata de una serie de cortos hechos por adolescentes del IES Gaspar Sanz Meco, Madrid, sobre la VG. Con ello pretenden ser la voz de quienes callan. <<http://www.youtube.com/watch?v=mjeAR0D7SMw&NR=1>>. <<http://www.youtube.com/watch?v=gM13mUSKTnw&feature=related>>.



Actividad 2. Los primeros compases de la violencia

Objetivos

Detectar la escalada del maltrato en el noviazgo en parejas jóvenes. Detectar la escalada del maltrato en las relaciones tóxicas de pareja.

Estrategia metodológica: grupos de discusión, reflexión crítica de los casos propuestos.

Procedimiento

En la primera hora del seminario se distribuirá al alumnado en subgrupos de cuatro a seis personas y se les entregará un caso a cada subgrupo, lo analizarán y discutirán en el subgrupo y seguidamente lo expondrán al resto de la clase.

Caso 1

Alejandra es una chica de 16 años y lleva tres meses saliendo con el chico que le gustaba de la clase de al lado. ¡Ya no era la única que no tenía novio de su grupo! Al principio todo era

maravilloso, él era genial y ella estaba muy contenta porque un chico tan atractivo se hubiera fijado en ella. Ahora algo ha cambiado. Alejandra quiere seguir con él, pero hay cosas de él que no le gustan. Solo quiere que salga con él, no quiere que salga con sus amigas, porque dice que son unas «busconas», no le gusta su forma de vestir, le ha pedido su clave de Instagram y ya le ha borrado varias fotos y le ha dado de baja a tres amigos, le dice que va insinuándose a todos los chicos. Sin embargo, él no ha dejado de salir con sus amigos.

Caso 2

Sandra y Jesús están en una discoteca. Después de un buen rato bailando, se sientan en un sofá que está alejado de la pista. Empiezan a besar-se y acariciarse. Los dos están muy a gusto. En un momento determinado, Sandra le dice a Jesús que quiere volver a la pista. Él le contesta: «¿Por qué, Sandra, si estamos muy a gusto?». Ella insiste en bailar y él le contesta: «El otro día me hiciste lo mismo. Me pones como una moto y luego quieres que paremos. No se calienta lo que te vas a comer. Paso de ti, no me vuelvas a llamar».



Caso 3

Antonio y Babi son novios desde hace cinco meses. Los dos están muy a gusto y son muy felices. El último sábado fueron a una discoteca a bailar. Nada más llegar, Babi vio al fondo de la sala a un antiguo novio suyo al que hacía mucho tiempo que no veía. Fue directamente hacia él, muy contenta, y se saludaron con un beso. Antonio no se acercó. Observó la escena desde lejos. Cuando Babi volvió junto a él, este le dijo: «A mí no me vuelvas a hablar, eres una puta».

- ¿Conocéis a alguien a quien le haya pasado esto alguna vez?
- ¿Creéis que ese chico va a cambiar?
- ¿Qué haríais si estuviésteis en el lugar de la chica? ¿Y en el lugar del chico?
- ¿Por qué creéis que él ha actuado así?
- ¿Por qué creéis que ella ha actuado así?
- ¿Cómo consideráis que le afecta a la mujer esa situación?
- ¿Qué podría hacer para sentirse más fuerte?



BIBLIOGRAFÍA

Fernández, Teresa (2014). La educación sexual y de género vs. el maltrato en la pareja. Escenario sobre la violencia en jóvenes de Baja California.

Fernández, Liria.; O'Leary, Daniel. y Muñoz, Marina. (2013). We are not joking: Need for controls in reports of dating violence.

García-Carpintero, M.ª Ángeles; Porcel, Ana; Rodríguez, Javier y Tarriño, Lorena (2015). La violencia en el noviazgo. ¿Qué pasa entre los jóvenes universitarios? En: *VI congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres. Situaciones de especial vulnerabilidad* (IG1549H). Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y políticas sociales.

García-Carpintero, M.ª Ángeles; Rodríguez, Javier y Porcel, Ana (2018). Diseño y validación de la escala para la detección de violencia en el noviazgo en jóvenes en la Universidad de Sevilla. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 121-128. <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.006>>.

Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439>.

Palmetto, Niki., Davison, Leslie. L.; Breitbart, Vicki. y Rickert Vaughn, (2013). Predictors of Physical intimate partner violence in the lives of Young women: Victimization, peptetration, and bidirectional violence.

Save the Children (2020). *Violencia viral. Los 9 tipos de violencia online*. [https://www.savethechildren.es/actualidad/violencia-viral-9-tipos-violencia-online#:~:text=El%20online%20grooming%20\(acoso%20y,vez%20a%20los%2015%20a%C3%B1os](https://www.savethechildren.es/actualidad/violencia-viral-9-tipos-violencia-online#:~:text=El%20online%20grooming%20(acoso%20y,vez%20a%20los%2015%20a%C3%B1os).

Sebastián, Julia; Ortiz, Beatriz; Gil, Macarena; Gutiérrez del Arroyo, Marga Hernáiz, Alba; Hernández, Juan. (2010). La violencia en las relaciones de pareja de los jóvenes. ¿Hacia dónde caminamos?



SEMINARIO 16.

VIOLENCIAS INVISIBLES: LA PROSTITUCIÓN Y LA TRATA DE MUJERES Y NIÑAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

Cristina Ramírez Zambrana

En los últimos años, pese a la libertad sexual que se disfruta desde hace varias generaciones, la demanda de prostitución, lejos de disminuir, ha aumentado exponencialmente. Ya en 2007, la Comisión Mixta de los Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Oportunidades del Gobierno de España sitúa el consumo de prostitución como el segundo negocio más lucrativo del mundo, superando al del tráfico de drogas y solo por detrás del tráfico de armas, movilizándolo entre 5 y 7 billones de dólares al año, y con el que se estima que las mafias obtienen un beneficio de 7000 millones de dólares anuales (Cortes Generales, 2007).

De esta forma, debido a la globalización y al capitalismo neoliberal, la feminización de la pobreza y la cada vez mayor brecha social, la prostitución ha pasado de ser una realidad local

a adquirir un carácter transnacional, potenciando y nutriendo la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual (Cobo, 2017). Una demanda que moviliza aproximadamente 40-42 millones de personas a nivel mundial, la mayor parte mujeres y niñas, con el objeto de ser explotadas sexualmente (Parlamento Europeo, 2014). Por tanto, hablamos de la prostitución como un fenómeno generizado, ya que la mayor parte de las personas que están en situación de prostitución son mujeres y niñas, y casi la totalidad de los demandantes –el 99,7%– son varones (Cortes Generales, 2007; Parlamento Europeo, 2014). Actualmente en España la prostitución tiene rostro de mujer migrante, algunas de ellas, y según la procedencia, en situación administrativa irregular, y de las cuales un porcentaje significativo son víctimas de trata con fines de explotación sexual (Ranea, 2016).



La prostitución, la trata de personas y el tráfico ilícito de migrantes son realidades interconectadas, pero que tienen matices que las distinguen; por tanto, nos encontramos ante fenómenos diferentes. La **prostitución** es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989 como toda «actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien». La **trata de personas** la define el «Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños» (Protocolo de Palermo), como

la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.

La definición de **tráfico ilícito de migrantes**, figura en el Protocolo contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire como la «facilitación de la entrada ilegal de una persona en un Estado

Parte del cual dicha persona no sea nacional o residente permanente con el fin de obtener, directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material». Ambas definiciones complementan la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional en el año 2000.

La principal diferencia entre trata y tráfico es que en el tráfico ilícito hay consentimiento y no hay explotación tras el traslado de la persona entre fronteras, es un delito que vulnera leyes de extranjería y de control de fronteras y siempre tiene un componente transnacional, en tanto que la trata supone un delito contra la persona, ya que esta es captada, trasladada, y/o acogida por medios ilícitos para explotarla y obtener un beneficio económico o en especie a costa de la explotación. Supone una vulneración de los derechos humanos de la persona, y no siempre tiene un componente transnacional ni exige el cruce de fronteras.

Aunque la prostitución y la trata están interrelacionadas, son fenómenos diferentes. En primer lugar, la trata es un delito y la prostitución no.



Hay que tener en cuenta que no todos los casos de trata tienen la explotación sexual como finalidad, aunque la mayoría de los casos de trata identificados e investigados en España se producen con la finalidad de la explotación sexual. También existen casos de trata con la finalidad de explotación laboral, mendicidad, comisión forzada de delitos, matrimonios forzados y comercio de órganos. Además, se puede dar la trata con fines de explotación sexual fuera del ámbito de la prostitución. Por otro lado, no todas las personas que ejercen la prostitución son víctimas de trata, hay otras formas de acceder al ejercicio de la prostitución, como medio de supervivencia, por ejemplo.

Resulta paradójico que los países donde existen los mayores índices de igualdad sexual y en los que más políticas de igualdad se promueven, entre los que se encuentra España, sean los que han experimentado un mayor aumento en la demanda de prostitución en los últimos años. Son hombres cada vez más jóvenes que consumen prostitución como forma de ocio. Sin embargo, el proxenetismo y los hombres consumidores de

prostitución, como actores responsables de esa demanda, son invisibilizados y liberados socialmente de cualquier responsabilidad (De Miguel, 2015). Además, actualmente la masculinidad tradicional hegemónica se está viendo reforzada por el patriarcado neoliberal imperante, que ha extremado la VG y el uso misógino de la sexualidad, deshumanizando y cosificando a las mujeres y convirtiéndolas en simple mercancía. En los últimos años han proliferado las investigaciones que tienen como objeto de estudio el perfil de hombres consumidores de prostitución (Gómez, Pérez y Verdugo, 2016), sus motivaciones para el consumo y la relación que existe entre la construcción social de la masculinidad hegemónica y el consumo de prostitución femenina (De Miguel, 2015; Ranea, 2016).

La prostitución es una realidad compleja, en parte debido a la multitud y diversos factores y elementos que intervienen en el mismo. Durante años, se ha ideologizado sobre el fenómeno en sí, sobre su gestión y tratamiento, lo que ha generado posturas enfrentadas donde se ha hecho difícil llegar un consenso (Gimeno, 2012), dando



lugar a diversas opiniones y posicionamientos derivados o no de corrientes feministas. Tradicionalmente se distinguen tres corrientes: el **prohibicionismo**, defendido por el conservadurismo moral, que criminaliza la prostitución considerándola una actividad delictiva, tanto el ejercicio como el consumo y la facilitación; por lo tanto, hay que prohibirla y sancionarla. Consideran a la mujer, al consumidor de prostitución y al proxeneta como «delincuentes».

El **reglamentarismo**, que acepta oficialmente la prostitución y la reconoce como un trabajo. Lo consideran un hecho natural e inevitable que ya no se puede eliminar y que, por tanto, hay que regular, ya sea para proteger o para controlar policial y sanitariamente a las mujeres que ejercen la prostitución. Es un posicionamiento defendido por el sistema prostitucional, que considera a la prostitución como un negocio, y por un sector feminista que ve a la mujer en prostitución como la máxima expresión de la libertad sexual. Esta postura habla en términos de trabajo sexual, empresarios del sexo, clientes, prostitutas, putas o trabajadoras sexuales. El **abolicionismo** es la

postura defendida por la teoría feminista clásica y los sectores mayoritarios de los movimientos feministas. Consideran que la prostitución representa una de las formas, prácticas o instituciones más antiguas en las que se muestra, asevera y perpetúa la desigualdad entre hombres y mujeres, consecuencia directa de la hegemonía patriarcal. Entienden que hay que erradicar la prostitución, persiguiendo al responsable de esta explotación, pero no a las mujeres que la ejercen, que son consideradas víctimas a las cuales hay que proteger y dar alternativas al ejercicio de la misma. Desde este posicionamiento, se habla de la prostitución en términos de explotación y violencia, proxenetas, prostituyentes, prostituidores y puteros, mujer prostituida... (Ramírez, 2018). De forma recurrente se ha centrado el debate entre los sectores que están a favor de la reglamentación y los que están a favor de la abolición, en la cuestión filosófica-política del consentimiento y en la voluntariedad de la mujer en el ejercicio de la prostitución (De Miguel, 2015). Según el informe de las Naciones Unidas (2006) sobre «Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género», esta cuestión ha



beneficiado principalmente al sector prorregulización, a los proxenetas y al aumento de la demanda de prostitución y, como consecuencia, asistimos a un incremento significativo en el consumo de prostitución y en la explotación de mujeres y niñas.

Desde un enfoque abolicionista, la prostitución representa una violación de los derechos humanos y una de las manifestaciones más extremas de violencia de género. Así aparece recogido en la fundamentación de la «Ordenanza municipal para luchar contra la prostitución y la trata con fines de explotación sexual en la ciudad de Sevilla» (Ayuntamiento de Sevilla, 2017). En el informe sobre explotación sexual y prostitución y su impacto en la igualdad de género elaborado por la Comisión de Derecho de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo (2014) se considera que la prostitución y la prostitución forzada son causa y consecuencia de la desigualdad de género, así como formas de esclavitud incompatibles con la dignidad de la persona y con sus derechos fundamentales. Sin embargo, el pacto de Estado contra la violencia de género,

aprobado en septiembre de 2017 (Congreso de los Diputados, 2017), no incluyó la prostitución como forma de violencia machista, aunque amplió el concepto de VG incorporando la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, así como todos los tipos de violencias contra las mujeres recogidos en el Convenio de Estambul (Consejo de Europa, 2011).

El informe anual en materia de VG en la Comunidad Autónoma de Andalucía (2015) no recoge dentro de las cifras oficiales de mujeres víctimas de VG a las mujeres en situación de prostitución y/o víctimas de trata con fines de explotación sexual, aunque plantea como objetivos el desarrollo de proyectos dirigidos a la atención y asistencia de mujeres migrantes en prostitución y/o víctimas de trata apoyando a las organizaciones no gubernamentales (ONG) especializadas en dicha materia. Así mismo, reconoce como medida eficaz para disminuir la violencia el desarrollo de campañas de educación y sensibilización social no solo dirigidas a visibilizar la realidad de violencia y de vulneración de derechos fundamentales que experimentan las mujeres que están



en situación de prostitución, sino también a la reducción de la demanda. De esta manera, cobra especial relevancia el desarrollo de formaciones específicas dirigidas a prostituyentes y hombres potenciales consumidores de prostitución que estén orientadas a deconstruir la masculinidad tradicional hegemónica.

Con este planteamiento se ha desarrollado este seminario, que consta de tres actividades. En primer lugar, se ha planteado una actividad que ayude al alumnado a deconstruir el imaginario

que tenemos de la prostitución y de las mujeres que la ejercen partiendo de los estereotipos que se han perpetuado socialmente a lo largo de la historia, y que normalmente han ido dejando a las propias mujeres fuera del debate. La segunda actividad se desarrolla en torno a las vivencias de las mujeres que se encuentran en situación de prostitución y/o son víctimas de trata con fines de explotación sexual. Por último, la tercera actividad se ha centrado en el análisis de la demanda y en el hombre consumidor de prostitución.



Actividad 1. Yo, mujer, quiero ser libre

El Pacto de Estado en Materia de Violencia de Género, aprobado en septiembre de 2017, incluyó la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual como forma de violencia machista, así como todos los tipos de violencias contra las mujeres recogidos en el Convenio de Estambul. Sin embargo, la prostitución, que sigue siendo una realidad generadora de debate y da lugar a diversas opiniones y posicionamientos que la convierten en una forma de violencia contra las mujeres todavía invisibilizada y oculta en nuestra sociedad.

Objetivos

Facilitar la toma de conciencia acerca de la prostitución como un tipo más de violencia contra las mujeres, desmontando mitos y estereotipos sobre la prostitución.

Estrategia metodológica: *brainstorming* (tormenta de ideas), grupos de discusión y lectura y reflexión crítica de textos académicos.

Procedimiento

1. La prostitución a debate

Partimos del imaginario social que hay en torno a la prostitución, el debate existente sobre su reglamentación, y de la estigmatización de la mujer que se encuentra en situación de prostitución. Para ello, comenzamos la actividad con una lluvia de ideas sobre las siguientes preguntas:

- ¿Qué opina la gente sobre la prostitución?
- ¿Qué expresiones os vienen a la cabeza y/o manifestáis cuando escucháis hablar de prostitución?
- ¿Qué posicionamientos hay?

Se van anotando los mitos acerca de la prostitución y las ideas principales que surjan en la pizarra y se dejan durante toda la actividad para retomarlas en la última parte de la misma.



Para profundizar en los diversos posicionamientos, se propone la lectura del apartado “La prostitución, un fenómeno complejo: debates sociales y enfoques jurídicos” (pp. 211-214), del capítulo «La prostitución. Claves para su análisis» (Ramírez, 2018).

2. Desmontando mitos
- Se pide que tres estudiantes lean en alto las historias de tres mujeres de diversa nacionalidad que ejercen la prostitución.

Tabla 1.

“NO ES EL OFICIO MAS VIEJO DEL MUNDO”
A menudo hemos oído decir que la prostitución es el oficio más viejo del intuido. Esto supone que la prostitución es tui atributo innato de las mujeres y por lo tanto inevitable. En sociedades primitivas, las mujeres aparecemos como parteras, alfare-ras, artesanas, cuidadoras, maestras, recolectoras, antes que ejerciendo la prostitución. Estos oficios desarrollados por las mujeres se pueden comprobar por la arqueología y la mitología popular, pero son ignorados por la “historia” patriarcal. La prostitución tiene un inicio preciso: la afirmación del patriarcado.
“NO ES UNA FORMA FACIL DE GANAR MUCHO DINERO”
Las mujeres en situación de prostitución sufren multitud de violencias y vulneración de sus derechos fundamentales. La gran mayoría de las mujeres en situación de prostitución se encuentran en situación de pobreza y gran vulnerabilidad. Los proxenetas y tratantes son los que se enriquecen. El negocio prostitucional y la trata de mujeres con fines de explota-ción sexual es uno de los negocios más lucrativos, <u>junto con el tráfico de drogas y de armas.</u>
“LA PROSTITUCION NO ES UN TRABAJO”
Si la prostitución es una actividad como otro cualquiera, ¿Por qué nadie desea ejercerla? ¿Por qué no dejar de ser hipócritas y crear una carrera de prostitución en la universidad? ¿Por qué ningún padre, de los que defienden la prostitución, y la ven como un trabajo como otro cualquiera y/o paga por sexo, desearía que su hija ejeiza este noble trabajo? ¿Por qué uno de los mayores insultos es “hijo de puta”? La igualdad entre hombres y mujeres será difícilmente alcanzable mientras siga <i>habiendo hombres que compren, vendan y exploten a mujeres.</i>



“NO LO HACEN PORQUE LES GUSTA”

La mayoría llega a la prostitución después de historias de violencia, vulnerabilidad, pobreza, violaciones, exclusión, engaños de sus parejas, de sus familiares o amigos. Muchas también son secuestradas y obligadas mediante torturas y amenazas. La prostitución no es elección. Es una opción cuando no queda ninguna otra opción.

“NO ES UNA ELECCION LIBRE. NO LO ASUMEN DE MANERA VOLUNTARIA”

Para millones de mujeres, escoger entre hambre, abuso, aislamiento o prostitución no representa una verdadera opción. Cuando una sociedad aumenta los espacios de igualdad, social y sexual, y de nivel de vida disminuye el número de mujeres del propio país que se dedican a la prostitución.

Se necesitan muchos cómplices para prostituir, para considerar a la prostitución como ideal de “libertad”. Difícilmente se dedican a ello como resultado de una decisión vocacional. No es que un día se dijeran a sí mismas “yo quiero ser puta; es lo mío”. La venta del cuerpo y el sometimiento a los abusos correspondientes suele ser una opción impuesta por la cultura y las costumbres.

“NO SON MUJERES DE VIDA ALEGRE”

La vida de una mujer en situación de prostitución no es fácil ni alegre. Esta es una expresión que sólo sirve para restarle responsabilidad a prostituyentes y proxenetas, en el daño que producen. El consumo de prostitución tiene que ver con el poder y no con el placer. Las mujeres en situación de prostitución conforman todo de los grupos más vulnerables de todas las sociedades en todas las épocas.

A continuación, se reparte a cada miembro del grupo unos de los siguientes mitos, ya

deconstruidos, sobre la prostitución para que lo lean en alto y opinen acerca de ello.

Tabla 2.

HISTORIA DE JOY

Mi nombre es Joy, tengo 22 años, y ejerzo la prostitución en una de las calles de Sevilla. Muchos pasan por mi lado, van de compras o al cine, miran y no ven, no son capaces de dejarse afectar por mi clamor. Nací en Nigeria, soy la segunda de doce hermanos. Mi madre murió y la pobreza y la falta de oportunidades fue minando mi vida. A los diecisiete años me hablaron de un trabajo en Europa. Yo quería ayudar a mi familia... Salí de mi país sin saber cuál iba a ser mi destino. Durante meses, sufrí hambre, violaciones y vejaciones hasta alcanzar en patera las costas de Almería. Allí me obligaron a prostituirme y pagar una deuda de 45.000 euros. Me dijeron que si huía, harían daño a mi familia.



HISTORIA DE KRINA

Mi nombre es Krina, tengo 24 años, muchos sueños y mucho sufrimiento a mis espaldas. Soy rumana y mi familia es pobre. Apenas fui al colegio porque tenía que trabajar. Me casaron a los 14 años y el matrimonio fracasó. Después, con otra pareja, me adentré en el infierno de los malos tratos y me acostumbré a ser humillada y vejada. ¿Qué podía esperar de la vida? Un día, siendo aún menor, un hombre se me acercó ofreciéndome trabajo en el extranjero. Acepté para escapar de lo que estaba viviendo. Durante cinco años fui vendida y comprada por comerciantes de mujeres. Mi cuerpo tiene aún las marcas de los intentos de fuga y de suicidio.

HISTORIA DE CARLA

Mi nombre es Carla, soy brasileña y tengo 25 años. De mi infancia apenas tengo recuerdos positivos. Mi padre nos abandonó, siendo yo muy pequeña, y de mi madre no tuve afecto. Muy pronto me quedé embarazada y tuve que sobrevivir con mi hijo durante dos años. Un día, una conocida me ofreció trabajo en España. Pensé que trabajaría algún tiempo, ganaría dinero y volvería a por mi pequeño... Cuando llegué aquí, me dijeron que tenía que pagar mi deuda ejerciendo la prostitución. Al principio lloré sin parar. Sin conocer a nadie, sin hablar la lengua, sin documentación, me resigné y me enganché a las drogas para soportar mejor el día a día.

Materiales

Ramírez Zambrana, Cristina (2018). La prostitución. Claves para su análisis. En: Rosa Casado-Mejía y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Actividad 2.

Moneda de cambio

La VG se manifiesta de la forma más extrema en mujeres que ejercen la prostitución y/o son víctimas de trata con fines de explotación sexual (Rodríguez, 2015). Así mismo, están más expuestas y sufren más violencia que el resto de las mujeres, además de las situaciones de precariedad



derivadas del hecho de que la mayoría son mujeres migrantes en situación administrativa irregular y de la marginalidad en la que viven algunas de ellas por su dependencia de las drogas (Juliano, 2004). Desde el planteamiento abolicionista, la prostitución es en sí misma un acto de violencia cometido principalmente contra las mujeres (Gimeno, 2012), mientras que para otros la violencia que sufren es una característica inherente a los procesos de exclusión social en los que viven las mujeres a las que atienden (Juliano, 2004). Considerando en todos los casos la prostitución como un factor que aumenta el riesgo de violencia contra las mujeres, ya que las sitúa en contextos de mayor exposición ante distintas formas de violencia.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que las mujeres que se encuentran en situación de prostitución sufren violencia física, psicológica, agresiones y violaciones, además de asesinatos, con manifestaciones sintomáticas de trastorno de estrés postraumático asociado a la exposición continua durante un periodo de tiempo a la violencia sexual y física, así como el deseo de

abandonar la prostitución sin éxito, ante la imposibilidad de encontrar otra alternativa para sobrevivir. Por su parte, las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual son las que están expuestas a las formas más extremas de violencia, resaltando el impacto que tiene en la salud de las mujeres la exposición constante a amenazas, intimidación, engaños, manipulación emocional, aislamiento y dependencia, así como el consumo obligado de drogas y alcohol para poder soportar la situación de prostitución (Castellanos y Ranea, 2014).

La violencia comunitaria es otro tipo de violencia identificada, considerada como un tipo de violencia que experimentan las mujeres en prostitución frente a las mujeres que no la ejercen. El estudio de Isabel Moreira y Claudete Monteiro (2012) sobre la violencia en lo cotidiano de la prostitución recoge los relatos de discriminación, acusaciones, desaires, insultos y agresiones a los que se ven sometidas y expuestas por parte de los vecinos, las autoridades policiales y la sociedad en general por el hecho de ejercer la prostitución. Siendo, por tanto, las mujeres que ejercen



la prostitución en la calle las que más tipos de violencias experimentan.

Por otro lado, la estigmatización, fuertemente enraizada en la mentalidad masculina y en la sociedad en general, es identificada como otra forma de violencia (Juliano, 2004; De Miguel, 2015). Mediante el estigma, se convierte en algo permanente e identitario «ser puta», un estatus social que con frecuencia es temporal –ejercer la prostitución–. Así, la condición de «ser prostitutas» las sitúa en una relación de subordinación con respecto a los hombres, que condiciona conductas y comportamientos violentos contra ellas (Juliano, 2004). De esta forma, ejercer la prostitución coloca a las mujeres en una posición vulnerable a las agresiones perpetradas por la sociedad, discriminándolas y desvalorizándolas (Moreira y Monteiro, 2012), reforzando así las representaciones e imágenes prejuiciosas sobre la mujer en prostitución como inmorales e impuras y, por tanto, como sujetos carentes de derechos (Juliano, 2004). La degradación moral de la prostitución, atribuida a la concepción de una «sexualidad criminal», justifica las agresiones y violencias perpetradas contra

las mujeres que se encuentran en estos contextos (Moreira y Monteiro, 2012) por parte de la sociedad en general, los proxenetas, los tratantes y, mayoritariamente, por los prostituyentes.

Desde un planteamiento abolicionista, el desencadenante de la violencia contra las mujeres en situación de prostitución es el sistema patriarcal, que sustenta las relaciones desiguales y de abuso de poder de los hombres sobre las mujeres en todos los ámbitos de la vida social, y también en la prostitución (Gimeno, 2012; De Miguel, 2015).

Objetivos

Identificar las formas de violencia que padecen las mujeres en situación de prostitución y/o que son víctimas de trata con fines de explotación sexual, y a quienes perpetran esas violencias.

Reflexionar acerca de la relación existente entre la prostitución y la trata de personas con fines de explotación sexual.



Estrategia metodológica: videofórum, grupos de discusión y lectura, y reflexión crítica de texto académico.

Procedimiento

La actividad comienza con un momento de introspección. Se invita al alumnado a que cierren los ojos e intenten visualizar y responder interiormente a las siguientes preguntas. Se les deja un tiempo entre las preguntas para que puedan responder a las mismas y recogerlas por escrito. Se puede poner una música a modo de ambientación para favorecer la reflexión personal.

- ¿Quiénes ejercen la prostitución y por qué?
- ¿Cómo se siente una mujer que ejerce la prostitución?, ¿dónde vive?, ¿con quién?, ¿tiene familia, hijos, pareja...?, ¿saben que ejerce prostitución?
- ¿En qué condiciones ejerce la prostitución?, ¿dónde ejerce la prostitución?, ¿cómo viste?
- ¿Qué sueños, ilusiones tiene?, ¿cómo pueden salir de esta situación?

A continuación, se da voz a las mujeres en situación de prostitución a través de los siguientes cortos.

- *Miente*, de Isabel de Ocampo.
- *La puta vida*. Sinfiltros.com
- Tráiler de *Chica nueva 24 horas*, de Mabel Lozano.

Una vez que escuchados los relatos y las vivencias de las mujeres, pedimos al alumnado que confronte lo que ha visto y escuchado con el imaginario que tenían previamente acerca de la prostitución y la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

Les pedimos que identifiquen:

- ¿Qué es la trata? Tipos de trata.
- Diferencia entre trata de personas y tráfico ilícito de inmigrantes.
- Los tipos de violencias a los que se ven sometidas. Violencias en origen, tránsito y destino.



- Los actores que perpetran las violencias.
- La relación existente entre la prostitución y la trata de personas con fines de explotación sexual.

Para la reflexión y profundización de dichos aspectos, se propone la lectura de las páginas 215 a 224 del capítulo «La prostitución. Claves para su análisis» (Ramírez, 2018).

Materiales

- Ramírez Zambrana, Cristina (2018). La prostitución. Claves para su análisis. En: Rosa Casado-Mejía y M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz (coords.). *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud* (211- 226). Madrid: Díaz de Santos.
- Cortometraje *Miente, del sabel de Ocampo*. 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=mqSLUTWmvfo>.
- Cortometraje *La puta vida*, de Sinfiltros.com. 2016. https://www.youtube.com/watch?v=2c0EW7TwO4w&list=PLfXNq18E4C5l3Nm4_ZflrMGJTSpkEalk-&index=164.

- Tráiler de *Chica nueva 24 horas*, de Mabel Lozano. 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=uNJ0gNDuWkA>.
- Otros recursos audiovisuales de interés:
 - *Esclavas. Programa de Cuatro*. <https://www.mitele.es/programas-tv/esclavas/>.
 - *Trata de personas y prostitución forzada*. DW Documental. 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=Bj-fcvODs7g>.

Actividad 3.

Sin clientes no hay trata

Esta actividad se centra en el análisis del sistema prostitucional, y de forma específica en el análisis de la demanda de prostitución y de los perfiles de hombres consumidores de prostitución, partiendo de una deconstrucción de la «ideología de la prostitución», legitimada por un sistema patriarcal que socializa a la población en la desigualdad y la dominación de los hombres sobre las mujeres. Por un lado, esta ideología sostiene el derecho que tiene el hombre de satisfacer sus impulsos sexuales y, por otro, el deber que tiene la sociedad de



proporcionarle un mercado de mujeres para satisfacer estas necesidades (De Miguel, 2015). A su vez, la proliferación del consumo de pornografía *mainstream* está generando que la masculinidad tradicional hegemónica se esté viendo reforzada por el patriarcado neoliberal imperante, que ha extremado la VG y el uso misógino de la sexualidad, deshumanizando y cosificando a las mujeres y convirtiéndolas en simple mercancía (Gómez, Pérez y Verdugo, 2016). Esta realidad está promoviendo un aumento exponencial en el consumo de prostitución en los últimos años como forma de ocio y con un perfil de prostituyentes cada vez más jóvenes (Ranea, 2016). Por este motivo, la sensibilización no solo debe ir dirigida a la población en general centrada en la realidad de la mujer, sino que deben ponerse en marcha campañas dirigidas a los hombres, potenciales consumidores de prostitución, y visibilizar a los prostituyentes como principales perpetradores de la violencia. Este tipo de actuaciones las viene desarrollando el Ayuntamiento de Sevilla desde la puesta en marcha del I Plan de Acción Integral (PAI) para luchar contra la prostitución y otras formas de explotación sexual (2010-2015) y que actualmente viene recogido en

el II PAI (2016-2020), dentro de la línea estratégica de «Cambio de actitudes hacia un modelo igualitario de sociedad» (Ayuntamiento de Sevilla, 2016).

Objetivos

Favorecer el análisis sobre el negocio prostitucional, la demanda y consumo de prostitución y la corresponsabilidad en la construcción de nuevas masculinidades.

Estrategia metodológica: trabajo con anuncios, imágenes y noticias de prensa, lectura y reflexión crítica de artículos, grupos de discusión y videofórum.

Procedimiento

Se divide el grupo en parejas y se les pide que hagan una búsqueda en internet sobre imágenes, *flyers*, anuncios y/o noticias de prensa sobre el consumo de prostitución en nuestro país. Tras la misma, se les pide que realicen un análisis del mismo y expongan las conclusiones.

Posteriormente se divide el alumnado en dos grupos. Cada grupo lee uno de los dos artículos



propuestos y recoge por escrito sus propias conclusiones. A través de un portavoz del grupo se comparten las ideas principales y las reflexiones realizadas al respecto. Los artículos son:

- Ranea Triviño, Beatriz (2016). Analizando la demanda: relación entre masculinidad hegemónica y prostitución femenina. *Investigaciones Feministas*, 7(2), 313-330.
- Gómez Suárez, Águeda; Pérez Freire, Silvia y Verdugo Matés, Rosa M. (2016). Dominación, sexualidad masculina y prostitución en España: ¿por qué los hombres españoles consumen sexo de pago? *Convergencia*, 71, 149-174.

Para concluir la actividad, proyectamos el corto de Mabel Lozano (2018). «El proxeneta. Paso corto mala leche».

Materiales

Artículos científicos:

- Ranea Triviño, Beatriz (2016). Analizando la demanda: relación entre masculinidad hegemónica y prostitución femenina. *Investigaciones Feministas*, 7(2), 313-330.



- Gómez Suárez, Águeda; Pérez Freire, Silvia y Verdugo Matés, Rosa M. (2016). Dominación, sexualidad masculina y prostitución en España: ¿por qué los hombres españoles consumen sexo de pago? *Convergencia*, 71, 149-174.

Material audiovisual:

- Cortometraje *El proxeneta. Paso corto mala leche*, de Mabel Lozano, 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=8_5c2FxI5HY>.

Otros materiales de interés:

- Documental *Sexo en la frontera: prostitución en España*. https://www.youtube.com/watch?v=8X-68ktECr4&list=PLfXNq18E4C5l3Nm4_ZflrMGJTSpkEalk-&index=166.
- Artículo «El modelo alemán está creando el infierno en la tierra». <https://somoslamitad.wordpress.com/2016/11/14/el-modelo-aleman-esta-creando-el-infierno-en-la-tierra/>.
- Artículo «Lo que piensa una prostituta de sus clientes, dicho con total sinceridad». https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2016-04-22/carta-abierta-prostituta-que-piensa-clientes-total-sinceridad_1187152/.





BIBLIOGRAFÍA

Castellanos Torres, Esther y Ranea Triviño, Beatriz (2014). La perspectiva de género y de los derechos humanos en el análisis de la prostitución y la trata de mujeres con fines de explotación sexual. Una aproximación desde la voz de las propias mujeres. *Dilemata*, 16, 161-179. ISSN: 1989-7022.

Cobo Bedia, Rosa (2017). *La prostitución en el corazón del capitalismo*. Madrid: Catarata. ISBN: 978-84-9097-326-4.

Congreso de los Diputados (2017). *Informe de la Subcomisión creada en el seno de la Comisión de Igualdad para un Pacto de Estado en Materia de VG*.

Consejo de Europa (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Estambul.

Cortes Generales (2007). *Informe de la ponencia sobre la prostitución en nuestro país*. Madrid.

De Miguel Álvarez, Ana (2015). *Neoliberalismo sexual: el mito de la libre elección*. 3.ª ed. Madrid: Cátedra. ISBN: 978-84-376-3456-2.

Gimeno, Beatriz (2012). *La prostitución: aportaciones para un debate abierto*. Barcelona: Bellaterra. ISBN: 978-84-7290-566-5.

Gómez Suárez, Águeda; Pérez Freire, Silvia y Verdugo Matés, Rosa M. (2016). Dominación, sexualidad masculina y prostitución en España: ¿por qué los hombres españoles consumen sexo de pago? *Convergencia*, 71, 149-174.

Juliano, Dolores (2004). *Excluidas y marginales: una aproximación antropológica*. Madrid: Feminismos. ISBN: 978-84376-2163-0.

Junta de Andalucía (2015). *Informe anual en materia de VG en la Comunidad Autónoma de Andalucía*.

Moreira, Isabel y Monteiro, Claudete (2012). La violencia en el cotidiano de la prostitución: invisibilidades y ambigüedades. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(5).

Ordenanza municipal para luchar contra la prostitución y la trata con fines de explotación sexual en la ciudad de Sevilla (2017). Ayuntamiento de Sevilla.

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género*.

Parlamento Europeo (2014). *Informe sobre explotación sexual y VG*.



Ramírez Zambrana, Cristina (2018). La prostitución. Claves para su análisis. En: Casado-Mejía, Rosa y García-Carpintero-Muñoz, M.ª Ángeles. *Género y salud. Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en salud* (211- 226). Madrid: Díaz de Santos. ISBN: 978-84-9052-128-1.

Ranea Triviño, Beatriz (2016). Analizando la demanda: relación entre masculinidad hegemónica y prostitución femenina. *Investigaciones Feministas*, 7(2), 313-330.

Rodríguez Martínez, Pilar (2015). Un análisis interseccional sobre malos tratos y violencia laboral en mujeres que ejercen la prostitución. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, 123-140. ISSN-L: 0210-5233.

II Plan de Acción Integral y otras formas de Explotación Sexual del Ayuntamiento de Sevilla (2016-2020). (2016). Ayuntamiento de Sevilla.



SEMINARIO 17.

EL BUENTRATO COMO PROYECTO DE VIDA

Rosa Casado Mejía

Maltrato y buentrato van unidos, son los dos polos opuestos de la misma realidad y, además, ambos están presentes en tres dimensiones, personal, relacional y social, que son inseparables: maltrato y buentrato lo viven y ejercen las personas, se dan en las relaciones y se aprenden y desarrollan en lo social (Sanz, 2007).

Se ha analizado, a lo largo de los seminarios propuestos, cómo el sistema sexo-género es generador de desigualdades y, en su máxima expresión, de violencia. Aunque en muchas ocasiones la violencia está invisibilizada, recapitulando, se puede reconocer, podemos reconocer las emociones que nos producen, las ideas que las fomentan, las actitudes que las promueven. Aunque sea triste, el maltrato forma parte de nuestra vida y, como hemos trabajado, se normaliza.

Y el maltrato produce heridas personales, que tienen que ver con nuestra historia y marcan nuestra vida. Una herida es un daño que la persona siente como consecuencia de una violencia ajena, manifiesta o sutil; también cuando nos desvalorizamos.

El buentrato, sin embargo, no es tan fácil de reconocer en nuestras vidas. El buentrato no tiene un reconocimiento y visibilidad social, empezando por el vocabulario, por el lenguaje: existe la palabra «maltrato», el verbo «maltratar», que podemos conjugar, pero no existe «buentrato» ni «bientratar». Esto es importante, porque el lenguaje construye y articula la realidad, lo que no se nombra no existe. No solo hay que crear la palabra, hay que crear el concepto.

Para Fina Sanz (2016), el buentrato es una forma de expresión del respeto y el amor que



merecemos y que podemos manifestar en nuestro entorno como un deseo de vivir en paz, armonía, equilibrio, de desarrollarnos en salud, bienestar y goce.

Son necesarios otros modelos de relación, otros valores sociales, otra relación humana con las demás personas y consigo mismos, consigo mismas. Vivimos en un contexto agresivo y violento, pero tendremos que acercarnos a la posibilidad de llevar el buentrato a nuestras vidas y a nuestro mundo. Hemos de construir otras relaciones desde donde vincularnos.

El maltrato marca nuestra historia, nuestro cuerpo y nuestra salud (Blanco y Ruiz-Jarabo, 2004; Bonino, 2008). Trabajar para erradicar la violencia y dirigirnos hacia el buentrato es una necesidad imperiosa. Hemos de empezar, reconocer y sostener acciones que nos permitan gozar del bienestar, del buentrato.

Y este trabajo pendiente hay que realizarlo en las tres esferas donde hemos reconocido que funcionan tanto maltrato como buentrato:

- En el ámbito personal: hay que aprender a colocarse internamente en relaciones de paz, aprender a negociar conmigo misma, conmigo mismo. Aprender a cuidarse, aprender a escucharse, escuchar el cuerpo, las sensaciones, las emociones, los pensamientos, distinguiendo los de bienestar y malestar, y haciendo un compromiso por el bienestar. El buentrato implica la práctica consciente de hacernos cargo de estar bien a través de lo que depende de nosotras, de nosotros y agradecerlas y agradecerarnos el autocuidado.
- En el ámbito relacional: hemos de procurar el relacionarnos y vincularnos desde la horizontalidad, desde la igualdad, aprendiendo a llegar a acuerdos. Y hay que desarrollar el cuidado mutuo. Implica ejercitar el buentrato en las relaciones, es una manera de dar y recibir placer introduciendo la práctica del bienestar en las relaciones.
- En el ámbito social: habrá que luchar por un cambio en la estructura jerárquica y patriarcal en la que estamos, cambiar relaciones de poder por relaciones de igualdad. Esto implica un



cambio de valores desarrollando aquellos que favorezcan el buentrato, como la solidaridad, la sororidad, la cooperación o la negociación, entre otros. En lo concreto, Fina Sanz propone la construcción de una familia afectiva, ir creando un núcleo de personas a quienes amamos, con los que nos sentimos amadas y amados, y con quienes vamos estableciendo lazos afectivos incondicionales y libres a lo largo de nuestra vida. Son personas a quienes elegimos, con quienes sentimos que nos desarrollamos mutuamente. Esto va generando otra manera de vivir y relacionarnos.

El camino hacia el buentrato requiere recontratar con la vida o negociar con ella, adquirir la intención de vivirla bien y plenamente, acompañándola de la responsabilidad de vivir el buentrato, de rodearnos de relaciones que proporcionen bienestar.

Este seminario pretende ser una reunión de cierre, festiva, para terminar en positivo; pero también de inicio, de ponernos en la puerta de salida del camino que nos lleva a la construcción del buentrato a través de prácticas sencillas que nos comprometan en este empeño.



Imagen 1. Cartel de la película *La boda de Rosa*
 Producción: Tandem Films, Turanga Films, Setembro Cine, RTVE,
 Movistar+. Año 2020. Fuente: <https://www.filmaffinity.com/es/film667484.html>

Actividad 1. Contrato de buentrato

Objetivos

Fomentar o promover el buentrato, así como su continuidad en lo personal, relacional y social.

Favorecer un compromiso personal a través de un contrato de buentrato de cada participante.

Estrategia metodológica: videofórum, visualización dirigida, grupos de discusión y contrato de buentrato.

Procedimiento

1. Cinefórum. *La boda de Rosa*, de Icíar Bollaín.
 - Visualización de la película.
 - Debate, analizando los personajes y fundamentalmente el compromiso de Rosa con ella misma.
2. Visualización dirigida.
 - Cierra los ojos. Conecta con tu respiración..., relaja... Conecta con una situación en la que



tú te hayas bientratado, alguna ocasión en la que has escuchado tus deseos, lo que te viene bien y has decidido llevarlo a cabo y lo has realizado. (Se deja un tiempo para que conecten). Observa cómo te sientes, qué emociones te embargan, qué sentimientos; mira cómo está tu cuerpo, ¿relajado, tenso?, ¿dónde sientes bienestar o malestar, en qué parte del cuerpo?, ¿cómo es tu respiración? (Se dejan unos minutos para que conecten con la situación y la vivan en su cuerpo).

- Ahora piensa con qué proyecto de buentrato personal yo podría comprometerme, con qué cosas, actividades, cuidados, espacios, momentos, regalos... puedo hacerme para bientratarme. No tienen que ser grandes cosas, solo tengo que conectar con mis deseos y comprometerme con algo que sí pueda llevar a cabo. (Se dejan unos minutos para que lo piensen y decidan).
- ¿Lo tenéis? Pues ahora abrid los ojos y escribid en una frase en un papel o cuaderno vuestro compromiso de buentrato con vosotras y vosotros mismos.





- Cierra los ojos de nuevo. Conecta con tu respiración..., relaja... Conecta con una situación en la que tú hayas bientratado a alguien de tu entorno cercano; tu pareja, tu padre, tu hermana, alguna amiga o amigo..., alguna ocasión en la que te hayas puesto en el lugar de esa persona, hayas escuchado en tu corazón de verdad sus deseos y necesidades, lo que le agrada, lo que le viene bien, y has decidido llevarlo a cabo y lo has realizado. (Se deja un tiempo para que conecten). Observa cómo te sientes, qué emociones te embargan, qué sentimientos; mira cómo está tu cuerpo, ¿relajado, tenso?, ¿dónde sientes bienestar o malestar, en qué parte del cuerpo?, ¿cómo es tu respiración? (Se dejan unos minutos para que conecten con la situación y la experimenten en su cuerpo).
- Piensa también cómo se sentiría esa persona con tu acto o actos de buenttrato y cómo podría repercutir en vuestra relación. ¿Cómo te sientes? Siempre sin perder la conexión conmigo misma, conmigo mismo.



- Ahora piensa con qué proyecto de buentrato relacional yo podría comprometerme, qué cosas, actividades, cuidados, espacios, momentos, regalos... puedo hacer para bientratar a esa persona o personas que me rodean y con quienes tengo un vínculo especial. No tienen que ser grandes cosas, solo he de comprometerme con algo que sí pueda llevar a cabo. (Se dejan unos minutos para que lo piensen y decidan).
- ¿Lo tenéis? Pues ahora abrid los ojos y escribid en una frase en un papel o cuaderno vuestro compromiso de buentrato relacional.
- Cierra los ojos una vez más. Conecta con tu respiración..., relaja... Conecta con una situación en la que tú hayas bientratado tu entorno social, comunitario, ambiental..., alguna ocasión en la que has escuchado las necesidades del planeta, de tu comunidad..., algo que puede venir bien para mejorar nuestro entorno, para ganar en equidad, en justicia, y has decidido llevarlo a cabo y lo has realizado, un voluntariado, un proyecto con más gente... (Se deja un tiempo para



- que conecten). Observa cómo te sientes, qué emociones te embargan, qué sentimientos; mira cómo está tu cuerpo, ¿relajado, tenso?, ¿dónde sientes bienestar o malestar, en qué parte del cuerpo?, ¿cómo es tu respiración? (Se dejan unos minutos para que conecten con la situación y la vivan en su cuerpo).
- Ahora piensa con qué proyecto de buentrato social yo podría comprometerme, qué cosas, actividades, cuidados, espacios, momentos, regalos... puedo hacer para bientratar al planeta, a mi clase, a mi ciudad, a un determinado colectivo vulnerable..., si



puedo, y cómo influir en las agendas públicas... No tienen que ser grandes cosas, solo tengo que conectar con las necesidades que observo a mi alrededor y a las que soy sensible y a las que puedo responder y con las que puedo comprometerme. (Se dejan unos minutos para que lo piensen y decidan).

- ¿Lo tenéis? Pues ahora abrid los ojos y escribid en una frase en un papel o cuaderno vuestro compromiso de buentrato social.



3. Contrato de buentrato

Este papel de compromisos cada cual lo guarda para sí como contrato personal de buentrato. Lo podrá revisar cuando quiera.



- Ceremonia de contrato de buentrato.
 - Cada miembro del grupo, voluntariamente, realizará alguna propuesta de buentrato referida al ámbito personal, de pareja, familiar, de amistades o comunidad (actividad de educación para la salud, voluntariado, para la clase, para otro colectivo...).

- Se debate entre todas las personas del grupo las propuestas de buentrato social que, como un acuerdo de mínimos, se podrían asumir como compromiso de todas las personas del grupo. Si sale un decálogo estupendo, si solo hay una propuesta que todas las personas puedan asumir, también es positivo y estupendo.
- Este compromiso grupal se pone en un documento en limpio y bonito. Y se leerá por todos y todas a la vez, en voz alta, de manera ceremonial. Puede hacerse al final de esta sesión o dar tiempo para prepararlo y hacerlo en otra sesión que sea una fiesta de cuidados, con la lectura del «contrato de buentrato» como colofón.

Materiales

- Película *La boda de Rosa*.
- Papel y bolígrafo.
- Música relajante.



Actividad 2. Cuidar y cuidarse

Estrategia metodológica: visualización dirigida, puesta en común, agradecimiento individual y colectivo, intercambio de regalos y ágape.

Aprender a cuidarse personalmente es imprescindible, pero también lo es ejercitar el buentrato en las relaciones. Todas las personas merecemos tratarnos con respeto y cariño, y que se nos preste atención y cuidado.

Pero el cuidado es una práctica sobre la que no reflexionamos habitualmente, está interiorizada como rol/mandato de género para las mujeres y genera muchas emociones de las que no somos conscientes.

Con este ejercicio se retoma la actividad transversal que se venía haciendo en todos los seminarios, en los que alguien se encargaba de cuidar a todo el grupo de manera rotatoria. La idea es hacer conscientes las emociones que nos despiertan el cuidar y el ser cuidados, conectando

con el goce que nos produce cuando cuidamos en tres momentos:

- El antes de cuidar, donde imaginamos qué hacer para cuidar, poniéndonos en el qué le gustaría al resto, no solo a nosotras y nosotros, porque se trata de compartir el placer. Lo imaginamos y concretamos, disfrutando de la alegría que les va a provocar.
- El durante, disfrutamos del tiempo de cuidados viendo la alegría, la sorpresa, el placer... que hemos propiciado.
- El después, sintiendo que hemos acertado, que hemos alegrado y sosteniendo (a veces es difícil de sostener) y recibiendo el agradecimiento del grupo que se ha sentido cuidado.

El grupo es un grupo no elegido, que se ha formado por la institución, con lo cual no cumple los requisitos de «familia afectiva», que se elige. Sin embargo, se pretende dar herramientas que puedan servir para ensayar el buentrato social y puedan servir en la construcción de esa familia afectiva. En algunas ocasiones el grupo que ha trabajado junto durante todo el ciclo de seminarios se ha unido por lo compartido y sí se conforma



como una semilla de familia afectiva, aunque no siempre se dé ni tenemos por qué esperarlo.

Objetivos

- Fomentar o promover el buentrato, así como su continuidad en lo personal, lo relacional y lo social.
- Identificar pautas de actuación que fomenten actitudes para el establecimiento de relaciones interpersonales, incluidas las de pareja, autónomas, alejadas de patrones de dependencia.
- Descubrir el placer de cuidar y ser cuidada como práctica de buentrato, si se aleja de mandatos impuestos.
- Fomentar la autoestima y reconocer las habilidades personales y grupales de cada participante experimentando el buen trato.
- Ensayar el buentrato social.

Procedimiento

1. Identificar emociones sobre los cuidados. Se plantea una puesta en común sobre lo que ha pasado en los distintos seminarios con los

cuidados. Y reconocerán el placer de dar y recibir cuidados.

- Cierra los ojos. Conecta con tu respiración, relaja tu cuerpo.
- ¿Cómo me he sentido cuando he cuidado al grupo? ¿Cómo ha sido el antes (preparación de los cuidados), el durante (cuando cuidábamos al grupo), el después (tras recibir el agradecimiento de quienes hemos cuidado)? ¿Cómo ha sido mi aportación? ¿Y mi actitud (controladora, sumisa, participativa...)? ¿He sentido placer cuidando o lo he sentido como una carga que no me gustaba?
- ¿Cómo me he sentido cuando me han cuidado otras personas del grupo? ¿Me ha gustado? ¿Lo hubiera hecho de otra manera? ¿He pensado que lo hacían mejor que yo, se ha despertado mi competitividad? ¿He sentido placer o malestar al sentir que me cuidaban?

2. Puesta en común. Reflexionando sobre los cuidados: cuidar y dejarse cuidar.



- Compartir cómo nos situamos al cuidar, si nos dejamos cuidar, si surgen relaciones de poder.
 - Sentimientos que nos han aparecido (placer, vergüenza, rabia...) al dar y recibir, al cuidar y dejarse cuidar.
3. Agradecimiento grupal. Recapitulación y comentario personal de cada participante del grupo a todas las personas del grupo.
- Se hace una ronda sobre cada una de las personas. A cada persona, por turnos, el resto del grupo le dice lo que recibe como positivo de ella, agradeciéndoselo. Cada cual

personalmente escucha, y respira, lo que el grupo le dice, experimentando el placer de escuchar cosas positivas sobre sí mismo. Es muy importante respirar las emociones que nos producen para poder sostener el placer de recibirlo. Tras varias sesiones de conocimiento, estamos en situación de realizar buenttrato con cada compañero o compañera, devolviéndole su mejor aportación y valoración de sus cualidades: creatividad en las aportaciones, organización de las tareas, interés de las aportaciones y otras habilidades personales y grupales, así como



alguna crítica constructiva en cuanto a posibilidad de mejora...

4. Intercambio de regalos y ágape. El/la guía que ha llevado los seminarios puede dar algo a cada participante en los mismos (poema, canción...). Cada participante habrá llevado alguna cosita de comida o bebida para compartir y cerrar el ciclo de seminarios de manera festiva.

Materiales

- Música relajante.
- Regalos, si se considera.
- Algo de tomar para el ágape.





BIBLIOGRAFÍA

Blanco, Pilar; Ruiz-Jarabo, Consuelo; García de Vinuesa, Leonor y Martín-García, Mar (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl. 1), 182-188.

Bonino, Luis (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Ruiz Pérez, Isabel y Agüera Urbano, Carmen (coords.) (2020). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG*. 3.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y

Familias, Junta de Andalucía. http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/protocolo_violencia_genero_2015.pdf.

Sanz, Fina (2007). Del mal trato al buen trato. En: Consuelo Ruiz-Jarabo y Pilar Blanco Prieto (Eds.). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección* (1-16). 3.ª ed. Madrid: Díaz de Santos.

Sanz, Fina (2016). *El buen trato. Como proyecto de vida*. Barcelona: Kairós.



AUTORAS

M.^a Ángeles García-Carpintero Muñoz

Profesora titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Antropóloga y doctora por la Universidad de Sevilla. Investigadora especialista en violencia contra las mujeres, salud y género, temas con los que ha participado en diferentes proyectos de investigación y realizado numerosas publicaciones y libros sobre temas de género y salud. Actualmente es coordinadora de la asignatura «Género y Salud» del grado de Enfermería y de «El adolescente y sus retos» en el máster oficial «Nuevas tendencias asistenciales en Ciencias de la Salud», de la Universidad de Sevilla. Miembro del grupo de investigación CTS-1050: «Cuidados complejos, cronicidad y resultados en salud».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4961-484X>

Rosa Casado Mejía

Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, imparte en el grado la asignatura «Género y Salud» y también participa en varios másteres con materias de género, salud y cuidados. Ha coordinado varios proyectos de investigación y publicado sobre estos temas. Enfermera familiar y comunitaria, antropóloga y doctora por la Universidad de Sevilla. Actualmente es directora de la Unidad para la Igualdad de la misma universidad. Miembro del Seminario Interdisciplinar de Estudios de Género de la Universidad de Sevilla (SIEMUS) y del grupo de investigación PAIDI SEJ066 «Mujeres, Bienestar y Ciudadanía».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1666-4050>

**Soledad Vázquez Santiago**

Profesora titular vinculada del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Enfermera y doctora por la Universidad de Sevilla. Imparte la asignatura «Género y Salud» en el grado de Enfermería y «Metodología de Investigación Cualitativa» en el máster oficial «Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud», ambas en la Universidad de Sevilla. Especialista en liderazgo y género en salud. Miembro del grupo de investigación CTS-1050: «Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0607-330X>

Eugenia Gil García

Profesora titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Diplomada en Enfermería, licenciada en Sociología, doctora por la Universidad de Granada. En el grado de Enfermería de la Universidad de Sevilla imparte las asignaturas «Género y Salud» y «Estadística y TIC». Actualmente, participa en diversos másteres oficiales en las universidades de Sevilla, Grana-

da, Jaén y Alicante y en la EASP, donde imparte asignaturas relacionadas con los métodos de investigación y género y salud. Ha publicado numerosos libros, capítulos de libros y artículos científicos y ha participado en numerosos proyectos de investigación. Es investigadora del grupo de investigación CTS-1050: «Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3862-6845>

Alicia Botello Hermosa

Profesora de «Género y Salud» y de «Enfermería de la Infancia y Adolescencia» en el grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla. Diplomada en Enfermería y licenciada en Antropología Social y Cultural. Doctora en Estudios de las Mujeres y de Género por la Universidad de Sevilla. Sus investigaciones incluyen la salud de las mujeres y las creencias populares sobre los ciclos vitales. Miembro del grupo de investigación PAIDI SEJ066 «Mujeres, Bienestar y Ciudadanía».

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6337-0971>

**Cristina Ramírez Zambrana**

Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Diplomada universitaria en Enfermería por la Universidad de Sevilla. Máster oficial en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla. Miembro del Programa de doctorado Nuevas Tendencias Asistenciales y de Investigación en

Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla. Coordinadora del Programa de Trata en Oblatas Europa, entidad sin ánimo de lucro especializada en atender a mujeres en situación de prostitución y/o víctimas de trata con fines de explotación sexual. Participante en plataformas de incidencia sociopolítica como la Red Española Contra la Trata de Personas (RECTP).

GUÍA DE GÉNERO Y SALUD

Este libro es la segunda edición de “*Género y Salud. Propuesta para trabajar con grupos pequeños*”, que obtuvo el IX Premio Rosa Regás 2015 a materiales curriculares que promueven la igualdad entre hombres y mujeres. Tratamos con esta guía de formular innovaciones y propuestas para la formación del alumnado universitario en materia de género y salud. Partiendo de la base de que vivimos en una sociedad patriarcal, es necesario deconstruir los valores culturales que mantienen las desigualdades desde una perspectiva feminista. Y tomando conciencia de los mandatos y los procesos de socialización que favorecen procesos de salud y de enfermedad distintos de hombres y mujeres. Sin olvidarnos de las vivencias del cuerpo, la sexualidad y las identidades sexuales, las maternidades y paternidades, la patogenicidad del amor romántico, los roles de género en los cuidados, y la violencia contra las mujeres.

Consideramos que los cambios han de ir orientados no solo en lo sociocultural, sino también en lo personal y en lo relacional. Y es imprescindible detectar, como futuros profesionales de la salud, nuestras propias barreras culturales.

Las cuestiones apuntadas anteriormente las trabajamos en grupos pequeños, con dinámicas interactivas y flexibles en las que se desarrollan diversas estrategias metodológicas como son los ejercicios vivenciales, los grupos de discusión o el videofórum.