

Autopercepción de la salud en mujeres rurales de la provincia de La Pampa¹

Health self-perception in the rural women of La Pampa Province

Elena Giacomino.

Tesista de la Maestría en Estudios Sociales y Culturales. Facultad de Ciencias Humanas. UNLPam

Resumen:

El artículo atraviesa el proceso en el que se configura la autopercepción de la salud en mujeres rurales del oeste de la provincia de La Pampa. Describe la parte de la subjetividad que conforma los sistemas de sentido y significación que intervienen en la construcción del concepto, donde se entrecruzan sobredeterminaciones tales como contexto, género, etnia y clase social.

Se describen las relaciones entre géneros y salud considerando dos dimensiones: las relaciones de poder que se expresan entre: varones/mujeres y mujeres /efectores de salud (incluyendo sexo del mismo) y las asimetrías jerárquicas en ambas duplas.

Adicionalmente se proponen algunas dimensiones analíticas: se señalan las diversas vías que transita la elaboración del concepto de "cuidado"; se realizan consideraciones acerca del mandato de "no enfermarse" y se culmina analizando el impacto de la vinculación pacientes/efectores de salud.

Palabras claves: Autopercepción de la salud; Mujeres rurales; Cuidado

Abstract:

This article refers to the process in which health self-perception in rural women of La Pampa province west is shaped. It describes the part of subjectivity that involves the meaning and sense systems. They take part in the construction of concept where over determinations such as context, genre, ethnic and social class interweave.

The relationships between gender and health considering two dimensions are described: the power relationships that are expressed between men/women and women/health effectors (considering its sex) and the asymmetrical rank in both pairs.

Additionally, some analytical dimensions are proposed: the different ways in making the concept of "caring" are pointed out, considerations about the instruction "don't get sick" and it finishes analyzing the impact of patient/health effectors association.

Key words: Self-perception; Rural women; Caring

1. Aproximación diagnóstica: mujeres rurales del oeste pampeano, efectores de salud e identidad de tal.

En el contexto de referencia *-rural-* existen una serie de factores que condicionan las representaciones sociales y simbólicas asociadas a la salud. Una de ellas, son las "diversas formas de pobrezas" a las que se encuentran expuestas sus mujeres:

Pobreza de contexto: la falta de confort relativa a muchos aspectos agudiza las desventajas generales del medio. Una comunidad valorada, con algún grado de conexión con la vida diaria, con identidad² construída, es importante en la vida de las personas. "Esta pobreza" incluye no poder "elegir" el/la profesional con quien atenderse, pues en los centros poblacionales existe solamente uno.

Rafaela, 52 años

-"para mi nos mandan lo peor, cuando tenía que ser al revés porque estamos lejos y es importante que el médico este bien preparado"

Pobreza de tiempo: en medios rurales, tener que asumir las exigencias cotidianas, consume mas energía y demanda mayor tiempo. Una sola mujer en cada hogar no lo puede asumir. Cuentan a favor con integrantes familiares que se hacen cargo de sus hijos. La vida de estas mujeres se desarrolla mediante hábitos que se repiten diariamente: atender su casa, parir, cuidar la salud de sus chicos (lo que implica llevarlos al médico y esperar largas horas), estirar los pocos recursos económicos con los que cuentan y hacerse cargo de la educación y formación de sus hijos. También "se supone" que se deberán hacer cargo del cuidado de sus padres y/o suegros y adicionalmente de las chivas (que es una tarea femenina).

Lili ,42 años

-"...dependo casi en todo de mi suegra..., si ella quiere que yo me haga atender me cuida los chicos..., si no la conenzo no...."-

Pobreza de trabajo: Todas quieren trabajar. Y pareciera que no solo quieren salir a desarrollar estrategias de supervivencia para producir los recursos que no tienen. Sin embargo, arrastran una formación pobre y el medio no las ayuda. En sus relatos, se manifiestan sobre la importancia del trabajo fuera del hogar. La maternidad otorga significado a sus vidas y contribuye a su identidad de género y las actividades laborales extradomésticas son valoradas también contribuyendo a su identidad (no solamente tienen

significado económico). Las opciones de trabajo son muy limitadas y las retribuciones escasas. Algunas, directamente desisten de hacerlo.

Yessica, 39 años

- "algo que ayuda a estar sana es tener una actividad fuera de la casa, independizarse un poco" -

Pobreza de vínculos sociales: Sus activos sociales (vínculos con otras personas que reflejan relaciones de intercambio y reciprocidad) son limitados. A lo sumo, le posibilitan la información para acceder a algún servicio que se este brindando en el municipio.

Clides, 53 años

- "Me casé obligada, no porque quisiera. Me crié con unos tíos. El fue a hablar con mis tíos y ellos aceptaron, pero a mí no me gustaba. Lo rechazaba, pero me esperaba y me seguía. Mis tíos me obligaron a irme con él. Cuando me casé, me castigó siempre... Hay que sufrir y aprender a vivir." -

Desarrollan su vida bajo la impronta de la ecuación mujer = madre. Esta simbolización, característica del ideal femenino, les da significado y sentido a su vida. Cuando cesan de parir -por cuestiones biológicas- ya son abuelas y en este paradigma les corresponde cuidar a sus nieto/as, para que sus hijas "tocadas por la modernidad" puedan incluirse en el nuevo paradigma (el de la mujer trabajadora). Cargan además, con la problemática del embarazo de sus hijas adolescentes (de fuerte incidencia en sectores rurales). El padre delega en la madre este "asunto de mujeres". Son sus madres quienes suelen expresar encontrarse en una situación sin salida. Ellas no pueden elegir. Tienen que volver a la crianza cuando ya no pensaban, no pueden negarse.

Las "formas de pobreza" descriptas, tocan también a los efectores de salud. Agentes sanitario/as y enfermera/os, son en general, hombres y mujeres nacido/as y criado/as en la zona de referencia; comparten con la población objetivo sus patrones culturales y han sido capacitado/as para la tarea. La/os médica/os, en cambio, insertos en estos lugares tan alejados e inhóspitos, la mayor de las veces no son originarios del lugar y cumple con alguna de dos condiciones:

- Ser recién recibidos; estar "pagando su derecho de piso" y disponer por lo tanto de muy poca experiencia

- ser profesionales que han sido designados en tal lugar "como castigo" y que transitan este espacio con una casi nula disposición, resentimiento y agresión que indefectiblemente vuelcan hacia sus pacientes.

Los efectores de salud, en general, juzgan la cotidianeidad de sus pacientes, desde las pautas determinadas por la cultura occidental. Al estilo de la hipótesis básica del "orientalismo" de Said, construyen la imagen de esas mujeres negando el lugar que ellas ocupan en el origen y constitución de sus propias historias. Se actúa bajo la lógica del pensamiento identitario y las hacen coincidir exactamente con las representaciones³ que tienen de ellas. Es significativo la elaboración que se proyecta desde y sobre ellas, en relación con la creación de ese Tercer Espacio del que habla Homi Bhabha para referirse al lugar contradictorio y ambivalente desde el que se enuncia, se discrimina y se interpreta un campo cultural.

Juan - Agente Sanitario Ante la pregunta ¿cómo son las mujeres de aquí?

- "No hay claridad de roles, ni de límites, eso debe venir del hacimiento, las criaron como hijas, como mujer, como nietas. Hay promiscuidad. ¿? Y...sí.... Que se acuestan con sus propias hijas"-.

Así los efectores constituyen la historia deseable "del Otro" como una consecuencia de su propia historia. Se las ve como requiriendo la acción civilizadora por parte de quienes son portadores de una cultura superior para salir de su primitivismo o atraso. Ellos son quienes pueden definir sus destinos posibles. Son como dos sociedades: una que posee la verdad y otra que no la tiene. Esta concepción los habilita para "poder" estructurar la vida colectiva de estas mujeres.

Médica, 47 años

- "Cuando recién llegué estaba 45 minutos para poner un espéculo, no podían relajarse. Presentaban temor a que genere dolor, como una respuesta exagerada a la aproximación a la zona genital. Ahora 'las fui acostumbrando'"-.

El objeto de conocimiento es elaborado desde una determinada posición de discurso: la "vanguardia" ideológica, donde la misma ubicación jerárquica del emisor parece eximirlo de la necesidad de legitimar el lugar desde donde se habla. Al establecer una clara distinción entre un "nosotros" y "ellas" se proyecta una distancia cultural que define al interior de cada una de esas configuraciones,

espacios cualitativamente diferentes. El argumento es humanitario: "Ellos", las razas superiores tienen un deber hacia aquellos que todavía no han emprendido el camino de la prevención y/o atención de su salud.

Enfermera, 40 años

"No les importa tener cualquier cantidad de hijos, porque total de alguna manera se van a arreglar... y se arreglan, pidiendo limosna oficialmente".

2. Asignación genérica del concepto de cuidado:

En la población estudiada, "estar sano" referencia, mayoritariamente, a una integralidad psicosocial y no solo biológica. En sus representaciones es frecuente encontrar que la experiencia de la salud incluya aspectos distintos a la cuestión orgánica y su explicación se da más sobre los estados de ánimo, el comportamiento y la relación con los demás. El concepto arrastra un conjunto de significados que incluyen no sólo no estar enfermo, sino la capacidad de poder trabajar, de poder comer, de estar contento y tener buen humor.

Clorinda, 52 años

"estar sano es también que estés bien con tu familia....no solo lo físico".

Como contrapartida, las representaciones de la enfermedad, tampoco constituyen un dominio autónomo, independiente de la vida social y cultural del grupo. Aspectos como el dinero, la realización personal, la ansiedad y la tristeza inciden fuertemente en el .

Juana, 33 años

"...la independencia económica te ayudaría también a tener mejor salud".

Mucho se ha escrito sobre la mayor demanda de atención de salud de parte de las mujeres en comparación con los hombres; que son más proclives a aceptar una enfermedad; que es menor en ellas la estimación sobre su propia salud. No obstante, nada de eso se encuentra aquí. Cuando se explora la autopercepción de su salud desde la perspectiva objetiva (ante la pregunta ¿cómo cree que es su salud?) un 69% contesta "buena" o "excelente". Pero la experiencia subjetiva de la enfermedad es parte de un proceso complejo que incluye la interacción entre esa persona y su mundo socio-cultural. En función de ello interesa conocer sobre que cuestiones se sustenta este porcentaje. Ellas lo explican así:

Rosa, 38 años

"tenemos menos tiempo de enfermarnos.., primero tenemos que atender a todos.."-

Las apreciaciones no evidencian más que la asunción de un mandato sociocultural. Las mujeres rurales de nuestro contexto, solo piensan en la atención de su propia salud como una forma de "cuidarse para seguir cuidando a otros". El mandato de "estar sanas" es fuerte y la demanda se genera desde diversos lugares:

Ñata, 48 años

"hay que hacer un esfuerzo.. (aun estando enfermas)...siempre veo que tengo mis obligaciones de siempre"-

La "escucha" de las mujeres acerca de su "no enfermar" manifiestan fenómenos simbólicos e imaginarios que exigen analizarlos en el contexto de los Estudios de Género:

1) El concepto de ser humano como proyección del modelo masculino

Clorinda, 52 años

"muchas veces pensamos que lo que nos pasa no es importante. No voy a la salita, porque van a decir que voy a perder el tiempo".

2) La simbolización de la mujer como sujeto desjerarquizado del hombre

Nely, 42 años

" Primero los hijos, el marido y después una.-"

3) La asociación mujer = naturaleza.

Maria , 49 años

"yo consulto poco, trato de que se me pase solo, me tomo algún te"-

Ellas se hacen cargo del fuerte énfasis en la imagen de la mujer como el pilar de la familia y del hogar, así como en sus funciones de enfermera y maestra de los niños y de apoyo para el esposo-proveedor. El supuesto valor de la función reproductiva refuerza el desarrollo del mito de la madre como una mujer abnegada y generosa, para quien la maternidad es un instinto y no una elección personal. El vínculo materno hace su aparición, "como un fenómeno cultural e histórico del género"⁴, y cumplen el mandato: su discurso referencia permanente a los hijos y a la maternidad.

Filo, 48 años

- "Tiene que estar bien una para atender a los chicos. La propia salud a veces queda para lo último"- "con los chicos es distinto, una se asusta mas y sale corriendo"-

La mujer como esposa y madre es el punto de partida y de llegada al que aspiran: ser hija, esposa, madre, abuela, son etapas en el ciclo de su vida que conducen a su destino (el "eterno femenino"). Este modo de concebir "su sentido" y como consecuencia su salud, las deja indefectiblemente ligadas a las vicisitudes de su aparato reproductor, referida a las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio y climaterio. Adicionalmente, la construcción de la identidad femenina en torno a la maternidad presiona hacia la procreación numerosa, sin considerar normas de salud mínimas deseables y mas allá también de los deseos personales.

Toti, 39 años

- "por la familia uno tiende a estar sano, yo tengo 39 años y no se lo que es estar enferma, fui al hospital a tener mis hijos nomás, o sea 9 veces"-

El tiempo del cuidado y del apoyo afectivo, si bien conlleva sacrificio, representa el amor del ser para otros, y produce satisfacción personal. Sin embargo, la asignación cultural a la capacidad femenina "del cuidado" a otros tiene consecuencias para la percepción de los signos y síntomas de padecimientos, para los requerimientos de atención, para la adopción del rol de enfermo y en conclusión para su bienestar. La valoración jerárquica que se hace de los diferentes miembros del hogar las posiciona en ultimo lugar. La asignación de tiempo y recursos para la atención de su salud nunca existe. Estas limitaciones, comunes a las mujeres, son acrecentadas en este ámbito por cuestiones estructurales:

Francisca, 48 años

- "No podemos conseguir turno. La gente del pueblo ya está haciendo cola. Tenemos que madrugar mucho para conseguir turno. Y si nó, al otro día volver, pero ya no vengo. Si no me duele tanto no vengo..."-

No obstante, estas representaciones no coinciden con las que emergen de la opinión de los efectores de salud. En ellos el porcentaje acerca de la buena/excelente salud de las mujeres desciende a 46,2%. Y las diferencias entre lo que opinan unos y otras son muy significativas:

Categorías	Salud							Total
	Excelente	Buena	Regular	Mala	N/C			
Mujeres	11,6%	57,3%	28,3%	2,3%	0,3%	99,8		
Efectores	0%	46,2%	38,5%	15,4%	0%	100		

De las entrevistas surgen consideraciones que contribuyen a explicar y entender estas construcciones. Desde los efectores de salud, "el cuidado" es simplemente lo que ellas no hacen -a veces- por desidia:

Juan, 32 años, Agente sanitario

"creo que la mayoría no tiene tiempo para ellas.. digamos es una de las cosas....vos le decis de hacerse un pap, una mamografía.. y te dicen bueno pero ahora ya. Y no..., hay que sacar turno en General Acha..., viajar.. y entonces te dicen 'no así no.... porque el marido, porque los chicos..., porque las cabras..., porque las chivas...'"

Por su incidencia en el "cuidado" se indaga sobre la relación médica/o-paciente -y por defecto demás proveedores- Al respecto, desde la perspectiva cuantitativa se plantea un interrogante básico ¿cómo es tratado por el médico, enfermera y/o agente sanitario? Ellas dicen "bien" o "excelente" en el 96,7% de los casos. En este interrogante hay cierto nivel de coincidencia entre ambas poblaciones. A los proveedores de salud la pregunta se le reformula en ¿Cómo es la relación con sus pacientes?, y ellos dijeron "buena" en el 92,3% de los casos.

Este aparente alto indicador de conformidad en la relación se ha triangulado aplicando entrevistas/grupos focales. Es necesario aclarar que este ítem referencia específicamente a médico/as; no incluye otros proveedores. La intención es profundizar acerca de aquel vínculo especial y directo, basado en la confianza de uno y la vocación del otro. Es decir, explorar si la medicina como disciplina de conjunto le responde a la gente que tiene problemas en la vida.

Las representaciones de las mujeres sobre sus médico/as se estructuran (mas allá de la diversidad de impresiones subjetivas y particulares) alrededor de un núcleo compuesto por dos tipos de ejes: intelectuales y de relación. Escenarios que por otro lado determinan las configuraciones que definen su rol (curar) y su historia (estudio y sabe mucho -casi todo-). Desde la perspectiva psicológica, la relación médico/a-paciente consiste básicamente en un encuentro, entre un sujeto que demanda y otro que sustenta un supuesto saber

que posibilitaría al sujeto salir de una situación de padecimiento. Hay diferentes niveles de demandas: consciente e inconsciente (para la paciente y para el/la médico/a). A partir de esta última es que se establece la relación. Tiene que ver con el campo de la subjetividad: con sus afectos, sus gustos, sus deseos y sus angustias; desborda la escucha científica y no tiene explicación biológica; descansa más en la capacidad afectiva que en los aspectos académicos. Es la predisposición de lo/as profesionales para escucharlas, informarlas y tranquilizarlas. Se trata de otra escucha y de otro saber.

Es ese lugar especial que llega a ocupar un/a médico/a, que lo/a hace irremplazable y que funciona de alguna manera como parte del propio tratamiento que el/la profesional prescribe. Lo simbolizan algunas de ellas y esas expresiones están frecuentemente ligadas, a un estado de desamparo que necesariamente requiere apelar a un Otro, a quien se le supone sin carencias:

Mary, 31 años

"Mi médica es mi psicóloga. Ella es maravillosa."

Y también en las expresiones de algunas profesionales:

Médica, 28 años

"Aca la gente viene a hablar de última, consulta por el síntoma....."

Se impone además, hacer una diferenciación entre valores culturales y adaptaciones circunstanciales o situacionales. Una cultura, incluye ideales, valores, fines, objetivos, normas éticas, estéticas. Estas consideraciones no emergen en forma directa en la superficie de la conducta. Por el contrario, en general muestran un vínculo complicado e indirecto con el lenguaje. En otras palabras, la dimensión moral e identitaria juega un papel central en las representaciones y posturas concernientes a la salud, tanto en unos como en otros. Por eso, en algunos efectores existen expresiones similares, que sin embargo, denotan mensajes opuestos:

Enfermera, 45 años

"Creo que ven en el médico un psicólogo porque no tienen contención social"

Como las vinculaciones tienen que ver con cada profesional, como contrapartida, se encuentran consideraciones negativas que hacen referencia a la falta de confianza; a profesionales que no se pueden poner en su lugar; a la actitud de ser tratado como una cosa; a médico/as que se

relacionan con sus cuerpos y no con sus personas. A pacientes que salen de la consulta sin haber resuelto los problemas que los llevaron a consultar

Maria, 49 años

- "a veces me molesta el poco interés que me presta el médico"-

Con estas expresiones se hace referencia al resto de lo/as profesionales. Como es de esperar, ella/os tampoco pueden "atender" la demanda inconciente:

Médica, 29 años

- "las consultas que recibimos son por problemas de salud, casi nunca hablan de cosas personales, la mayoría son más bien reservadas"-

Adicionalmente de los 3 niveles la información parece "filtrarse" generando situaciones dolorosas donde se ventilan, no solo problemas médicos sino fundamentalmente una identidad social¹.

Ofelia, 34 años

- "El problema es que en estos pueblos tan chicos no existe el secreto profesional..., entonces vos tenés algo y se entera todo el pueblo...."-

No obstante, si se cambia el escenario de análisis y nos metemos en la piel de los efectores de salud se encuentra explicación a su sentir. La experiencia vivida de esto/as profesionales está marcada por dificultades y sufrimientos; por la confrontación con el estado físico y moral de las pacientes; con la marginalidad de su status; con su demanda y con la exposición repetida a la muerte y el duelo; a las reacciones vivenciales entre colegas (y las reacciones dolorosas que de ahí resultan) y el temor ante el compromiso profesional sobre la vida personal y familiar.

En Santa Rosa -capital de la provincia-, y a posteriori del trabajo de campo, se toma contacto con un médico que había trabajado durante 6 años como referente de la zona (reiteradamente recordado por las entrevistadas). El reflexiona que descubrir los miedos de los enfermos muchas veces lo llevó a sentir miedo también; que se angustió con determinadas respuestas; que se dió cuenta que preguntar más allá de lo establecido como necesario, lo ponía en evidencia de la escasa preparación que tenía para contener a lo/as pacientes y sus familias (de ahí quizás, la omisión de profundizar).

Cabe preguntarse entonces. ¿Qué estrategias pueden articular los efectores de salud para "hacerse cargo" en medios tan desfavorecidos de problemáticas para las cuales -las mas de las veces- no tienen respuesta?. Sin duda la dimensión de la experiencia vivida, de lo sentido por ello/as al contacto con las pacientes es una situación nueva. Aparece en esta investigación, como estructurando sus limitaciones para establecer un vínculo y determinando las posiciones adoptadas frente a las obligaciones del rol, al igual que las relaciones establecidas con el resto de los efectores y con la comunidad en general.

Francisca

-"además cada vez que mete la pata, se entera todo el pueblo"-

Esta tonalidad negativa estaría generando las disfunciones finales emergentes que atentan contra las mismas personas. Al no participar de las mismas creencias, compartir similares valores y asignar a su existencia objetivos parecidos se genera la desconfianza entre un grupo y otro y las acciones de unos se constituyen en amenazadoras para los otros.

La calidad de la atención en los consultorios es puesta en duda por las mujeres cuando se considera la variable "tiempo de espera". Las críticas se centran en las largas esperas que deben hacer para ser atendidas, así como en la insuficiencia de turnos diarios, lo que implica hacer colas desde horas muy tempranas de la mañana para poder acceder al servicio. Ese tiempo es percibido como un tiempo "robado"² pero del que nadie se beneficia: un tiempo vacío y angustioso que genera solamente su propio cansancio.

Coca, 55 años

-"A la salita viene una vez por semana un médico, pero hace un mes que no viene ninguno, no se por qué y yo hace un mes que vengo a perder el tiempo"-

Ante esta realidad aparecen "lo/as curandero/as". A ella/os supuestamente nadie va, ya que no lo admiten en sus respuestas. Tal es así que cuando se pregunta ¿Recurre a servicios alternativos para la atención de su salud, como por ejemplo curandero, huesero, partero u otros? la gran mayoría dice que no (93,3%). En el universo efectores de salud el índice se modifica considerablemente: el 50% de ellos dicen "si". Sin dudas, el constituir un escenario "no permitido" por la norma oficial la acción se coloca en "los otros". No obstante, hay que admitir que la medicina alternativa tiene un espacio importante entre ellos y lo/as

curandero/as, son respetado/as y tienen una amplia llegada en esta población. Ellos no sustentan un tipo de prácticas fuera de los circuitos oficiales. Además, pareciera que existe una suerte de establecimiento de cuadros "para la medicina" y otros para ellos (aún reconocidos por las médicas)

Doctora, 47 años

- "pero nosotros tenemos buena relación con el curandero local..., la gente va y a veces el le dice no, esto no es para mi y nos lo deriva a nosotros.. "-

Las mujeres en cambio, les reconocen determinados tipo de conocimientos, fundamentalmente relacionados a los deseos y necesidades de las personas. Cabría pensar que cuando no se produce aquel vínculo especial y directo entre la paciente y el/la médico/a, basado en la confianza de uno y la vocación del otro se recurre a ellos. Y si lo que cura, en gran medida, es el vínculo, la cura igual aparece.

Clorinda, 52 años

- "yo voy, pero no al curandero, al parasicólogo. Para mi es todo psíquico, pura sugestión"-

Las simbolizaciones de ellas parecieran revelar ejes de relación según categorías de efector de salud:

- . el "cuidado" de su integralidad esta a cargo específicamente de lo/as médico/as
- . la atención del cuerpo y a los malestares físicos puede asignársele a cualquier rol (incluyendo familiares y vecinos que "aconsejan")
- . Cuestiones del orden psicosomático las abordan los curanderos

Estas mujeres constituyen un grupo de pacientes muy poco exigentes e informadas, no disponen de internet ni de prensa especializada; no pueden reclamar otras formas de atención; carecen de los elementos mínimos para destituir una medicina basada en criterios paternalistas y jerárquicos y la figura del médico les genera una imagen de «potestad». Las diversas acciones institucionales con consecuencias negativas directas sobre ellas (maltrato por parte de los efectores, falta de atención médica, etc) generan por su parte varias formas de respuesta pero prevalece la aceptación pasiva. Ellas son "pacientes", *-¿por la "pasividad" que se espera de ellas o por la "paciencia" que se les pide?*- no ciudadanas. Es impensable la confrontación para hacer valer su punto de vista o reclamar lo que debiera

ser un derecho (Derecho a la Provisión de Información Adecuada³), pero no se percibe como tal. Garantizar sus derechos implicaría sacarlas de su condición de sumisión, "bajo" la atención de un/a médico/a o del sistema sanitario y dotarlas de plenas protecciones legales.

3. Construcción simbólica del cuerpo

Este tipo de vida hace que lleguen al promedio de sus vidas cansadas, agobiadas, con su cuerpo destruido. Y los cuerpos no mienten. Sus dentaduras son lamentables. Son cuerpos maltratados, injuriados, despreciados, sometidos. Sus cuerpos están unidos a sus tiempos. Será por eso que todas aparentan mas edad de la que tienen. El tiempo ya les ha pasado a los 30/40 años. Ellas en ese preciso momento comienzan a "cuidar" de sus nietos y de los progenitores/suegros que estan al final del camino.

Zunilda, 46 años

-Hace cinco años que no voy a la ginecóloga. Ahora tengo un problema de columna y no puedo trabajar, voy a quedar inútil."-

Estos síntomas y signos muchas veces se les escapan a las mismas pacientes, acostumbradas a no darles lugar a sus propias nec