

INFORME DIAGNÓSTICO



LA SALUD EN MUJERES MAYORES

SABIAS

mi FEDERACIÓN
MUJERES
PROGRESISTAS



Índice

0. Agradecimientos.....	4
1. Fundamentación.....	7
2. Objetivos del Informe Diagnóstico.....	13
3. Metodología.....	14
4. Resultados del análisis para el diagnóstico.....	18
5. Conclusiones y propuestas de mejora.....	42

0. Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que desinteresadamente han participado en el programa **Sabias: “Construyendo unas buenas prácticas en la atención a la salud de las mujeres mayores”**.

A las mujeres mayores, **nuestras SABIAS**, que han compartido su tiempo y experiencias con nosotras. Por haber sido valientes al contarnos sus malestares y por construir soluciones conjuntamente.

A los y las **profesionales** que nos han ayudado a conocer la realidad a la que se enfrentan día a día en un sistema sanitario que, a pesar de su gran calidad, en ocasiones dificulta llevar a cabo una atención más humana.

A las **instituciones y organizaciones** que nos han abierto sus puertas para que pudiéramos llevar a cabo las sesiones, así como contactar con sus Sabias: profesionales de Fundación Pilares de Almoradí, COAPEMA (Consejo Aragonés de las Personas Mayores), Asociación de mujeres La Rosaleda, de La Guardia (Toledo), Espacio de Igualdad Hermanas Mirabal (Madrid) y Centro Municipal de Salud comunitaria de Chamberí.

A los y las profesionales del centro de salud El Imperial (Madrid), que nos dedicaron parte de su tiempo para reflexionar y generar de forma colectiva buenas prácticas en la atención integral socio sanitaria de las mujeres mayores, implementando la perspectiva de género. Además, agradecer a aquellos y aquellas profesionales que han contestado de forma desinteresada al cuestionario que hemos lanzado desde el programa.

Al equipo de profesionales técnico y voluntariado de la FMP Madrid que ha participado con ilusión para que este proyecto fuera una realidad y una herramienta para luchar contra las barreras que se encuentran las mujeres mayores en el acceso a la atención sociosanitaria.

Agradecemos especialmente al **Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030** que, con su financiación, nos ha dado la oportunidad de llevar a cabo este trabajo, contribuyendo a defender la importancia de los determinantes de género en la salud de las mujeres.



1. Fundamentación

La Federación de Mujeres Progresistas (FMP), como entidad feminista, trabaja desde el año 1987 para combatir las desigualdades sociales y discriminaciones diversas que padecen las mujeres en los distintos ámbitos de la vida, poniendo en marcha diferentes estrategias para erradicarlas. Uno de esos ámbitos donde esta desigualdad es más acuciante es en el ámbito de la salud, debido a las dificultades e impedimentos que, en general, sufren las mujeres para su acceso, control y seguimiento. Dichas dificultades resultan aún mayores en el caso de pertenecer a algunos de los colectivos que sufren, además, otros tipos de vulnerabilidad añadidas como son, entre otros, las **mujeres mayores**, inmigrantes, víctimas de violencia de género, mujeres con diversidad funcional o mujeres al cuidado de familias monomarentales.

La falta de acceso al sistema sanitario supone una clara vulneración del derecho universal a la salud. Así se establece en el *artículo 25* de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1948):

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.”

El derecho a la salud garantiza que la ciudadanía acceda al sistema sanitario sin discriminación por razón de sexo, raza, edad, etnia o religión.

Desde la **FMP** compartimos y refrendamos la definición ofrecida por la **Organización Mundial de la Salud** (OMS, 2006) sobre el concepto de salud:

“... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho humano fundamental.”

Así pues, la salud es una función compleja en la que intervienen múltiples variables cuyo resultado tiene que ver con la suma del bienestar individual y social.

Las teorías de la salud han evolucionado de un modelo biomédico a un enfoque psicosocial y contextual, alcanzando un modelo biopsicosocial, con una mirada más amplia que atiende a la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Este modelo debe ser incorporado en la investigación, políticas, consultas sanitarias, acciones formativas y preventivas, si queremos una sociedad equitativa que promueva la igualdad en la atención sanitaria.

Y no solo en el espacio sociosanitario entendido de una manera convencional. Nuevas teorías y corrientes de investigación proponen el término One Health, concepto que hace referencia a la estrategia mundial que promueve la colaboración interdisciplinar para el cuidado de las personas, los animales y el medio ambiente, con el fin de desarrollar programas, políticas y leyes en pro de la mejora de

la salud pública. Porque en la salud influyen numerosos factores, y nuestro entorno, nuestra comunidad, nuestra forma de ser y estar en la sociedad, los espacios en los que nos desarrollamos y los roles que acometemos influyen directa e indirectamente en la salud. Los idearios y construcciones sociales son unos de esos factores que afectan de forma determinante en la calidad de vida de las personas, y entre ellos, el género, tiene un peso muy importante en la de las mujeres, y más aún, en las mujeres mayores.

Los sesgos de género que operan en el sistema de salud tienen un fuerte impacto sobre la atención, el bienestar y la salud de las mujeres mayores. Es necesario trabajar para prevenir y erradicar estos sesgos, así como para la inclusión de la información y sensibilización en las profesiones sociosanitarias de los estudios de género en salud y estimular la participación comunitaria de las mujeres.

Mujeres y hombres envejecen de manera diferente. El curso vital y el acceso a recursos son diferentes en función del género, así como los factores determinantes de la salud y la enfermedad. También hacemos un uso diferente de los servicios, recursos y espacios públicos. En todos los grupos de edad y en todas las nacionalidades, las mujeres presentan una proporción significativamente más elevada de valoración negativa de su estado de salud que los hombres.

Es por ello que, este estudio, parte de esta definición y, al hablar de Salud, va a ser entendida desde el enfoque biopsicosocial.

Dentro de la definición de la salud como un enfoque biopsicosocial, no podemos obviar barreras que encuentran las personas mayores en el acceso a los recursos sociales y sanitarios como es el factor de la digitalización. El Informe Brecha digital de género elaborado por el Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (2022), en relación con las personas mayores de 75 años, indica que se observa que el 69% de las mujeres mayores de 75 años nunca se ha conectado a Internet, y sólo el 26% lo hace al menos una vez a la semana. En el caso de los varones, el porcentaje que nunca se ha conectado es seis puntos menores (63%), y los usuarios semanales son cuatro puntos más (30%).

Dicha **brecha digital**, hace que las personas mayores queden fuera de las administraciones públicas y organismos privados como por ejemplo los bancos, viendo como la atención presencial cada vez es menor.

Mientras experimentan la disminución de sus relaciones sociales y la pérdida de movilidad física durante el envejecimiento, muchas personas mayores sienten que son incapaces de aprender a usar los ordenadores y demás dispositivos electrónicos e Internet. Algunas actividades con los dispositivos de entrada como el ratón causan dificultades a este grupo de edad, como las simples acciones de arrastrarlo, hacer clic o doble clic, y/o mover objetos. El diseño poco amigable de las pantallas, los programas o las páginas de Internet, así como el tamaño pequeño de la fuente, el uso de menús desplegables o un fondo pobre en color los confunde o frustra. Incluso hay impedimentos culturales lingüísticos relacionados con la terminología de los ordenadores.



Como estas personas nunca han estado expuestas a estas nuevas tecnologías, no piensan que les ayudarían en la ampliación de su red social. A veces creen que su uso nada les aportará de novedoso a sus rutinas; no saben a quién preguntar sobre cuestiones técnicas o no preguntan por no “molestar”.

Estos malestares plantean todavía más obstáculos a vencer en el proceso de aprender y dominar las TIC.

Otro aspecto clave relacionado con las mujeres mayores es la **Soledad No Deseada**. La OMS, en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015), daba el calificativo de problema de salud pública a la soledad no deseada. Décadas de investigación avalan la importancia del apoyo social en la salud, el bienestar y la calidad de vida. Las personas mayores con apoyo social disfrutaban de mejor salud y la prevalencia de la depresión es mayor en las personas mayores con bajo apoyo emocional. (Zunzunegui et al. International Journal of Epidemiology, 2001).

Las personas mayores que se encuentran inesperadamente distanciadas de los demás debido a la enfermedad de un ser querido, la separación de sus amigos o familiares, la pérdida de movilidad, el empeoramiento de los problemas de visión o audición, una discapacidad o la falta de transporte, corren un riesgo particular de sentirse solas y socialmente aisladas, lo cual puede desembocar en presión arterial alta, enfermedades del corazón, obesidad, función inmunitaria debilitada, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer e incluso la muerte.

La soledad y el aislamiento al que se ven abocadas las mujeres mayores también se debe a otro tipo de barreras, las arquitectónicas, que se encuentran en las calles, en el acceso al transporte y a los edificios. Acaban por no salir de sus casas por miedo a caerse y acabar con secuelas que van en detrimento de su salud física y mental.

Este informe se ha elaborado con los datos obtenidos entre marzo y junio de 2023, fruto del proceso de investigación participativa, en el marco del programa estatal **“Sabias: Construyendo buenas prácticas en la atención sociosanitaria de las mujeres mayores”**.

Dicho programa tiene como objetivo contribuir a la mejora de la atención sociosanitaria de las mujeres mayores a través de la identificación de las barreras que se encuentran en el acceso al sistema sociosanitario, planteando propuestas de mejora tanto en la promoción de su salud como en la atención que reciben de los y las profesionales sociosanitarios y siempre desde una perspectiva de género.



2. Objetivos del Diagnóstico

Este informe pretende facilitar una visión, con perspectiva de género, acerca de la atención de la salud de las mujeres mayores. Cuenta con los siguientes objetivos específicos:

- Recabar información fidedigna sobre la aplicación del enfoque de género en la atención de salud a mujeres mayores en España.
- Identificar los malestares que sufren las mujeres mayores en relación con la atención sociosanitaria y en el acceso a los recursos, tipificando sus causas.
- Crear una base de reflexión sobre los problemas derivados por dicho malestar, así como identificar el origen de este.

3. Metodología

La metodología utilizada ha sido la investigación-acción participativa dotando a las mujeres mayores y a los y las agentes de salud de todo el protagonismo sobre el proceso.

Con respecto al trabajo con mujeres se ha utilizado el formato de taller a través de la reflexión individual y en grupos pequeños, para luego compartir y debatir con el grupo más grande.

Destacar que, desde el Programa Sabias, hemos trabajado con mujeres mayores, siendo consideradas como perfil aquellas que tenían más de 60 años.

Las sesiones con nuestras SABIAS se han llevado a cabo en dos días para cada grupo (excepto en uno de ellos que se adaptó a una única sesión), con el fin de poder recabar más información y hacerlo de una forma más amena y estructurada para las participantes.

Este informe diagnóstico, recoge principalmente lo compartido en la primera sesión de cada grupo. En ella profundizamos en los malestares que perciben en su salud, como hemos mencionado antes, desde el punto de vista biopsicosocial y desde un enfoque de género, así como las causas de dichos malestares.

Para fomentar la participación de todas, se trabajó en pequeños grupos sobre las posibles propuestas para la mejora de dicha atención, y a través de rolplaying, interpretaban cómo les gustaría que fuera la atención integral que reciben desde cualquier servicio social o sanitario al que acuden.

Al acabar las sesiones, se les hizo entrega de una bolsa con la imagen del proyecto como agradecimiento por formar parte en esta investigación.

En este análisis y estudio, participaron un total de **54 mujeres en cinco grupos**.

Figura 1. Grupos Focales de Mujeres. Programa Sabias 2023

Grupo	Lugar de realización	Fecha sesiones	Participantes
G1	Fundación Pilaes (Almoradí, Alicante)	28 y 29 de marzo	19 mujeres
G2	COAPEMA (Zaragoza)	20 y 27 de abril	8 mujeres
G3	Centro municipal de Salud Comunitaria Chamberí (Madrid)	11 y 18 de mayo	8 mujeres
G4	Espacio de Igualdad Hermanas Mirabal (Madrid)	24 y 31 de mayo	9 mujeres
G5	Asociación de Mujeres de La Rosaleda (La Guardia, Toledo)	12 de junio	10 mujeres

Nota: Elaboración Propia. Todas las fechas corresponden al año 2023.

En este encuentro, en el cual participaron 18 profesionales, se llevó a cabo una reflexión conjunta sobre las características de las mujeres mayores que atienden.





4. Resultados del Análisis para el diagnóstico

4.1. Grupos focales de mujeres Sabias

En la primera sesión de cada grupo se trabajó a través de varias dinámicas en dos factores de reflexión:

- Malestares detectados en la salud de las mujeres mayores.
- Identificación de causas de dichos malestares

Ambos puntos fueron afrontados a través del trabajo en distintas fases.

Fase 1: Reflexión individual acerca de sus propias dolencias físicas, psicológicas y sociales.

Fase 2: Reflexión en pequeños grupos de trabajo acerca de dichas dolencias detectadas.

Fase 3: Puesta en común y reflexión en el gran grupo sobre las posibles causas de los malestares identificados.



A continuación, se detallan y analizan los datos recabados en los diferentes grupos, en cada una de las áreas.

Figura 2: Malestares físicos y causas asociadas detectadas por los grupos focales de mujeres.

Malestares Físicos Detectados	Causas Asociadas
<p>Dolores físicos: cervicales, lumbares, rodillas, hombros, tobillos (Artrosis), partes íntimas, piel, estómago</p> <p>Déficit en la visión y audición</p> <p>Dificultad en la deambulaci3n, caídas o miedo a ellas</p> <p>Cansancio por dormir mal</p>	<p>Sobrecarga, sin hacer caso a los síntomas, lo que provoca cronificaci3n de la sintomatología</p> <p>Educaci3n, cuidado de los demás, sin autocuidado</p> <p>Largas listas de espera para los recursos sociales y sanitarios</p> <p>Edadismo</p> <p>Barreras arquitect3nicas</p>

Nota: Elaboraci3n Propia a partir de las exposiciones de mujeres en los grupos focales.

Entre los malestares físicos de las mujeres mayores que asisten a los grupos focales destacan:

- Afectaciones físicas, en muchas ocasiones cronificadas, como la artrosis.
- Disminuci3n de la capacidad visual o auditiva.
- Pérdida de la memoria a corto plazo.

Los dolores que verbalizan tener se naturalizan como propios de la edad y del **“hecho de ser mujer”** dando lugar a la medicalizaci3n del malestar para **“seguir adelante”**.

Llama la atención el hecho de que, de las 54 mujeres que han participado en el proyecto, solo dos tienen algún tipo de discapacidad reconocida.

El **bajo diagnóstico de discapacidad** sorprende si tenemos en cuenta el elevado porcentaje de patologías que padecen y que en muchas ocasiones las incapacita para ciertas tareas del quehacer diario.

Se observó también que, cuestiones de carácter psicológico y social afectan y originan dolor, reforzando la importancia de **abordar la salud desde una mirada sistémica y biopsicosocial**.

En todos los grupos focales, se habla de las barreras arquitectónicas que se encuentran en sus pueblos y/o ciudades, las cuales generan miedos a caerse y contribuyen al aislamiento, ya que provoca que apenas salgan de casa por las consecuencias que pueden tener las caídas en su salud física y psíquica.

Figura 3: Malestares Psicológicos y causas asociadas detectadas por los grupos focales de mujeres.

Malestares Psicológicos Detectados	Causas Asociadas
Soledad	Falta de red de amistades, pareja, familiares que ha fallecido
Tristeza	La vejez se asocia a la enfermedad y al dolor
Depresión, ansiedad	Educación, el cuidado de los demás no ha dejado vivir una vida propia
Nerviosismo	Sociedad en la que las personas mayores ya no son útiles
Miedo a la enfermedad, malestar al pensar en el futuro	Soledad
Dolor ante no poder recuperar el tiempo perdido dedicado al cuidado de los demás	

Nota: Elaboración Propia a partir de las exposiciones de mujeres en los grupos focales.

El malestar por excelencia, identificado y nombrado en todos los grupos ha sido la **Soledad**. Aparece como malestar en sí y como causa de los malestares psicológicos tales como tristeza, depresión, ansiedad... al ver como pierden pareja, familiares y/o redes de amistades. Destaca que, aunque en muchos casos viven con algún familiar, se siguen sintiendo solas.

Una frase que también se ha repetido en los grupos, y que refleja de una manera muy gráfica el sentimiento de algunas de las Sabias participantes en las sesiones es **“Me duele el Alma”**.

Figura 4: Malestares Sociales y causas asociadas detectadas por los grupos focales de mujeres.

Malestares Sociales Detectados	Causas Asociadas
<p>Soledad, aunque tengo familiares, no quiero molestarles</p> <p>Relación de ayuda hacia los demás</p> <p>Falta de independencia económica</p> <p>Aislada tecnológicamente en el acceso a los servicios</p> <p>Rechazada por ser mayor, no nos explican las cosas, como si no fuéramos a entenderlo</p> <p>La gente joven está pendiente del móvil y de las tecnologías</p>	<p>Educación tradicional basada en el patriarcado, en el cual la mujer ha sido cuidadora y no ha trabajado fuera del hogar.</p> <p>Barreras digitales: dificultan el acceso a los servicios sociales, sanitarios, bancarios, etc.</p> <p>Administración poco accesible para las personas mayores</p> <p>Disminución de la atención presencial</p> <p>Edadismo</p>

Nota: Elaboración Propia a partir de las exposiciones de mujeres en los grupos focales.

Los cuidados llevados a cabo a lo largo de su vida en la familia resurgen como un malestar por varias circunstancias:

- Verbalizan el depender económicamente de las pensiones de sus parejas y/o de viudedad, estas últimas claramente inferiores, al no haber trabajado por cuidar de los hijos e hijas y mantener el hogar.
- Refieren no poder recuperar el tiempo que han perdido y no verse ya capaces de hacer las cosas que podían haber hecho. Algunas incluso verbalizan que no se han casado, ni han viajado, porque han tenido que cuidar de sus padres/madres.

Reconocen como la educación recibida les han otorgado un rol que, por el hecho de ser mujer, ha estado centrado en el cuidado de los demás, dejando de lado **“sus sueños”**. El sacrificio por mantener la familia y el malestar que este esfuerzo genera, ha provocado una gran ambivalencia difícil de gestionar a nivel psicológico, lo cual en ocasiones genera somatizaciones para que sea el cuerpo el que diga lo que la mente no se permite expresar, por las presiones sociales en torno al ideario de familia.

Al explorar esta área observamos como las mujeres participantes relacionan claramente los efectos de la sociedad patriarcal en la que vivimos con una merma en su salud (mensajes de género, machismo y violencia de género). Además, la soledad vuelve a plantearse como una causa de su malestar.

Esto nos ayuda a identificar las líneas prioritarias en las que intervenir, puesto que, aunque en consulta no suelen plantearse este tipo de quejas, suponen un gran sufrimiento para las mujeres y un riesgo para su salud.

Otros aspectos importantes que también han verbalizado las mujeres mayores en los grupos focales son:

- **Barreras arquitectónicas** que encuentran en sus pueblos y ciudades (pocas barandillas para agarrarse, baldosas levantadas, zonas peligrosas no señalizadas, etc.). Hablan de los miedos que tienen a veces de salir a la calle por tener caídas que las hagan más vulnerables y dependientes. En algunos casos, son motivo de aislamiento, pues dejan de salir por evitar los riesgos.

- **Barreras digitales.** Ha sido unánime en todos los grupos el sentir que, desde la Covid, la atención presencial es casi inexistente y las gestiones sociales, sanitarias y de tipo administrativo como bancos, seguridad social, etc., tienen que hacerse de forma telemática y con citas previas. Esto hace que las mujeres mayores a las que hemos preguntado se sientan aisladas y con poca accesibilidad a los recursos sociosanitarios.



Con el fin de seguir dando voz directa a las Sabias, trasladamos algunos de los comentarios que han hecho las mujeres participantes en los diferentes grupos focales que hemos realizado:

Sobre Malestares Físicos y sus causas

"Mi salud física no me deja hacer cosas"

"Me duelen las vértebras cervicales y lumbares. Las lumbares me obligan a descansar con frecuencia"

"Me duele la cadera, y me preocupa que se me rompa"

"Duermo mal y estoy cansada"



Sobre Malestares Psicológicos y sus causas

"Echo en falta a mi marido"

"Me siento sola"

"Me siento triste"

"Emocionalmente muy vulnerable, altibajos, deprimida, miedo, irascible..."

"Me duele el alma"



Sobre Malestares Sociales y sus causas

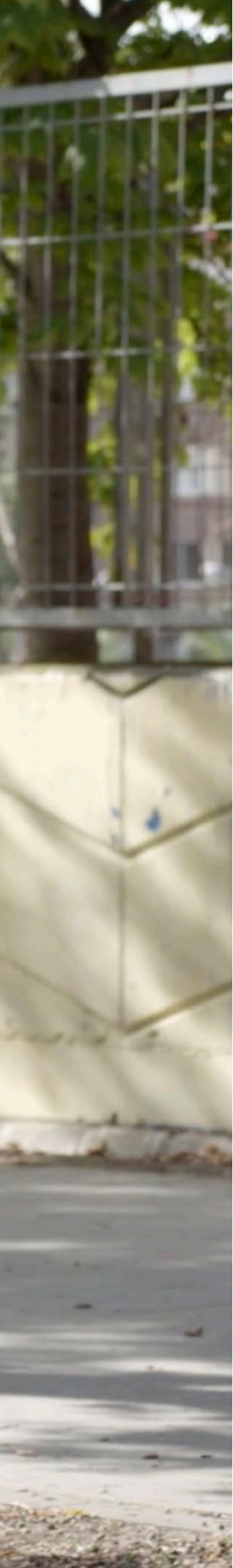
"El pueblo no está adaptado para las personas mayores. Hay caídas, dificultades para ir con el andador"

"Para arreglar unos papeles me he tenido que buscar ayuda de otra persona. Nadie me ayuda en la administración"

"Me siento solucionadora de problemas. Siempre vienen a mí a contarme sus cosas... Estoy cansada y me hago más selectiva en mis relaciones. Necesito compensarme con gente positiva, gente que me aporte cosas a mí"







“La sociedad no se preocupa por las personas mayores. El mayor problema es que los hijos son los que peor tratan a los mayores”

“Mi madre tiró de mí... tenía que ser cuidadora de mis padres. Soy soltera, he dejado muchas cosas de mi vida por el cuidado de mis padres”

“La gente más joven está continuamente con los móviles, no hablan, no se comunican”

“Tendría que ser normal que nos traten bien. ¿Por qué no ocurre?”

4.2. Grupo de profesionales de atención socio-sanitaria

Junto al trabajo con las mujeres anteriormente descrito, llevamos a cabo un encuentro con profesionales sociosanitarios de un centro de salud de Madrid: el Imperial. El trabajo realizado con dichos profesionales comenzó con la cumplimentación de un cuestionario en el cual se les preguntaba sobre los malestares con los que llegan las mujeres mayores que atienden en las consultas, con el fin de propiciar un análisis personal reflexivo. Acto seguido se realizó una puesta en común donde pudieran debatir acerca de sus respuestas.

El cuestionario también se abrió al resto de profesionales sociosanitarios del territorio español a través de las redes sociales de la FMP. Entre las personas que han contestado a los cuestionarios hay profesionales de diferentes ramas: desde terapeutas ocupacionales, educadores y educadoras sociales y dinamizadores a profesionales de la sanidad (enfermería, medicina, auxiliar de enfermería, etc.) así como trabajadoras y trabajadores sociales.

El cuestionario, del cual se recibieron 30 respuestas, se basaba en el siguiente guion de preguntas:

Figura 5: Guion de Preguntas para el Trabajo con el Grupo de Profesionales

Problemáticas con las que acuden las mujeres mayores que atiendes.
¿Qué demandan? ¿Qué necesidades o malestares se repiten?

¿Crees que el hecho de ser mujer está relacionado con las problemáticas de las mujeres mayores que atiendes?

¿Crees que todas las mujeres mayores acceden igual al sistema sociosanitario?

¿Qué dificultades percibes que hay que trabajar con las mujeres mayores?

¿Qué impedimentos consideras que existe a la hora de atender los malestares de las mujeres mayores?

Las preguntas daban opciones cerradas con la posibilidad de ampliar la respuesta para que el/la profesional pudiera expresar abiertamente sus opiniones.

Se analiza a continuación la información obtenida en los mismos, así como un extracto de los comentarios más significativos.

¿Con qué malestares acuden las mujeres mayores a las que atiendes?



Algunas de las respuestas complementarias a esta pregunta indican posibles causas a los malestares con los que acuden las Sabias, según la visión de los y las profesionales, dejando entrever algunas asociadas al género (roles que han tenido que asumir estas mujeres en sus vidas) y las consecuencias de estos. También en sus respuestas se observa la estrecha relación que las diferentes dolencias pueden tener entre sí.

“La problemática generalmente es física y mental, pero en los talleres de envejecimiento activo y saludable observamos que hay un gran problema social entre la población mayor.”

“Acuden por problemas físicos debido a sus enfermedades crónicas. Problemáticas mentales, a veces atraviesan periodos depresivos o de ansiedad por múltiples factores.”

“Sociales, a veces ejercen de cuidadoras de toda la familia.”

“Las mujeres que acuden al centro, acuden por estar diagnosticadas de un trastorno psíquico. Pero siempre están asociadas otras dificultades tanto sociales, económicas, como de salud.”



“Físicas la mayoría, son dolores, muchos de los cuales tienen un componente “mental”, pues empeoran con la tristeza, sensación de abandono o soledad y también social, por su situación económica, de aislamiento o simplemente la dificultad de muchas de ellas para pedir ayuda a sus propios familiares. El clásico “no quiero molestar.”

“Soledades y vidas sin objetivos.”

“La salud integral engloba toda clase de problemas, de hecho, muchos problemas físicos tienen su origen en problemática social por trato de violencia en convivencia que detectamos.”



Dentro de las **demandas** que recogen de las mujeres, los y las profesionales sociosanitarios destacan:

“Demandan acompañamiento emocional, escucha.”

“Seguimiento de patología crónica, actualización de la cartilla de vacunación, cuidado de úlceras y heridas, y administración de medicación.”

“Tratamiento para el dolor y la derivación. A veces, en el fondo, tiene más peso el escuchar, acompañar y recomendar recursos y activos en la zona. Demandan también ayudas sociales (teleasistencia, limpieza...)”

“Demandan atención, soluciones para sus problemas tanto físicos, mentales, sociales. Atención Integral.”



“Servicios de apoyo social, ayuda en trámites; petición de citas telemáticas, servicio de transporte, participación en acciones formativas y/o de ocio, servicios de acompañamiento...”

“Primero demandan atención física, pero luego se puede convertir en otro tipo de necesidades al realizar valoración integral.”

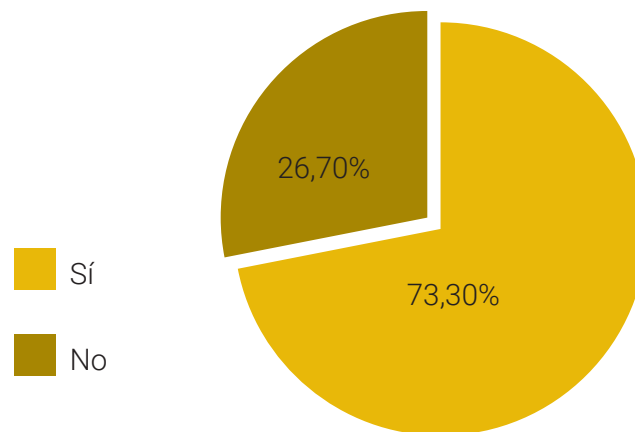
“Las mujeres mayores autónomas que han sido independientes (solventes económicamente), demandan problemas de salud concretos. Las que dependen de sus “maridos” somatizan más.”

“Conocer gente, realizar actividades en compañía, fortalecer vínculos vecinales, crear red... bienestar emocional.”

En sus respuestas se puede apreciar que, aunque principalmente acuden a consulta por dolencias físicas, pero en muchos casos existe un trasfondo importante de malestares sociales y emocionales, que en ocasiones se somatiza. En la puesta en común de sus respuestas los y las profesionales destacaban como atender ese trasfondo mejoraba la propia apreciación sobre su estado de salud, e incluso disminuía la frecuencia a consulta.

Más de un 73% de los y las profesionales consultadas/os considera que el hecho de ser mujer está relacionado con las diversas problemáticas con las que acuden a consulta las mujeres a las que atienden.

¿Crees que el hecho de ser mujer está relacionado con las problemáticas de las mujeres mayores que atiendes?



Destacamos a continuación algunas de las respuestas abiertas recibidas a esta pregunta, en las que se les pedía a los y las profesionales que matizaran en que sentido consideraban que el hecho de ser mujer estaba relacionado o no con los malestares y problemáticas con las que acudían las Sabias a sus consultas.

En sus respuestas se puede apreciar cómo existe una brecha de género que afecta a la salud integral de las mujeres mayores, relacionada principalmente con el rol de cuidados y mantenimiento del hogar que han tenido que ejercer, que además de derivar en dolencias físicas, conlleva malestares psicológicos por sentir que su vida no ha sido una “vida de realización” y no haber priorizado nunca sus propias necesidades, así como sociales, por no haber trabajado, en muchos casos, la relaciones sociales más allá del entorno familiar.

“Si, ya que la mujer siempre ha sido la protagonista en los cuidados, ya fuera hija, nuera, hermana... y por tanto, eso desemboca en una problemática que actualmente no se trabaja.”

“No todas, algunas ocurren tanto en mujeres como en hombres debido a la edad.”

“En la mayoría de los casos son mujeres que han cuidado a familiares, además de hijos, por lo que el cuidado propio nunca ha sido una prioridad y han tenido que lidiar con sobrecarga emocional y física propia que supone el cuidado. Además, por su bajo nivel cultural, propio de una zona rural (no estudiaron y se han dedicado a ser amas de casa), muchas no han aprendido a realizar gestiones y necesitan el apoyo de sus hijos para todo...”

“No se les ha escuchado nunca (a las mujeres) por factores sociales.”



"Sistema patriarcal, mujeres cuidadoras que aguantan sin quejarse. cuando al fin consultan por sí mismas, a veces llegamos tarde.

Dolores osteomusculares tras años de amas de casa sin colaboración por parte de pareja u otros familiares."

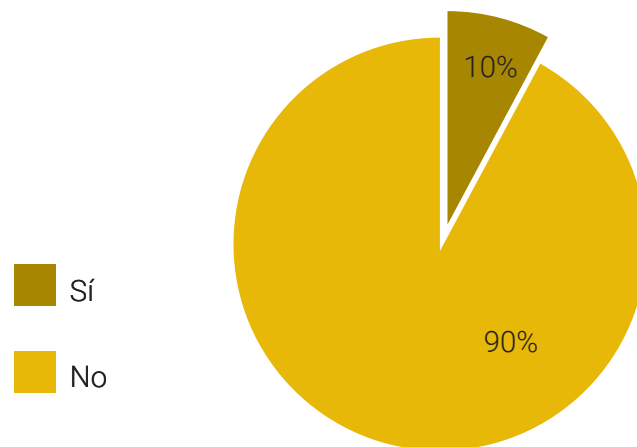
"Prácticamente todas las necesidades que he mencionado están atravesadas por la perspectiva de género (los cuidados son femeninos, hay determinados temas tabús que no está bien visto que las mujeres reclamen o hablen sobre ello, brecha digital de género...)."

"Si, por los roles que han desempeñado en el pasado (ama de casa, madre, cuidado de sus familiares) y los que desempeñan ahora (tareas del hogar), ellas participan menos en actividades comunitarias en centros de mayores porque se dedican a estar en casa con las tareas, esto deriva a más aislamiento social."



Es relevante hacer notar que, en la siguiente pregunta, el 90% de los y las profesionales preguntadas, consideran que no todas las mujeres tienen la misma facilidad para acceder al sistema sociosanitario. Esto implica una gran desigualdad que nos obliga a profundizar en los motivos de dicho desajuste, ya que el acceso a los recursos sociosanitarios es un derecho reconocido que hay que hacer valer.

¿Crees que acceden todas las mujeres mayores por igual al sistema sociosanitario?



Con respecto a esta pregunta, se les pidió que matizaran explicando los factores que creían influían en esa igualdad o desigualdad en el acceso al sistema sociosanitario. Se recogen a continuación algunas de esas respuestas.

“Depende de factores económicos, de las redes de apoyo de las que dispone, de la zona donde vivan (rural o urbana), de su nivel cultural... También tener una situación de dependencia influye, al igual que tener cuidadores familiares o estar en situación de soledad no deseada...”

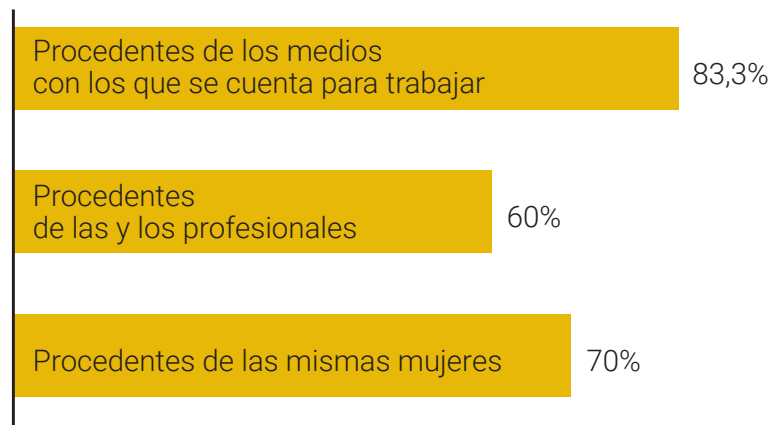
“Por desconocimiento y a veces por vergüenza del que dirán, de sus creencias de la sanidad pública/privada, listas de espera, expectativas de tratamiento y cura de sus patologías, del tiempo, si son la cuidadora principal es más difícil, sobrecargas en tareas del hogar, dinero, a más dinero más ayudas, más tiempo libre, más calidad de vida acceden aquellas que tienen algún problema a control de patologías crónicas”

“De factores socioculturales como el nivel educativo, económico, si cuentan o no con apoyos familiares...”



Nuevamente, en las respuestas de los y las profesionales se denota el género como factor de desigualdad, en factores como el económico (pensiones más bajas), los factores socioculturales y el nivel educativo, etc.

¿Qué dificultades percibes que hay para trabajar con las mujeres mayores a las que atiendes?



El gráfico que recoge las respuestas sobre las dificultades que los y las profesionales perciben que hay para trabajar con las mujeres mayores, muestra claramente como dichas dificultades vienen de diferentes factores, por lo que mejorar la atención que reciben las Sabias requiere de un enfoque integral que trabaje desde diferentes ámbitos: Desde el conocimiento y trabajo con las propias mujeres, desde la formación y sensibilización de los y las profesionales, y desde las partidas económicas que proveen de recursos personales y materiales para la atención.

Recogemos a continuación algunas de las respuestas abiertas al respecto.

“Las dificultades surgen de ellas mismas cuando por lo aprendido socialmente ellas mismas se ponen barreras y limitaciones, no se permiten estar mal, no se permiten quejarse. Surgen también de los y las profesionales cuando no hacen una escucha activa, no atienden de manera personalizada, integral y no pretenden empatizar. Pero es cierto que también hay dificultades procedentes de los medios con los que cuentan para trabajar pues las ratios, por ejemplo, los tiempos predeterminados, etc. Impiden establecer relaciones de ayuda reales en las que las personas se sientan en confianza para expresar lo que verdaderamente sienten”

“Profesionales con poco tiempo, poco empáticos; recursos generales centralizados que no tienen en cuenta las necesidades de las mujeres mayores y sus situaciones; mujeres mayores aisladas por falta de accesibilidad y por situaciones de dependencia...”



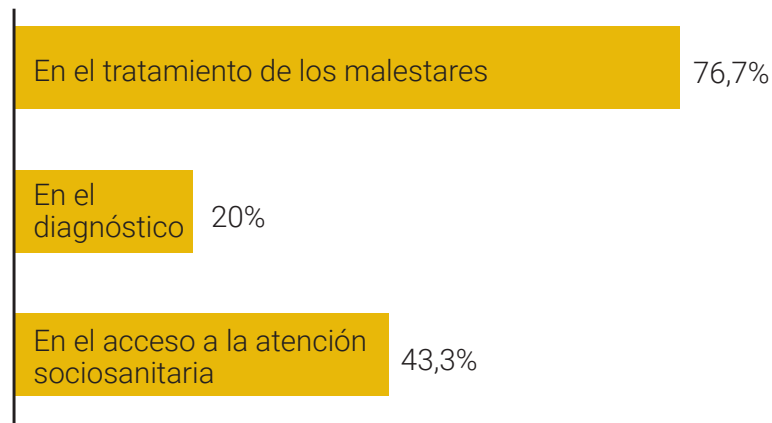
“Dificultades desde el punto de vista de que muchas mujeres no entienden a veces lo que se les explica. Precisan más tiempo en consulta. A muchos profesionales les falta formación con gente mayor. Medios escasos”

“Las propias mujeres no dan importancia a sus problemas. Hay profesionales que no tiene visión de género. El tiempo en consulta es insuficiente”

“Las procedentes de las mujeres porque no quieren dejar al descubierto la falta de compromiso de sus familiares. Las procedentes de los y las profesionales por falta de formación y sensibilización, así como falta de conocimiento sobre los recursos. Las procedentes de los medios por las distintas restricciones, pues deberíamos de estar interconectados”



¿Qué impedimentos consideras que existen a la hora de atender los malestares de las mujeres mayores?



"En general, los recursos no se adaptan a las mujeres mayores, a las realidades que tienen, sumado al mal-trato que reciben de algunos (as) profesionales sanitarios... Se necesita más apoyo emocional para ellas. En relación al diagnóstico... la farmacología no apoya una intervención fuera de ella"

"Es necesario más personal y medios de atención"

"Hay muchos impedimentos. En el acceso, el diagnóstico y en el tratamiento. En el acceso porque las mujeres mayores tienden a evitar quejarse, tienen ese papel muy asumido, o por experiencias negativas no quieren ir a lugares en los que se las ha tratado mal. En el diagnóstico porque faltan muchos estudios sobre enfermedades que afectan únicamente a mujeres o como afectan particularmente enfermedades comunes a mujeres, etc."



“Pocos profesionales que se dediquen a dar una atención más global, no sólo física”

“La mayoría de los tratamientos son farmacológicos y obvian el espectro psicosocial. Los problemas de salud se superponen y dificulta el diagnóstico correcto para un buen abordaje”

“Tenemos que ser más accesibles, estar más formados y sensibilizados con los problemas de la mujer y saber canalizar. Las mujeres entran más tarde a los circuitos de salud. Desconocimiento de estos recursos...”



Recapitulando todo lo compartido por los y las profesionales sociosanitarios/as que han participado, destacamos que identifican claramente que las mujeres mayores acuden en un primer momento a las consultas por problemas físicos, dolores la mayoría, pero al realizar la valoración integral aparecen otros malestares de componente más mental y/o social.

En un porcentaje alto, las mujeres mayores que atienden han sido cuidadoras de familiares, los autocuidados no han sido la prioridad. Esto aumenta en el presente que haya problemas físicos y psicológicos por haber dejado su salud mental y física en segundo plano.

Así lo refieren los y las profesionales que los atienden, que perciben la sobrecarga emocional y física propia de los cuidados, denotando que estas Sabias han aprendido a “estar mal” y a “no quejarse”.

En los comentarios vemos como los determinantes de género influyen en la situación actual de las mujeres mayores del territorio nacional.

Los y las profesionales coinciden también en hablar de la soledad que perciben en las mujeres mayores que atienden, a pesar de tener familiares que “están pendientes de ellas” e incluso indicando que las Sabias están viviendo con otras personas.

En este proceso también de autoconocimiento y autorreflexión, los y las profesionales reconocen en el sector un vacío en formación específica al respecto, así como falta de tiempo para atender de una forma más adecuada a las mujeres que acuden. Esto unido a la falta de medios personales y económicos que hay en la red social y sanitaria.

Por último, hay que destacar un hecho en el que coinciden la gran mayoría de profesionales que han respondido el cuestionario: en el acceso de las mujeres mayores a los recursos influye mucho los recursos económicos, el nivel cultural y el entorno (vivir en ciudad o en medio rural). Esto se extiende también al acceso al transporte, bancos, actividades lúdicas y culturales, etc.

5. Conclusiones

Tras analizar las respuestas obtenidas en cada una de las dinámicas con los distintos grupos de trabajo (mujeres y profesionales) se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La salud es un concepto complejo que tiene una gran repercusión en la vida de las personas en general y en la de las mujeres mayores en particular y debe ser entendida desde una óptica biopsicosocial.
- La falta de perspectiva de género en el ámbito social y sanitario supone un factor de riesgo para la salud integral de las mujeres.
- En ocasiones, el trato recibido por parte del personal sociosanitario supone una fuente de sufrimiento para las mujeres mayores, no dedicándole el tiempo que necesitan, existiendo en muchos casos falta de empatía y formación por parte de los y las profesionales que las atienden.
- Los factores sociales y el contexto personal y cultural en el que viven las personas resultan fundamentales para tener un mejor acceso a los recursos sociales, sanitarios y ocio.
- La tecnología aparece como una fuente de aislamiento social y de acceso a los recursos para las mujeres mayores, independientemente de vivir en zona metropolitana o rural.
- Los factores sociales y el contexto personal y cultural en el que viven las personas resultan fundamentalmente para tener un mejor acceso a los recursos sociales, sanitarios y ocio.

SABIAS

PARA CONOCER LO
QUE NECESITAN

Y TAMBIÉN PARA
PEDIRLO



Más materiales del Programa Sabias escaneando el QR

Para más información puedes escribir a
sabias@fmujeresprogresistas.org

mi FEDERACIÓN
MUJERES
PROGRESISTAS

