



**DONANTES DE ÓVULOS**  
Lo que nadie  
Les cuenta (2)

**ACTITUD CORPORAL**  
¿por dónde te  
doblegas?

**HOMBRES**  
CONFESIONES  
MASCULINAS

**AGRESIONES SEXUALES**  
protocolo de  
pruebas  
médicas

**NUTRICIÓN**  
La dieta  
sostenible  
el magnesio y Las  
mujeres

**ENTREVISTA**  
Dra. CARME VALLS:  
“hay que tener  
espacios tanto  
para aullar  
como para reir”



veinte números  
mejorando  
La SALUD de Las  
mujeres

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,  
Directora MyS

Carme Valls Llobet,  
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,  
Margarita López Carrillo,  
Redactoras

## COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario

Lucía Artazcoz Lezcano

Vita Arrufat Gallén

Enriqueta Barranco Castillo

Consuelo Catalá Pérez

Montse Catalán Morera

Malen Cirerol Golliard

Emilce Dio Bleichmar

Mari Luz Esteban Galarza

Anna Freixas Farré

María Fuentes Caballero

Asunción González de Chavez  
Fernández

María Isabel Matamala Vivaldi  
(RSMLAC)

Neus Moreno Sanz

Judy Norsigian (Colectivo de Boston)

Teresa Ortiz Gómez

Victoria Sau Sánchez

Fina Sanz Ramón

Verena Stolke

María José Varela Portela

## EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis y Programas  
Sanitarios)

París, 150. Barcelona 08036

Tl. 93-3226554

e-mail: caps@pangea.org

Web: http://mys.matriz.net

Diseño y maquetación: verbigrafia:  
www.verbigrafia.com

Impresión: ESMENT, Centre Especial de  
Treball d'AMADIP

Depósito legal: PM 435-2000

¡¡Todas somos MYSES!!  
Pedimos tu apoyo para divulgar la revista,  
buscar suscriptoras, entidades, instituciones,  
bibliotecas, amigas y vecinas.  
Te necesitamos para que este proyecto  
de todas continúe, crezca y sea conocido  
y amado por muchas más mujeres  
de todo el mundo.  
**¡suscríbete!**



# sumario

## editorial

**Mys 20, remedio para tiempos difíciles.** Judy Norsigian . . . . . 3

## carta

**Carta de una comadrona** . . . . . 4

## La entrevista

**Carme Valls Llobet. "Hay que tener espacios tanto para aullar como para reír"**  
Por Leonor Taboada . . . . . 6

## en red

**Y ¡20! ¡¡¡Hemos llegado al MyS 20!!!** MLC . . . . . 10

**Nosotas, Vosotras, Ellas.** Leonor Taboada . . . . . 11

**La Red-Caps, virtudes y peligros de una red de profesionales.**  
Margarita López Carillo . . . . . 14

**Revista Mujer Salud. Politizando la salud de las humanas.** Adriana Gómez . . . . . 16

## ARTÍCULOS

**Estrategias de autoestima de una mujer de setenta.** Anna Maria Palè . . . . . 18

**La dieta sostenible.** Montserrat Palacín . . . . . 20

**El magnesio y las mujeres.** Pilar Parra . . . . . 23

**¿Por dónde te dobl(eg)as tú?** Malén Cirerol . . . . . 24

**Tratar bien la violencia sexual.** Ángeles Sepúlveda . . . . . 27

**Información obligatoria para donantes de óvulos en Massachusets.** . . . . . 30

**Hombres por la igualdad: Confesiones masculinas.** . . . . . 32

**Las adolescentes y las jóvenes ante el amor.** Charo Altable . . . . . 34

**La mejora de la atención al parto es una obligación legal.**  
Francisca Fernandez Guillén . . . . . 37

## sexualidad responsable

**Dos cuerpos, dos imaginarios.** Regina Bayo-Borrás . . . . . 41

**Reflexiones sobre anticoncepción.** Mónica Puga . . . . . 43

**Lógicas sociales de los comportamientos sexuales de riesgo.** Laia Ferrer . . . . . 46

**mys música y Libros** . . . . . 49

**en movimiento** . . . . . 50

**mys web** . . . . . 51

**minidosis** . . . . . 52

## REVISTAS y PUBLICACIONES AMIGAS

*No podemos hacer una índice exhaustivo de todas las revistas que tratan sobre mujeres y salud en nuestro amplio planeta pero en este número 20 quisiéramos señalar las revistas con las que más relación hemos tenido y que más consultamos:*

### Internacionales

#### EL COLECTIVO DE BOSTON



La web que más nos ha inspirado han sido la de Nuestros cuerpos Nuestras Vidas, del Colectivo de Mujeres por la salud de Boston, que nos ilumina desde 1972 con su libro que se ha ido renovando y que sigue siendo "nuestra Biblia" En su página podéis encontrar otros recursos en español como la Guía de promotoras de salud y De camino a la maternidad.

<http://www.ourbodiesourselves.org/>



#### REVISTA MUJER Y SALUD

Otra, que salió en el 1995 y se publica cada cuatro meses, es la de nuestras amigas de la Red de Salud de Mujeres

Latinoamericanas y del Caribe RSMAC

Es una revista fantástica de una red muy amplia y su objetivo principal es brindar información actualizada

sobre salud integral de las mujeres desde una perspectiva de género, con énfasis en experiencias, investigaciones, reflexiones y noticias de actualidad generadas preferentemente desde las organizaciones integrantes de la Red de Salud. Promueve también acciones de solidaridad en apoyo de quienes experimentan violaciones de los derechos humanos fundamentales. Además, editan **Cuadernos Mujer Salud**, con dossiers sobre diversos temas y la boletina virtual **Mujer saludable**

<http://www.reddesalud.org/>

#### ISIS . CENTRO DE DOCUMENTACION

### Agenda Salud

En esta web del centro de documentación más veterano (1974) podéis encontrar recursos, documentos y enlaces sobre la salud de las mujeres

Edita una publicación trimestral del programa de Isis Mujeres y Salud.

<http://www.isis.cl/MujerySalud/index.htm>



#### LA RED MUNDIAL DE MUJERES POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS (RMMDR)

La Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (RMMDR) es una

red de 2000 organizaciones autónomas e individuales en 157 países que desde 1984 tiene como objetivo alcanzar y apoyar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Su boletín en castellano, francés e inglés, que ya va por el número 84, es un instrumento de coordinación y potenciación de la red del que también somos deudoras.

<http://www.wgnrr.org/home>

### En el Estado Español

*Añoramos revistas como La Ortiga, y los boletines de algunas comisiones de aborto Hinojo y perejil de Madrid y Nosotras decidimos de Barcelona, que ya han desaparecido, y de muchas publicaciones sobre temas concretos de salud de muchas asociaciones de mujeres, pero siguen en pie ( de las que nosotras conocamos y leamos):*

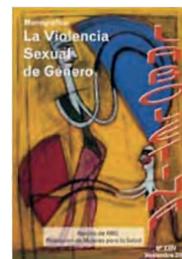


#### DIÁLOGOS

Revista trimestral con información técnico-científica en materia de salud sexual y reproductiva desde una aproximación multidisciplinar.

Esta revista de la **Federación de Planificación Familiar Estatal** es un instrumento que permite mantener la cohesión entre los miembros de las Asociaciones, compartiendo sus trabajos y opiniones.

<http://www.fpfe.org/dialogos.asp>



#### LA BOLETINA,

La Asociación de Mujeres para la Salud edita anualmente, desde 1991, su revista "LA BOLETINA", con el objetivo de dar a conocer

propuestas terapéuticas para los problemas psicológicos de las mujeres derivados de su educación en una sociedad patriarcal.

Además de informes técnicos y artículos de las profesionales y otras especialistas, siempre se encuentra en La Boletina la voz de las mujeres que pasan por el Centro "Entre Nosotras", donde cuentan sus experiencias y cómo han aprendido a salir de ellas y superarlas.

<http://www.mujeresparalasalud.org/>



## USA: DISMINUYE DRÁSTICAMENTE LA INCIDENCIA POR CÁNCER DE MAMA. ¿POR QUÉ?

La incidencia de cáncer de mama en los EU se redujo precipitadamente en

2003. El estudio que aportó estos datos, realizado por el Dr. Peter Ravdin y su equipo del Centro contra el cáncer M.D. Anderson en Houston, sugiere que esa tendencia a la baja es el resultado de que millones de mujeres hayan descontinuado el uso de la THS (terapia hormonal sustitutiva a base de estrógenos) a raíz de la publicación de los resultados del emblemático ensayo de la Women's Health Initiative (WHI) en 2002. Este estudio, en el que participaron 16,608 mujeres, se suspendió después de que los investigadores encontraran riesgos muy elevados para la salud entre las usuarias de THS.

En 2003 se produjo una reducción de 7 por ciento en tan sólo un año. Ese descenso fue más pronunciado entre las mujeres mayores de 50 años (15%), y se observó principalmente entre los cánceres de mama de receptor de estrógeno positivo, que son fomentados por la hormona estrógeno. En 2003 se diagnosticaron 14,000 casos menos de cáncer de mama que en 2002, señalaron los investigadores.

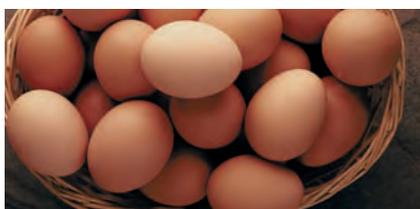
***Aunque el debate está servido, (y algunas pensamos que también puede influir el menor uso de insecticidas organoclorados en la agricultura), la gran noticia, es que 14.000 mujeres que hubieran padecido la enfermedad en años anteriores, no lo hicieron. Este estudio es una prueba más de que la ciencia bien hecha logrará destruir muchos mitos y falacias.***

Ravdin PM, Cronin KA, Howlander N, Chlesbowski RT. MD Anderson; National Cancer Institute; Harbor UCLA Medical Center.

## EL HUEVO EN LA DIETA: LA VUELTA DEL DESTIERRO

El huevo, que había sido un alimento principal en la dieta humana desde el origen de la especie, sufrió en los años setenta del siglo veinte el ataque del dedo acusador de la ciencia. Se dijo que era muy rico, sí, pero peligroso ya que favorecía el aumento del temido colesterol y por tanto aumentaba el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Mucha gente empezó a restringir su consumo a dos o tres semanales y, ante la duda, incluso, a eliminarlo. Y esta actitud ha perdurado durante los últimos treinta años. Pero, en la última década, poco a poco, la investigación ha ido rehabilitando su imagen hasta el momento actual en que se vuelve a recomendar su consumo sin restricciones. Tras la creación de diversos institutos de investigación sobre el huevo se han ido haciendo, por fin, estudios fiables para comprobar la relación entre consumo de huevos y problemas cardiovasculares y se ha visto que no existe.

El huevo tiene colesterol, sí, pero también tiene su antídoto, la lecitina que es una grasa protectora de la salud que favorece el control del colesterol, pues previene que este se adhiera a las paredes arteriales y ayuda a desplazarlo hacia los lugares donde se metaboliza. El huevo es la proteína más completa y barata que existe, donde se encuentran en equilibrio armónico aminoácidos, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales necesarios para la alimentación humana. Su alto valor nutricional, digestibilidad y contenido, lo hacen un alimento funcional. Podemos comer una yema diaria y todas las claras que se deseen sin riesgo alguno.



Dora Pérez. Investigadores cubanos destacan beneficios del huevo para la salud. Revista Mujeres. Semana 11 a 17 enero 2007. [www.mujeres.cubaweb.cu](http://www.mujeres.cubaweb.cu)



## LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE CÁNCER DE OVARIO.

Una nueva investigación sugiere que el uso prolongado de THS (terapia hormonal sustitutiva) en mujeres posmenopáusicas aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de ovario. Para investigar esta potencial asociación los investigadores analizaron los datos de casi 98.000 mujeres (de 50 a 71 años) que completaron dos cuestionarios sobre Terapia Hormonal en 1995-1996 y en 1996-1997.

Los autores del estudio hallaron que aquellas mujeres que se sometieron a una histerectomía (extirpación del útero) y que usaron la terapia de estrógeno sólo durante una década o más, tenían casi el doble de riesgo de cáncer de ovario que las que no recibieron THS.

Las mujeres que se sometieron a una histerectomía y que usaron estrógeno más progestina de manera secuencial o continua durante cinco años o más también tenían un mayor riesgo, en comparación con las mujeres que no lo hicieron.

***El porqué de estas correlaciones desde el punto de vista biológico está por dilucidar, pero los datos, analizados por el Instituto nacional del Cáncer de Estados Unidos, son claros.***

Lacey JV, et al. Menopausal hormone therapy and ovarian cancer risk in the National Institute of Health-AARP Diet and Health Study Cohort. J Natl Cancer Inst 2006; 98: 1397-405.

Subvencionado por:



Generalitat de Catalunya  
Institut Català de les Dones

A través de:





**Judy Norsigian**  
Directora Ejecutiva de  
Our Bodies Ourselves  
Co-autora de "Nuestros  
Cuerpos, Nuestras Vidas"

## Mys 20, remedio para tiempos difíciles

Vivimos tiempos de nuevos y extraordinarios retos para las mujeres. Las activistas y educadoras sobre salud de las mujeres encontramos muchos obstáculos para asegurarnos de que tengan acceso a información basada en la evidencia  
He aquí algunos ejemplos:

- Los medios nos dicen que somos inadecuadas y por eso necesitamos "arreglos urgentes", desde píldoras para aumentar la libido hasta implantes de gel de silicona para pechos "demasiado pequeños". Irónicamente, incluso las advertencias de cirujanos plásticos como el Dr. Edward Melmed llegan a pocas mujeres. El 3 de enero de 2007 el Dr Melmed escribe en "Los Angeles Times":

*"A pesar de los peligros conocidos, el Food and Drug Administration, bajo la presión de fabricantes de implantes, cirujanos plásticos y pacientes ha autorizado, a partir del 1ro de enero, una nueva generación de implantes en mujeres mayores de 22 años. Estos implantes, afirman, tienen menos posibilidades de romperse- la misma afirmación que se ha hecho con las generaciones previas. Para vigilar la salud de las mujeres, el FDA requiere que las que reciban los implantes pasen revisiones regulares(MRIs) y ha recomendado que los implantes se reemplacen cada diez años. Es una pena que las mujeres se transformen en ratas de laboratorios por esta causa. Son ellas, y no los fabricantes, quienes tendrán que pagar por las revisiones y los reemplazos.*

*La mayoría de los cirujanos plásticos niegan vehementemente que haya conexión entre las quejas de salud y los escapes de silicona. Pero yo he visto un perturbador número de síntomas, como fatiga, pérdidas de memoria reciente,*

*dolores musculares y articulares, picores, alteraciones del sueño, depresión y pérdida de cabello que se resuelven al quitarlos... Si la tendencia actual continúa, estos artilugios estarán en el cuerpo del 5% de las mujeres norteamericanas dentro de diez años".*

Desafortunadamente, la mayoría de los medios en Estados Unidos están contando una "historia rosa" que sólo servirá para que más mujeres decidan implantarse silicona en sus pechos y sufran los problemas que probablemente les causarán

- Pese a los numerosos estudios bien diseñados que documentan la seguridad de los partos extra-hospitalarios en USA (la mayoría atendidos por comadronas), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos hizo en octubre de 2006 una declaración por la que se opone a TODOS los nacimientos fuera de los hospitales, tanto en clínicas como en centros para nacimientos. Esto contradice la mejor evidencia disponible y niega a las mujeres una elección satisfactoria y segura. Al mismo tiempo, los hospitales niegan a las mujeres la opción de parir vaginalmente después de un parto por cesárea, que también está demostrado como una alternativa más segura que la cesárea repetida para la mayoría de las mujeres. Algunos obstetras apoyan incluso la idea de la cesárea "por elección", sin indicación médica. En ese clima, está claro porqué

muchas mujeres están perdiendo confianza en la capacidad de sus cuerpos para dar a luz sin excesivas (y a veces peligrosas) intervenciones médicas. Garantizar un clima de confianza y apoyarlas durante el parto y el nacimiento son las claves para ayudar a las mujeres a tener óptimas experiencias en sus partos.

- En 2005, los laboratorios se gastaron en USA más de 4 billones de dólares para publicitar medicamentos directamente al público. Como resultado, muchas mujeres están tomando ahora numerosos medicamentos con cuestionables beneficios y riesgos conocidos. Por ejemplo, no hay evidencia buena de que las mujeres sin enfermedades cardiovasculares consigan beneficio alguno de tomar medicamentos que disminuyan el colesterol, como el Lipitor (el más vendido del mundo), pero los anuncios sugieren que obtendrán un claro beneficio si bajan los niveles de colesterol. Educar a profesionales y usuarios sobre la naturaleza engañosa de la mayoría de anuncios publicitarios es un reto enorme.

La resolución de la denuncia por fraude y publicidad engañosa y prácticas de marketing fraudulentas para promover su producto Neurotin obligó a Warner Lampert a depositar un fondo de 21 millones de dólares para educar a consumidores y profesionales sobre la prescripción

→ apropiada y las prácticas de marketing engañosas de los laboratorios. Aunque poco en comparación con los presupuestos de la industria farmacéutica, es un comienzo.

Con fondos o sin ellos, varios grupos de mujeres por la salud en USA seguirán trabajando en este tema. Podéis consultar detalles en las webs del "Center for Medical Consumers", "The National Women's Health Network" o de "Our Bodies Ourselves". Ninguna de estas organizaciones –activistas del movimiento de salud de las mujeres desde hace muchos años– recibe fondos de la industria.

**Nosotras, desde Our Bodies Ourselves, felicitamos a esta revista, Mujeres y Salud (MYS), con motivo de la publicación del número 20 y deseamos continuar durante años la productiva colaboración que tenemos. Hoy, más que nunca, necesitamos fuentes de información como el MYS, independientes de influencias comerciales. ¡Adelante con este fantástico trabajo!**

*Podéis leer extractos de las últimas publicaciones del colectivo de Salud de las Mujeres de Boston, "Our Bodies, Ourselves: Menopause" y "De camino a la maternidad" en la web: [www.ourbodiesourselves.org](http://www.ourbodiesourselves.org)*

# carta de una comadrona



*Me llamo Adela Vidal Puèrtolas y soy comadrona. He sido docente titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona y soy autora del libro "Ser comadrona: una manera de pensar".*

*Quisiera por esta misiva daros a conocer la existencia de esta obra que prologó María Milagros Rivera Garretas y que se editó en el año 2005. De la edición se hizo cargo el Colegio Oficial de Enfermería de la Provincia de Barcelona llegando al acuerdo de que la versión catalana sería de reparto gratuito y se pondría a la venta la edición en castellano.*

*Hace un año el Colegio Profesional decidió en Junta no poner a la venta el libro en su versión castellana (en la que fue escrito originariamente) y desde entonces no ha sido posible ni su divulgación, ni su distribución, pero podeis solicitar ejemplares a (COID [info@coid.org](mailto:info@coid.org) 900705705), a ver si con la demanda es posible desencallar el tema.*

*Al margen de esta situación absurda; me parece interesante poner de relieve la necesidad de que, en la búsqueda de un lenguaje que permita definir otras maneras, más cercanas y apropiadas de aludir a la realidad de las mujeres, se tomen en cuenta cuestiones que en su momento tuve el privilegio de debatir con María Milagros y otras mujeres de reconocido prestigio intelectual, para proponer que se utilice, por ejemplo, el vocablo "procreación" al hablar de la perpetuación de la especie humana, aludiendo así a la aportación de las mujeres en su entrega, ya que el término reproducción me parece negativo pues somete la experiencia femenina a una pura producción de semejantes.*

*Esta, entre otras cuestiones, están señaladas en el texto como marco conceptual para la profesión de las comadronas, pero creo que sería interesante su divulgación y puesta en uso para poder autorizar también con las palabras adecuadas los proyectos de crianza, que a pesar de todas las dificultades, siguen emprendiendo las mujeres.*

# on

## NADIA Y LAS REDES



Nadia es una joven afgana de 21 años que desde la época de los talibanes se hace pasar por hombre y viste ropa de chico para poder trabajar y mantener a su familia. Ahora está en Barcelona por razones de seguridad, ya que su vida corre peligro si intenta recuperar su identidad femenina en Afganistán.

Tiene media cara desfigurada a causa de una bomba y aquí se someterá a diversas intervenciones de cirugía plástica en la zona de la cara desfigurada... Por desgracia, no es un caso único, pero nos parece que merecen un **ON** ella y todas las mujeres que han hecho posible su venida a Barcelona, la Asociación por los Derechos Humanos en Afganistán (ASDHA) y los médicos que participan en las múltiples intervenciones necesarias, **pero en especial a todas las mujeres**, cooperantes, asociadas o no, que se han prestado a tenerla en casa, a asistirle psicológicamente, a atenderla en el hospital y a hacer posible que su vida cambie y mejore. Vivimos en un mundo injusto y sangriento, pero la solidaridad sigue siendo la ternura de los pueblos, la que nos puede salvar y, desde esta revista, queremos dar las gracias por haber podido participar en este proyecto.

Si queréis colaborar económicamente podéis hacer un ingreso a la cuenta que ha abierto la asociación ASDHA <http://www.afgancat.org/> (La Caixa 2100 3207 02 2200296059)

# off

## REVISTA MG, PELIGRO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

SALE AL mercado este mes la revista MG, que se anuncia, sin rebozo, como *"la primera revista de salud integral de la mujer"*. En el mismo párrafo de la publicidad que circula por internet, se dice que está asesorada por la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) y la AEEM (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia) de modo que se debe tratar de la salud integral de la mujer siempre y cuando identifiquemos mujer con útero (digo yo). Además, cuando más abajo vemos que el director médico de la revista es Santiago Palacios (para quien no lo sepa, máximo adalid de la Terapia Hormonal Sustitutiva en la menopausia en España) ya no nos queda duda: la revista se ocupará de la salud integral sí, pero de la industria.

En fin, desde nuestra modesta revista MyS (que sí es integral pero que no está en los quioscos a un euro y medio) seguiremos intentando contrarrestar desde el papel y por internet esta nueva ofensiva y seguiremos confiando en el buen criterio de las mujeres que a pesar de todo, en este país, siguen resistiéndose bastante a la THS (aunque les llamen atrasadas por ello).

# Vacas sagradas: ¿corruptas y/o asesinas?

LEONOR TABOADA

Es la mejor noticia en años: el cáncer de mama ha bajado un 15% en USA en 2003 y los expertos no encuentran otra explicación que el abandono masivo de los tratamientos hormonales para la menopausia que se produjo a raíz del estudio del Women's Health Initiative que en 2002 se detuvo por los efectos secundarios graves que comprobaron, entre ellos el cáncer de mama.

Esta noticia deja por fin desnudos a aquellos médicos ignorantes o vendidos a los laboratorios que siguieron defendiendo, promoviendo y recetando estas hormonas. Y a organizaciones como el Journal of Women's Health, en USA, que se riendieron al dinero de la industria y defendieron hasta hace muy poco con uñas y dientes la bondad de sus productos. En España, la Sociedad para el Estudio de la Menopausia ha quedado en evidencia, así como los medios de comunicación que se espantaban porque las españolas en general, afortunadamente, hicieron más caso al sentido común y a los grupos de mujeres activistas por la salud y rechazaban estos tratamientos. Desgraciadamente, un 4% caían en las redes del engaño de la juventud eterna y la prevención de enfermedades que les prometían las vacas sagradas, aumentando, también su incidencia de cáncer de mama y enfermedades cardiovasculares.

Ojo con las vacas sagradas. Están corruptas y matan. Esperemos que los medios de comunicación y las instituciones tomen nota, para quitarles el papel protagónico que juegan gracias al espacio que les dan- y que nos niegan.

leotaboada@yahoo.com

# La entrevista

por Leonor Taboada



Carme Valls Llobet

Endocrinóloga

Presidenta de la asociación CAPS

(Centro de Analisis y Programas Sanitarios)

[www.caps.pangea.org](http://www.caps.pangea.org)

Hay que  
tener  
espacios  
tanto para auLLar  
como para reir

Allí donde la llaman, va. Y donde quiera que vaya, hay un público que la espera y se bebe sus palabras.

Impulsa, estimula, crea. Influye.

Viéndola vivir, te preguntas cómo es posible cubrir tantos frentes, y con tanta eficacia.  
Tiene una energía privilegiada, que expande y contagia.

Su discurso, ya sea en el Senado como en un pequeño salón atestado de mujeres, nunca defrauda. No hay comunidad autónoma donde las mujeres que trabajan por la salud no cuenten con ella como plato fuerte. No hay congreso internacional sobre Mujer, Salud y Trabajo que no la tenga de estrella invitada.

“La Valls” nunca para actuando en diversos frentes; como representante política, como Presidenta del CAPS, como comunicadora en los medios y, sobre todo, como alma del movimiento de salud de las mujeres, siendo su voz y canalizando ante las instituciones sus necesidades, aglutinando a profesionales, afectadas y usuarias en general.

Soy testigo de la estela que va dejando cuando se tiene la suerte de escucharla, pero ahora, además, acaba de publicar un libro – que tengo todo subrayado- que es firme candidato a ocupar un lugar privilegiado en nuestras mesillas de noche. Un libro donde recoge sus datos, análisis y teorías sobre la invisibilidad de las mujeres para la medicina (Mujeres Invisibles). Un libro que pudo haber sido sólo un manual sobre evidencias buenas sobre salud de las mujeres, pero que refleja también la amplitud de su pensamiento y la vastedad de su cultura.

Creadora de conceptos como el de “morbilidad diferencial”, esta “Rara avis” en el mundo de la ciencia, suma, a su mente científica, una mirada sobre la salud que abarca factores sociales, laborales y emocionales que traspasan los análisis al uso, lo que le permite investigar y ver aquello que otros no ven, y, así, identificar problemas y proponer soluciones que son auténticos avances tanto para la práctica de profesionales como para el bienestar de las mujeres.

### **¿Porqué “están” invisibles las mujeres?**

*Socialmente, porque la influencia patriarcal ha considerado siempre como inferior y poco importante todo lo referido a las mujeres, y ha invisibilizado sus aportaciones y sus diferencias lo que se ha reflejado en la ciencia médica, que ha estudiado sólo la salud reproductiva, y no ha atendido a las diferencias biológicas en los síntomas y evolución de las enfermedades, ni en el diferente metabolismo de los fármacos, y tampoco ha valorado las diferentes condiciones de vida y trabajo, y los diferentes problemas de salud relacionados con la contaminación del medio ambiente y de los lugares de trabajo.*

### **¿Qué espera conseguir con este libro?**

*Que las mujeres reconozcan mejor sus problemas de salud y no se culpabilicen por ellos sino que intenten buscar ayuda competente, y que los profesionales de salud atiendan y escuchen, y no minimicen ni frivolicen los síntomas que presentan las mujeres y por los que demandan ayuda.*

### **Habla usted de un mundo que se cree científico...**

*...pero en el que por ahora la ciencia ha tenido que parcializar y trocear el cuerpo humano para estudiarlo y reducir a la nada la experiencia de los mismos sujetos y sujetas de estudio, por lo que sólo en abordajes multidisciplinarios se puede realizar una aproximación (acercar-se), aunque parcialmente, a la realidad.*

### **¿Es posible cambiar el rumbo de la ciencia y la medicina en el capitalismo?**

*Es difícil pero con buenas estrategias no creo que sea imposible. Para mi lo más importante es no perder de vista que deseamos hacer ciencia para resolver necesidades humanas, o para prevenir problemas futuros, no para mejorar la economía de ninguna industria. Ciencia y servicios sanitarios al servicio de la salud de seres humanos, no al revés.*

### **¿Cómo influyen los estereotipos de género en la salud?**

*Haciendo invisibles las diferencias en el modo de vivir la salud y la enfermedad de hombres y mujeres, normalizando y naturalizando*

*la supuesta inferioridad de las mujeres ( es “normal” que sean anémicas), e intentando un control sobre sus procesos fisiológicos, con la pretensión de “ayudarlas” a superarlos.*

### **¿Cambiar mentalidades llevará años, décadas o siglos?**

*Pues ya voy pensando que algunos siglos, porque son más de 40 siglos patriarcales y las mentalidades creo que casi se han introducido en los genes.*

### **¿Son las diferencias neurológicas en el cerebro de hombres y mujeres más significativas que otras diferencias?**

*No creo, aunque no están del todo estudiadas. Existen grandes diferencias endocrinológicas y en el funcionamiento de la bomba de potasio del corazón, que habían sido poco estudiadas.*

### **¿Qué debería ofrecer a las mujeres la atención sanitaria pública?**

*Lo mismo que a los hombres. Una atención de calidad que tenga en cuenta sus enfermedades más prevalentes, como las relacionadas con el dolor crónico, con las anemias y otras carencias metabólicas, y*

con enfermedades autoinmunes y endocrinas. Lo que denominamos en nuestro grupo del CAPS, morbilidad diferencial.

**Dada su insistencia en integrar cuerpo y mente, ¿qué piensa de las medicinas "alternativas"?... ¿deberían estar en la seguridad social?**

*Estaría de acuerdo, siempre que también estén dispuestas a dejar evaluar su eficacia y eficiencia en los resultados.*

**Dice usted, "las mujeres siempre damos mal en los test psicológicos"...¿porqué?**

*Porque han sido diseñados estableciendo como "norma" al varón de 30 a 40 años de raza blanca y profesión liberal. En este tipo de pruebas psicológicas es muy fácil que se establezcan falsos diagnósticos de depresión. Además los tests no tienen nunca en cuenta las condiciones de vida y trabajo, la sobrecarga física y mental, el papel de cuidadoras, etc...*

**¿Hasta donde nos influyen los ciclos hormonales?**

*La pregunta es correcta, nos influyen mucho, pero no nos determinan. Sin embargo y dado que no se han estudiado a fondo sus efectos periféricos y sobre todo que no se han incluido de forma desarrollada en la docencia, sus efectos desde*

*el punto de vista de la asistencia sanitaria no son tenidos en cuenta habitualmente.*

**¿Porqué se han dejado engañar las mujeres con los tratamientos hormonales para la menopausia, si hace 30 años que el feminismo, recogiendo experiencias vividas, advierte de sus riesgos?**

*Porque el mito de la posible eterna juventud se mezcló, con la falsa afirmación promulgada por los departamentos de marketing de alguna industria, de que debíamos asociar menopausia a decrepitud y dolor. Además, en un primer momento se hizo creer a médicos y pacientes que podían prevenir enfermedades cardiovasculares y que podrían prevenir la osteoporosis, sin efectos secundarios, cuando en realidad las dosis altas pueden producir más infartos de miocardio, no mejoran la osteoporosis- sólo evitan la resorción los tres primeros años- y producen incremento de cáncer mama.*

**¿Cuándo hay que sospechar un infarto y no dejar que nos echen del hospital hasta que nos hayan tratado?**

*Cuando exista un dolor torácico fuerte, en zona precordial o detrás del esternón. En las mujeres es más frecuente que los síntomas se inicien con sensación de dolor fuerte en la boca del estómago, acompañado de náusea, que*

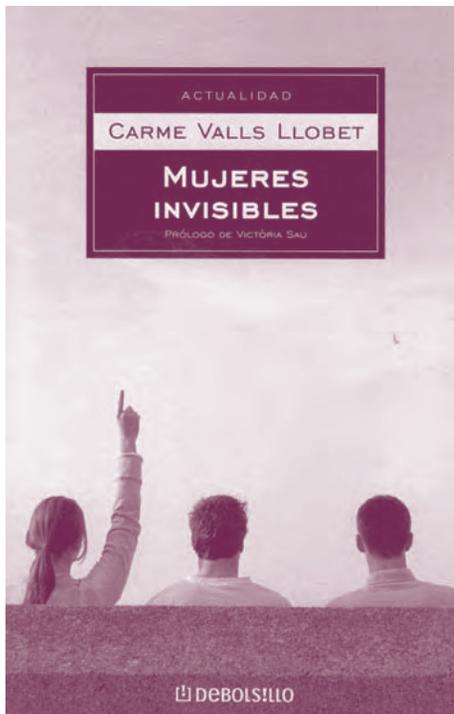
*luego sube por detrás del esternón, hasta las mandíbulas. En todos los casos el dolor es fuerte y se agudiza cuando pasan los minutos. Para su diagnóstico es preciso un electrocardiograma y acudir al servicio de urgencias hospitalario lo más rápido posible.*

**¿Hay una receta para re-nacer por nosotras mismas?**

*VOLUNTAD, DESEO Y LIBERTAD para decidir el cómo y el momento de hacerlo. Después existe una metodología que cada mujer debe realizar de forma individual, estudiando su propia genealogía y agrupándose o asociándose con otras mujeres que también deseen renacer. Dado que en general se han forzado los ritmos de las mujeres y se ha intentado manipular los cuerpos y las mentes, es importante no forzar los ritmos, darse tiempo para crecer y disfrutar del crecimiento, y tener espacios tanto para aullar como para reír.*

**¿Tener un observatorio de Salud y Género ha mejorado en algo las perspectivas o las realidades de la salud de las mujeres?**

*Ha iniciado el camino para una mayor visibilidad de los problemas de salud, pero al principio se centró más en los aspectos de salud reproductiva. De hecho, el Informe de Salud Y Género del 2005 que ya*



está visible en la página web del Ministerio de Sanidad, empieza a ser una aproximación más holística e integral de los problemas y los riesgos de la salud de las mujeres.

### **¿Es posible ser pobre y estar sana?**

La pobreza genera riesgos para la salud por los problemas de nutrición e insalubridad de las viviendas que puede conllevar, pero es posible estar sana, si entendemos la salud con la definición del Dr. Jordi Gol Gorina, como autonomía personal solidaria y gozosa. El cáncer de mama, el que más mortalidad prematura está causando entre las mujeres, está asociado a la clase alta.

### **¿Además de vivir más, viviremos mejor nuestra mayor esperanza de vida? ¿Nos espera una vejez mejor?**

Creo que podemos vivirla, pero no dejándonos influenciar por los malos augurios que asocian envejecimiento a dolor. Por eso me gustó acabar el libro con la posibilidad del renacimiento personal que tan bien nos enseñó Maria Zambrano " Al no haber podido morir, decidí volver a nacer por mi misma" Si nos planteamos la vida como un reto personal, laborioso y lúdico, de crecientes conocimientos de personas y de ciencia, un día más siempre puede ser una gran aventura.

### **¿La naturaleza nos protege y la medicina interfiere?**

No necesariamente. La naturaleza ha hecho que la evolución, durante miles de años, del cuerpo de las mujeres, que han de dar vida, se adapte a nuevas situaciones y se armonice con los ciclos de la tierra y de la luna, pero la ciencia médica nos ha ayudado a entender más nuestro funcionamiento, y las enfermedades o carencias metabólicas que pueden distorsionarlo. Las interferencias médicas se establecen más en relación a la falta de ciencia de la diferencia y de la morbilidad diferencial. Aunque no debemos olvidar

grandes interferencias como la abolición de la concepción y, actualmente, la abolición de la menstruación, dando hormonas (casi siempre derivadas de hormona masculina) durante años al cuerpo de las mujeres, y desconociendo los efectos secundarios a largo plazo.

### **¿Que le parece el MYS?**

En estos momentos un instrumento imprescindible para la comunicación entre expertas y mujeres que desean profundizar en las causas de los problemas de salud y que desean contrarrestar las múltiples informaciones, a veces sesgadas, que llegan a través de otros medios de comunicación y de la publicidad, tanto de fármacos como de intervenciones quirúrgicas, para una supuesta mejoría de la imagen corporal, sin que a nadie le preocupen la vitalidad y las condiciones de vida y trabajo. Creo que si no existiera, lo tendríamos que inventar. Ahora el reto es que llegue a muchas más mujeres y profesionales sanitarias.

# ...y ¡20! ¡¡¡¡Hemos Llegado aL MyS 20!!!

Quién nos lo iba a decir a las cuatro esforzadas mujeres que hacemos esta revista que aguantaría el tipo diez años y llegaríamos al número 20 con más energía que cuando empezamos. Quién nos lo iba a decir cuando sacamos el número 0 en aquellas jornadas feministas de Catalunya del 96, las de "Vint anys després" (veinte años después de las primeras, las del 76); cuando sacamos nuestro número "0" que apenas tenía cuatro páginas y se llamaba boletín, que no revista, (aunque por la austeridad de la impresión y el diseño amateur parecía más bien una hoja parroquial -como nos gustaba burlarnos entre nosotras).

El MyS se gestó en el Forum Estatal "Mujeres, Trabajos y Salud" de 1995, que organizó Carme Valls desde Caps como directora del programa "Dona, Salut i Qualitat de Vida". El Forum preparaba lo que sería el I Congreso Internacional Mujer Trabajo Salud que se celebraría en abril del 96. Montse Cervera y Carme Valls trabajaban juntas desde hacía unos meses y en ese forum, Leonor Taboada entró en contacto con ellas para proponerles la revista y Margarita López, para organizar el centro de documentación. No sabíamos entonces que entre las cuatro sacaríamos adelante esta maravillosa revista que iría creciendo en páginas, en colaboradoras y en lectoras y llegaría a su décimo cumpleaños vivita y coleando.

Pero la historia empieza mucho antes. En el 95, Leonor llevaba veinte años con la revista en la cabeza; sabía cómo debía ser: desde el estilo ("MyS cultiva el arte de ofrecer información científica en lenguaje comprensible") hasta el objetivo ("intervenir en la mejora de la salud de las mujeres"), pasando por los contenidos ("información libre de sesgo de género y libre de presiones interesadas de la industria"), y las destinatarias ("que somos absolutamente todas").

Dice un aforismo oriental que cuando el alumno está preparado aparece el maestro. Quizá se puede decir que cuando la directora (Leonor) estuvo preparada apareció el equipo, o acaso fue al revés, que cuando el equipo estuvo preparado apareció la directora, no sé, el caso es que el MyS cayó del árbol como una fruta madura pues, si bien ha ido ganando en presentación, diseño, grosor y periodicidad, tuvo desde el principio una calidad muy alta.

Decir MyS es decir Red. El MyS se ha alimentado desde el principio de las redes: aquellas que Caps descubrió organizando el congreso, las que traían puestas cada una de las miembras de su equipo, las que se han ido tejiendo después. De modo que hemos cumplido diez años y veinte números pero, a juzgar por la buena salud de las redes que nos envuelven, estamos dispuestas a cumplir muchos años y muchos números más. ¡Felicidades a todas!

# Nosotras, vosotras, eLLas

Nuestros cuerpos,  
nuestras vidas,  
nuestra historia



**Leonor Taboada**  
Directora de MyS

Último seminario de la Redcaps.

Por fin se habla de la medicalización de la vida de las mujeres, de la invención de enfermedades, de la industria farmacéutica y del pringue de profesionales, de revistas para profesionales, de periodistas y de todo quisqui (y as) con la industria farmacéutica...

Tu cuenta lo que has vivido, me dijeron... cuenta de dónde viene el discurso... Cómo empezó la historia... Cómo las mujeres empezaron a cuestionar "a deconstruir los conceptos, a cuestionar el paradigma médico, a denunciar los sesgos", como pusieron luego en el sesudo e intimidante título de mi ponencia. Sirva, entonces, este texto, como homenaje a las que, afortunadamente, siguen vivitas y coleando iluminándonos a todas, y a las que ya no están pero siguen estando... que tienen nombres y apellidos. Porque, confieso, me provoca

bastante malestar que cuando se hace un curso de salud y género no haya ni rastros del movimiento de salud de las mujeres que ha hecho posible que estos existan. Que parezca, incluso a las especialistas actuales, que la historia empieza en los años noventa.

Así, pues, intentaré hablar del cómo fue, del cómo se hizo, del making off de esta película que por fin empieza a llegar al gran público.

No fue el Jardinero Fiel, de John Le Carre, sino las jardineras infieles... No empezó en los años noventa, sino a finales de los sesenta y durante los setenta... cuando aún casi no había mujeres en medicina...

No fue mi muy valorado Raymond Moynihan quien descubrió que se inventaban enfermedades, sino "ellas" ...

No fueron las universidades ni las consejerías ni las asociaciones

profesionales, sino "ellas", las que antes de que tuviera nombre detectaron los sesgos de género y el mismo concepto de género en salud...

No fue El País el primero en debatir la medicalización, sino el MYS- si, nuestra revista Mujeres y Salud (<http://mys.matriz.net>) que hoy publica su número 20!

Fuimos nosotras. Y en ese nosotras incluyo a miles de mujeres que releeron la historia escrita en sus cuerpos y sobre sus cuerpos por Aristóteles, por San Agustín, por el Vaticano, por el Islam y el santoral entero.

Y por las monjas de su escuela y el cura de su parroquia o el guía espiritual de su tribu o de su pueblo...

Y por sus padres, hermanos y maridos...

Y por Bayer, por Pfizer y Wyerst y Lilly...

Y por los textos de Ginecología y por Botella Llusía y por el British Medical Journal y las Academias de Ginecología y Obstetricia que son y han sido...

Fuimos- fueron- las que se miraron con un espéculo, las que se contaron lo más secreto de sus secretos en pequeños grupos de autoconciencia, las que se escucharon y respetaron y valoraron mutuamente su palabra, las que tuvieron como lema saber es poder y lo privado es público, las que entendieron que a la hora de avanzar en salud profesionales y usuarias eran igual de valiosas, quienes nos legaron el nuevo texto que vamos completando, corrigiendo y mejorando cada día entre todas.

Incluí en el material del encuentro un texto del año 71, la dedicatoria de una guía de recursos de Belita Cowan, Women Health Care, Resources, Writings, Bibliographies, publicado en USA en 1977. No es el único texto, es uno. Impreso con papel barato, como

se movía entonces la información. Todo un lujo en la era de lo que llamábamos la literatura gris. No había fax, no había correo electrónico: se hacía a pulso, fotocopiando. Enormes sobres de papel madera que recibíamos con emoción y leíamos ávidamente, que traducíamos a muchos idiomas, que volvíamos a fotocopiar. Y a enviar. Y así. Enredándonos. En red-dándonos.

Es un texto entre tantos, pero da idea de dónde estaban-estábamos. Y de donde estamos. Y lo he traído pensando que las jóvenes de hoy tienen derecho a conocer su propio linaje. Y a no aprender la historia oficial, sino la real. A saber dónde empieza el discurso de género. Dónde empieza la revolución en salud que aún seguimos agitando.

Para ir hacia adelante, iré hacia atrás. La historia no empieza donde una empieza a vivirla, pero esta peculiar historia de las mujeres, que tuvo muchas víctimas detrás, sí que tuvo, como los inicios de todas las revoluciones, un caldo de cultivo, que marcó un antes y un después.

**Lo que yo viví** (*este texto tiene su origen en un artículo que publiqué en la Revista de las Dones Periodistes de Catalunya en mayo de 2006*)

Berkeley, California. Febriles años setenta. Yo, una "late" veinteañera frente al cristal de una librería donde se exhibía un libro que iba a cambiar mi vida, como la de miles y miles de mujeres en el mundo. Un título: "Ourbodies, ourselves", que luego y después de mucho pensar, traduje como "Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas". Un subtítulo: "Un libro por y para las Mujeres". Una foto: Un grupo de mujeres de distintas edades y razas. Un pie de Foto: The Boston Women's Health Book Collective.

Bajo el impacto de estar ante algo revolucionario, supe dos cosas: que

necesitábamos el libro en español, y que yo lo traduciría.

Me puse en campaña de inmediato, pero el libro me había encontrado a mi antes que yo él puesto que frecuentaba la casa donde estaba viviendo en Berkeley una brillante mujer chicana, Raquel Sheer Salgado, profesora de literatura española -también veinteañera entonces-, a la que convencí para que nos propusiéramos como traductoras al Colectivo de Boston. Y si, eligieron nuestra prueba y en Boston comenzó una historia de amor con las catorce mujeres de este grupo maravilloso que inspiró lo que hoy conocemos como movimiento internacional de salud de las mujeres, relación que vivo como un don de las diosas.

Hasta entonces, el feminismo era un concepto teórico, intelectual, para mi, pero cuando empezamos a reunirnos con las mujeres de habla hispana en California, Nueva York o Boston, que nos iban contando sus historias para añadirlas a las múltiples experiencias reales que nutrían el libro; o cuando traducíamos lo que las autoras, en su propio grupo y con la colaboración de tantas otras, habían investigado sobre nuestra anatomía, fisiología, sexualidad o reproducción; o sobre el papel que los estereotipos, la medicina, las universidades, la religión, las tradiciones, las culturas

o "la ciencia" habían jugado en la alienación y expropiación de nuestros cuerpos y vidas; o mientras evocábamos nuestras propias historias sobre el aborto, la anticoncepción o la sexualidad, ...a medida que traducíamos el libro... el feminismo se hizo carne.

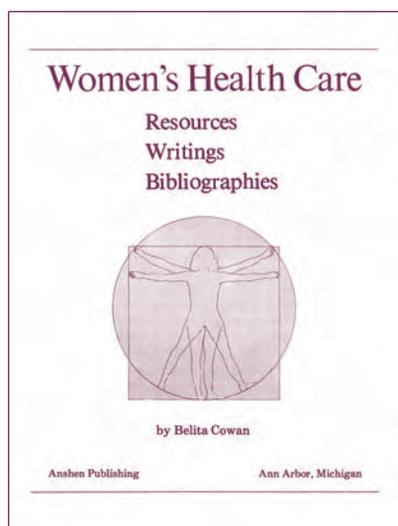
Inducida por el libro, visité primero la clínica Feminista para Mujeres de Berkeley y luego frecuenté un grupo de "self help" de Cambridge, en Boston. En la clínica no sólo me enseñaron a utilizar el espéculo para observar yo misma las incidencias de mi ciclo menstrual, (emoción también inolvidable, la de verse el cuello del útero y la vagina por primera vez-como romper mil tabúes de cristal); me hablaron del DES, me advirtieron sobre los riesgos que ya entonces las mujeres feministas habían puesto al descubierto de los estrógenos exógenos, entonces presentes a altas dosis en las píldoras anticonceptivas, me presentaron alternativas a las recetas de la industria. Me midieron un diafragma.

También conocí y frecuenté a Barbara Seaman, una periodista del movimiento de salud que ya en 1969 publicó un libro, "The Drs. Case Against The Pill" en el que minuciosamente denunciaba los efectos secundarios de la píldoras anticonceptivas entonces con dosis estrogénicas muy superiores a las



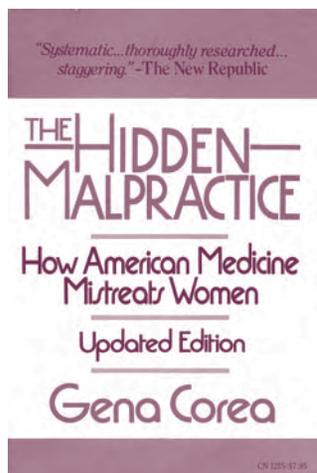
Colectivo de Boston

actuales, a los laboratorios que falseaban datos y ensayos clínicos ocultando los accidentes cardiovasculares que habían provocado muertes, especialmente entre mujeres portorriqueñas cuya fertilidad se quería controlar, y a los médicos que prescribían masivamente un producto peligroso a mujeres sanas sin evidencias sobre su inocuidad. Barbara Seaman se quedó sin trabajo, claro. Las compañías farmacéuticas obligaron a todos los medios a prescindir de ella. Se buscó la vida como pudo hasta que escribió luego un celebrado libro sobre los tratamientos Hormonales para la Menopausia y hoy sigue todavía activa y vital como siempre en el Women's Health Network que ayudó a crear, y acaba de volver a revolucionar al público en USA con la publicación de un artículo sobre los



peligros de los tratamientos para la fecundación asistida .

Y a Gena Corea que, en 1977, publicaría su primer libro: "La mala práctica oculta: de cómo la medicina americana trata a las mujeres como pacientes y profesionales" (The hidden malpractice: how american medicine Treats Women as Patients and Professionals), uno de los libros que han llevado su estela conceptual del discurso de género en salud hasta hoy, pues de él arrancan muchas de las



reivindicaciones que aún reclamamos a los profesionales de la medicina y a la comunidad científica.

Y a Shere Hite, que por primera vez en la historia, había tenido la insolente ocurrencia de preguntar a las mujeres sobre su sexualidad.

En el grupo de Sef-Help de Cambridge asistí a extracciones menstruales, método que se practicaba entonces a la búsqueda de tener en manos de las mujeres la posibilidad de conseguir abortos tempranos, antes de la confirmación del embarazo, y aprendí mucho sobre métodos suaves para males comunes. Los grupos de self help de entonces investigaron y desarrollaron los métodos incruentos y seguros para abortos tempranos que luego las clínicas copiaron y hasta hoy se utilizan.

Volví con la traducción del libro bajo un brazo y el proyecto del pequeño manual que fue un "best seller" en el año 78: "El cuaderno Feminista". Hice demostraciones de espéculos y diafragmas en Universidades, Parroquias y hasta en las cocinas de algunas barriadas. Practiqué lo que aprendí primero en el Colectivo Pelvis de Mallorca, donde atendíamos la anticoncepción cuando estaba prohibida, difundíamos el autoconocimiento y la autoconciencia, escribíamos en los medios, teníamos un programa de radio y ayudábamos a las

mujeres maltratadas, cuando llegó la democracia, en el Centro Municipal de Planificación Familiar de Palma.

Vi como se crearon en España grupos maravillosos de los cuales algunos, como las Mujeres por la Salud y por la Paz de Valencia, perduran. Y he visto y veo siempre grupos de mujeres que me deslumbran por su brillantez, sabiduría, investigaciones, reflexiones, prácticas y/o publicaciones. Trabajé desde entonces en varias ediciones, traducciones y adaptaciones del libro de Boston.

En el camino encontré otro grupo internacional, el FINRAGE, sobre las Nuevas Técnicas de Reproducción Asistida, y escribí la Maternidad Tecnológica. En Mallorca hicimos el primer Congreso Feminista Europeo sobre el tema, en 1986.

En 1996, en el trascurso del impresionante Primer Congreso Internacional sobre Mujer, Salud y Trabajo organizado por el CAPS, el grupo para mí más influyente en España sobre salud y género, conocí a Carmen Valls, gracias a quien fue posible hacer real un sueño de muchos años de mi vida, junto a Montse Cervera, Margarita López, Nuria Agell y un staff de colaboradoras impresionantes, muchas de las cuales están hoy aquí: formar parte de la creación y dirigir una revista de Salud de las Mujeres libre de sesgo y llena de nuestros saberes, el MYS.

## **Aquí y ahora:**

Mientras tanto, el colectivo de Boston, El National Women's Health Network, la Feminist Women's Health Clinic de California, Barbara Seaman y tantas otras siguen actualizando información y ampliando sus horizontes. Y yo sigo y crezco en contacto con ellas pero inserta en el CAPS y en un grupo pequeño, ADIBS, (Asociación de Mujeres por la Salud de las Islas Baleares) que quiere llegar a mucha gente y hace muchas cosas, entre ellas una particularmente



→ importante: reivindicar un concepto de unidad de mama para las mujeres afectadas de cáncer y las que no, que tiene poco que ver con lo que los profesionales llaman unidad de mama, que no es más que un comité de tumores disfrazado de nombre, en el que se reúnen "los expertos" para hablar "de los casos", pero en el que las mujeres ("los casos") siguen deambulando de un servicio a otro, sin la compañía sanadora de otras afectadas, sin un espacio físico que contenga todos los avatares por los que pasan.

He recorrido este camino aprendiendo y apoyándome en innumerables mujeres sabias. En grupos grandes y pequeños. Porque creo en el poder de los grupos pequeños, en el tú a tú, en el contraste de ideas y emociones, con las mujeres de antes y las nuevas, médicas y no médicas, jóvenes y mayores, afectadas por enfermedades o no, tanto como creo en las redes internacionales lo más amplias posibles.

El nuestro es un hueso muy difícil de roer: el enemigo es muy potente: por ejemplo, aún hay horribles hombres poderosos por ahí que con el dinero de las multinacionales inventan el día de la menopausia para colocarnos a la fuerza y contra toda ciencia hormonas exógenas, que consiguen que los medios de comunicación de todos los colores compren su discurso y no el nuestro.

Pero nosotras también somos un hueso para ellos. Está claro que no cejamos. Tenemos cerebro, corazón y alma, tenemos las redes y tenemos el MYS. Y ellos, sólo todo lo demás.

Barcelona, Diciembre 2006



## Margarita López Carrillo

Documentalista

y periodista de salud.

Coordinadora de la Red-Caps

*La Red-Caps (Red de mujeres profesionales de la salud) empezó a tejerse en 1999. Desde entonces ha celebrado ocho encuentros anuales multitudinarios gracias a la ayuda del Instituto de la Mujer. Está impulsada y coordinada desde CAPS. Y no deja de crecer*

### Feminismo y salud de las mujeres: historia de un divorcio

Hace tiempo, Mari Luz Esteban (médica, antropóloga y feminista), en el marco de un curso de Caps, repasando el papel del feminismo en relación con la salud de las mujeres, nos recordó que la salud había sido un tema central para el movimiento feminista durante los años setenta, el cual contaba entre sus luchas con la del aborto, la separación entre sexualidad y reproducción, el autoconocimiento.... Que fue la época del movimiento de desnaturalización de las mujeres, es decir, el cuestionamiento de la identificación mujer-maternidad, y del desarrollo de los centros de planificación familiar que incorporaban al concepto de visita ginecológica la atención multidisciplinar, la educación para la salud y, sobre todo, el favorecimiento de la toma de decisiones personales de las pacientes.



## La RED-CAPS. virtudes y peligros de una red de profesionales

Pero, desde los años noventa, el tema de la salud ha ido quedando progresivamente circunscrito al ámbito profesional. La principal consecuencia de este alejamiento es que el discurso médico y los avances científicos (farmacológicos, genéticos) han dejado de ser mirados críticamente desde el feminismo, y la nueva oleada de naturalización de las mujeres (ver el discurso con que se cimenta la floreciente industria de la reproducción asistida, por ejemplo) no está conllevando una reacción por su parte.

El hecho de que el feminismo como movimiento global se desentienda del tema de la salud (cosa que no ocurre con la violencia, por ejemplo, respecto a la que cualquier grupo, independientemente de su área de trabajo, tiene, y se siente con autoridad para ello, una opinión) y deje todo debate en manos de los y las profesionales, tiene varias consecuencias:

- El fortalecimiento de la idea de que la salud es cosa de profesionales, que son sólo ellas/os quienes tienen autoridad para hablar del asunto
- Con la pérdida consiguiente de la autoridad de cualquier otra persona (cualquier otra mujer) para pensar, criticar, proponer...
- Y la pérdida del protagonismo de las mujeres (de las personas/sujetos) respecto de su propia salud. Pérdida, por tanto, de uno de los logros del movimiento feminista de los años setenta.

- La pérdida potencial de la dimensión política de la salud, al poder quedar reducida a una concepción únicamente técnico-biológica o a lo sumo psicológica, pero ahistórica, asociológica, antropológica... APOLÍTICA.
- Y, por último, la soledad en que se deja a las profesionales, doble soledad: una respecto del sistema, si le son críticas, y la otra respecto de las demás mujeres.

## La Red-Caps navegando en aguas procelosas

En este marco surgió inicialmente nuestra red, para paliar la "soledad de las profesionales" (médicas, fundamentalmente) que estaban pensando, viendo, sintiendo que habría que trabajar de otra manera, que el sistema sanitario vigente es inhumano con las/os pacientes y con las/s profesionales (más con las que con los), que las pacientes están siendo discriminadas en la investigación y mal atendidas, por consiguiente, pues faltan conocimientos para entender sus demandas, que estudiaron unas cosas en la carrera y se encuentran otras distintas en al consulta para las que no tienen respuesta..., médicas desperdigadas por todo el estado, preguntándose en su soledad si serían las únicas que se daban cuenta de todo esto o es que estaban locas. La red surgió, pues, en primer lugar como un gran grupo de ayuda mutua. La otra justificación para poner en marcha esta red de profesionales era la percepción de que los cambios se producen en cuestiones concretas y el debate entre profesionales permite ir al detalle, a las actuaciones, los protocolos, los tratamientos, las actitudes. Permite detectar, además, la deriva hacia la medicalización innecesaria o los sesgos de género escondidos a veces en sutilezas difíciles de identificar para las no profesionales. Y permite, también, criticar y hacer

propuestas a las políticas públicas de salud en un idioma que los que las hacen puedan entender.

Sin embargo, poco a poco la, en un principio concebida como red de médicas, se ha ido contaminando con mujeres de otras profesiones, en su mayoría psicólogas, aunque también enfermeras y una representación más o menos sucinta de sociólogas, antropólogas, trabajadoras sociales, periodistas, historiadoras, documentalistas...Lo que le ha obligado y permitido (a la fuerza ahorcan) debatir sobre los temas de salud con una perspectiva más global, biológica y a la vez social, psicológica, cultural...

Este esfuerzo de todas, de acomodar la mirada a otras lentes, está siendo trabajoso pero muy rico. No obstante, el ingrediente que está evitando que la red caiga en todos aquellos peligros derivados del divorcio entre profesionales y movimientos sociales, que enumeré al principio, es, desde mi punto de vista, la ideología feminista de muchas de las participantes, su pertenencia a grupos de mujeres, su militancia, a menudo anterior a la práctica profesional. El feminismo, un atributo menos objetivable que un título académico, da cuenta de un posicionamiento político de la mujer como persona (no solo como profesional) y le permite un acceso a las mujeres y sus asuntos (incluida a sí misma) desde otro lugar menos connotado de autoridad y saber oficial. Este ingrediente es el que está permitiendo romper una y otra vez con la inercia de buscar el discurso pretendidamente "objetivo-científico", tentación en la que pueden caer las médicas más fácilmente, o en el discurso de la subjetividad sin las consideraciones culturales que el género desvela, al que por formación propenden las psiconalistas, por ejemplo.

## Feminismo y salud de las mujeres: una necesidad

Desde la Red-Caps y desde la Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya (red de grupos de la que Caps también forma parte) estamos trabajando para que el feminismo en su conjunto retome, como temas prioritarios sobre los que debe pronunciarse, cuestiones tales como la patologización creciente de la menopausia (que justifica todo tipo de discriminaciones, no solo sanitarias, también sociales, laborales y culturales, y autoriza la medicalización generalizada de las mujeres), la mala salud de las cuidadoras, que son casi todas las mujeres (punta del gran iceberg de la desatención de los niños pequeños, ancianos y enfermos por parte de la comunidad como tal), el auge de las nuevas tecnologías reproductivas y de la ingeniería genética (que significa una nueva forma de explotación de las mujeres convertidas en bancos de óvulos, en proveedoras de materia prima para la industria), el nuevo derrotero que ha tomado la investigación de anticonceptivos que apunta como objetivo final a la abolición de la regla (lo que unido a la terapia en la menopausia significa, de hecho, la hormonación de las mujeres desde la pubertad hasta la ancianidad), los denodados esfuerzos de la industria por reducir la sexualidad femenina a un proceso meramente funcional (síndrome de disfunción sexual femenina) al que poder aplicar una "viagra"...

El estado de salud de las mujeres, y el modo en que se aborda, son un indicador, tan bueno como la violencia o la discriminación laboral, de la situación de subordinación de las mujeres en nuestra sociedad, y de la objetualización a que el sistema económico en que vivimos nos ha reducido a todas y todos. Sería interesante que el feminismo en su conjunto (como movimiento social revolucionario que es) no se inhibiera y ocupara su papel de interlocutor político de las/os profesionales de la salud.

# Revista Mujer Salud: Politizando La salud y Los derechos de Las humanas



**Adriana Gómez**  
Editora revista  
Mujer Salud (RSMLAC)

Hace 22 años, es decir, en 1984, la naciente Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC –cuya coordinación se asienta en Santiago de Chile– definió como una de sus tareas principales la creación de un vehículo de información destinado a servir de canal de intercambio y comunicación entre las organizaciones afiliadas. Surgió entonces su Boletín, que al cabo de unos años se transformó en revista trimestral, editada tanto en español como en inglés. En 1995 adoptó su nombre actual: Revista Mujer Salud / Women's Health Journal, con un diseño moderno y una extensión aproximada de 80 páginas.

¿Hasta dónde llegamos?  
Principalmente a América Latina y el Caribe, pero también a Estados

Unidos, Canadá. Asimismo a Europa, África, Asia y Oceanía. Es decir, ¡¡cubrimos el planeta Tierra!!; pero sin duda nuestras lectoras se asientan mayoritariamente en Las Américas y España. Quienes la reciben son miembros de la Red y también hay suscriptoras.

Comenzamos en una época cuando el internet y el correo electrónico eran aún instrumentos desconocidos, raros y atemorizantes; por supuesto estaba el fax. No fue fácil editar una publicación para una membresía diseminada en países tan distintos y lejanos, e identificar temas de interés nacional, regional y universal. Para recopilar informaciones y noticias, recurríamos a otras publicaciones, a contactos directos, a conversaciones compartidas, a reuniones. Se ilustraban entonces con caricaturas geniales de un dibujante chileno –Guillo– que se hicieron muy conocidas. Incluso ahora muchas personas recuerdan, por ejemplo, su dibujo de un condón sonriente, sacándose el sombrero ante una mujer, que apareció acompañando un artículo sobre la epidemia del SIDA. O aquel donde una mujer se veía encadenada a un cigarrillo, que la aplastaba con el peso de la adicción.

Pronto comprendimos que las mujeres –chilenas, españolas, asiáticas, africanas, norteamericanas o

brasileñas– compartíamos un mismo reto: desafiar el sistema patriarcal hegemónico que nos ha enfermado, discriminado y oprimido a través de los siglos, afectando de paso nuestra salud física y mental. Sistema que, sin embargo, hoy flaquea pues es evidente que produce malestar no solo en las mujeres, sino en la sociedad en su conjunto.

Sin duda la salud ha sido un espejo nítido de esta realidad. Las mujeres nos enfermamos distinto que los hombres, vivimos más pero vivimos peor, envejecemos con una gran carga de discriminación sobre nuestros hombros, nuestra sexualidad encuentra dificultades para expresarse como un real ejercicio de placer y liberación, nuestras maternidades nos cobran una cuota de dolor, sobre todo cuando no han sido deseadas.

Así hemos intentado expresarlo en nuestra Revista Mujer Salud. Nuestra visión siempre ha sido, por lo tanto, una mirada política sobre temas tan diversos como la nutrición, el parto, la menopausia, el medio ambiente, la violencia o el acceso al aborto seguro, por nombrar algunos, tópicos unidos por un mismo gran concepto: la salud como un derecho humano y como un ejercicio de ciudadanía. Pues entendemos que las mujeres, a pesar de que estamos insertas cada vez más en el mercado laboral y en



el sistema educativo, que cada vez más accedemos al mundo público y a cargos de decisión, no seremos ciudadanas plenas si nuestra salud y nuestro cuerpo siguen estando limitados y constreñidos por la opresión patriarcal.

Esto nos ha planteado, además, la urgencia y la necesidad de abordar temas bastante abstractos tales como ejercicio de derechos, autonomía, ciudadanía, empoderamiento, integridad corporal, salud integral, entre otros, en una forma tal que sean comprendidos y aprehendidos por quienes nos leen. De otra forma no lograrán un impacto.

En este avanzar de 22 años, hemos tenido distintas y ricas experiencias: desde reportear reuniones internacionales tales como la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing, hasta compartir los encuentros feministas latinoamericanos y del Caribe, y los Encuentros Internacionales Mujer y Salud. Desde vernos citadas en bibliografías universitarias de alto nivel, hasta contemplar cómo nuestras ediciones se distribuyen en espacios públicos donde las mujeres de base se instruyen sobre sus derechos. Desde ser vilipendiadas por los sectores fundamentalistas mundiales, hasta ser aplaudidas cuando luchamos por demandas históricas del feminismo tales como la maternidad voluntaria, la libre opción sexual y la diversidad de familias.

Hace alrededor de 10 años fuimos aludidas en la página editorial de un periódico de la derecha política chilena —El Mercurio— en relación a una de nuestras revistas que escribió acerca de la sexualidad de las mujeres, denominándola como “un camino en construcción”. Entonces “osamos” hablar de... masturbación femenina, opción lésbica, sexualidad en la madurez, e incluimos una foto de una hermosa muchacha desnuda observando su vulva, sin asomo de inhibición. Fue demasiado para las vetustas cabezas que escribían en dicho periódico, pero ¡que gran placer nos produjo haber provocado ese remezón! Fue como una tarea cumplida con creces en el ambiente chileno bastante conservador de ese entonces.

En otra ocasión una partera nos escribió: “ustedes cambiaron mi vida, al leer su artículo sobre humanización del parto, me dí cuenta cómo quería ejercer mi profesión y cómo el parto pertenece a la mujer, no al médico. Trabajaré para ello”.

Estos son dos sencillos ejemplos de lo que hemos vivido en este trabajo, que más que un trabajo, es una suerte de pasión.

Por todo ello, nos sentimos contentas con nuestra trayectoria, la que nos permitió incorporar, desde el año 1996, otra publicación: Cuadernos Mujer Salud / Women's Health Collection, que se edita anualmente sobre un tema prioritario sobre salud de las mujeres y sus derechos. Hemos cubierto una amplia gama de tópicos: mujer y trabajo, mujer y violencia, mujer y VIH/SIDA, mujer y acceso al aborto libre y legal, mujer y racismo, mujer y sexualidades, el envejecer de las mujeres, etc. No pecamos de soberbias si decimos que tiene una alta demanda, que hay números agotados, y que permite colocar las voces de reconocidas feministas al alcance de nuestras lectoras y lectores (pues también nos leen los hombres).

Hoy enfrentamos, sin embargo, grandes desafíos. Publicar en el siglo 21 es una tarea demasiado costosa. Conseguir que la cooperación internacional otorgue recursos para ello también es extraordinariamente difícil, aunque hasta ahora hemos contado siempre con este apoyo invaluable.

Podría pensarse que las nuevas tecnologías de la información nos están ofreciendo otras alternativas de comunicación feminista en salud, a costos más accesibles y con un alcance y rapidez mucho mayor. Así, la globalización de las comunicaciones no sería una amenaza sino una aliada. De hecho tenemos un sitio web con noticias institucionales de la Red e informaciones de salud de las mujeres ([www.reddesalud.org](http://www.reddesalud.org)).

Sin embargo, no tenemos la certeza de que toda nuestra membresía diversa tenga acceso garantizado a dichas tecnologías. En un mundo donde las desigualdades de ingreso y goce de los beneficios del desarrollo son brutalmente evidentes, sostenemos que aún las publicaciones en papel son una herramienta insustituible para quienes carecen de dichos beneficios que la tecnología provee.

Es por ello que queremos seguir llegando con nuestra edición impresa tanto a las bibliotecas universitarias como a los pueblos rurales donde las mujeres de base la reciben agradecidas, la reproducen y la difunden. Asimismo a las estudiantes que las ocupan en sus propios espacios de capacitación. Y queremos seguir siendo útiles en las actividades callejeras y en las mesas informativas que instala el movimiento de mujeres en aquellas fechas emblemáticas del feminismo internacional, cuando la defensa de los derechos humanos, de la salud y la ciudadanía de las mujeres son nuestros lemas de acción.

# Estrategias de autoestima de una mujer de setenta

Anna Maria Palè

Queridas amigas,  
Este escrito va dedicado principalmente a todas las que os sintáis identificadas con mi experiencia... y a todas vosotras.

Me presentaré, me llamo Anna Maria, soy una persona de las que llaman “del montón”, tengo estudios primarios... soy, sencillamente, una mujer.

Yo, como todas vosotras o la gran mayoría, he pasado por momentos de dudas y de oscuridad en mi desarrollo como persona. Procedo de una generación a la que no estaba permitido opinar ni contradecir a los mayores, en la que la religión vetaba la libre expresión, culpabilizaba a quien no lo hacía y le imponía penitencia. El lema era no discutir y aceptar lo que mandaban los que se creían en posesión **de la verdad**. Pero lo que no podían detener era mi pensamiento. Yo tenía un gran afán por saber **cómo y qué** hacer para ser más persona y como conseguir tener un cierto autocontrol en la manera de comportarme para resistir la presión “doctrinaria”.

Un día hojeando una revista (me parece que era el Selecciones del **Reader's Digest**) leí que para mantener la calma y dominar en cierta manera tu mente, era suficiente dedicar dos minutos de las 24 horas del día a mantenerla en blanco. Que fácil, pensé...!!!! (Entonces tenía unos dieciséis años). Lo probé y más o menos lo estuve intentando hasta los treinta... pero no me acabó de funcionar... Otra frase, consejo o advertencia, que leí era que para captar la realidad que nos rodea debemos estar siempre con “las antenas abiertas”. También en un libro de **Père Perigère** pude leer: “No os hagáis demasiadas preguntas acerca de vosotros mismos, no os analicéis tanto, no os miréis tanto los propios defectos, el cansancio, y no pongáis tanto en duda vuestra

autoestima,,, porque corréis el riesgo de creer que no valéis nada. Sólo importa una pregunta: ¿hay que hacerlo? Pues se hace. Y ya está decidido, los resultados son excelentes...”

Yo no podía aprovechar este descubrimiento sino empezaba a aplicármelo a mi misma. Un ejemplo gráfico me sirvió para visualizarlo, es como cuando se echa una piedra sesgada en un lago y se van formando círculos cada vez más grandes...

Como mujer casada y con una tintorería que llevar, mi vida era muy nimia: Trabajar, comer, dormir y disfrutar los días festivos... ser una buena persona e ir tirando... Veía que a aquella vida tan “normal” le faltaba algo que hacer en relación a la gente. Eran los años sesenta en los que el gobierno de España era una Dictadura. El derecho de las personas no existía. Los pobres estaban desprotegidos, el estado no se ocupaba: si estaban enfermos no podían pagar un médico... ¿Qué podía hacer una tendera que estaba pendiente de su negocio en la tienda y en el taller? A pesar de que realizaba mi trabajo con mucho placer, el trabajo sólo es el trabajo... y en la calle había necesidades y yo no hacía nada. Dándole vueltas me di cuenta de que tenía unas horas para mí, las de la peluquería. Una tendera tiene que tener buen aspecto y por eso este tiempo no se discute, estaba bien visto.





Mi estrategia fue dejar de ir a la peluquería y quedarme el dinero y el tiempo para "otras cosas" (estuve once años sin poner los pies en una peluquería).

En aquel tiempo, era a través de la Iglesia que se ayudaba a la gente, a través de la caridad. Por lo tanto, hacerlo no comprometía la propia imagen ni la de tus familiares. Además, me reunía con otras compañeras para hacer "revisiones de vida" de siete a ocho de la mañana, antes de abrir la tienda. . . ¿quien me podía poner objeción a esto?.

Había tomado una decisión que me daba libertad y que yo consideraba justa. Esta libertad me obligaba a vivir en positivo, a estar alegre y a hacer bien mi trabajo mostrando bienestar con las personas con las que trabajaba. Pero podía hacerlo porque estaba de acuerdo con mi decisión y, además, tenía una ayuda interior (**no vista**), los minutos de silencio ya mencionados y dejarme de hacer preguntas sobre lo que tenía que hacer y hacerlo.

En los años sesenta empezó el Movimiento de Objetores de Conciencia (MOC), la gente se empezaba a manifestar a favor de la paz (con un cierto temor). Yo creía en ello pero no podía asistir porque no estaba bien visto como tendera, ni tampoco por mi familia. ¿Sabéis que hice? (algo que nadie me podía impedir): llevar encima algo que visualizase la paz, que

consistía en una aguja en la solapa con la paloma de la paz con el olivo y otra con el casco de un soldado y una flor en vez de un arma. . . Lo llevé mucho tiempo.

De esta manera sencilla, mi pequeño "ego" estaba orgulloso. Podía mostrar mi rechazo a un sistema, sin inquietar a mi familia.

No hace mucho que comprendí aquella frase tan repetida de "La caridad bien entendida empieza por una misma" y que viene a decir "Yo soy lo mejor que tengo, soy lo que más quiero". Porque ¿cómo se puede hacer la vida más agradable y positiva a los demás si una misma es la primera deprimida insatisfecha y amargada? Este descubrimiento me llevó a decir "tengo que ser feliz, no puedo privarme de todos los gustos, he de respirar felicidad y paz". Entendí que hacer sacrificios no lleva a ninguna parte, que sólo te crucifican, te hacen daño y al mismo tiempo te envanecen y te hacen creer que eres "buena" y mejor que los demás. Y me puse manos a la obra:

La primera vez que fui consciente de que empezaba a pensar en mí, fue con algo muy sencillo que aun me da ganas de reír: Estaba en la cocina preparando la comida, cocinaba conejo y pollo asado, cuando estuvo listo me dije, ¿por qué no te comes los riñoncitos del conejo si te gustan más que a nadie? Y dicho y hecho. . . Qué sabrosos. . . y puse por primera vez el asado en la mesa sin los riñoncitos. Este hecho fue como una metáfora, y creo que los sacrificios son en vano: sólo por la vida se pierde la vida.

Este hecho y otros los he vivido en mi intimidad, que es muy personal ya que preguntarlo no lleva a nada si no tienes claro que has encontrado tu propia estima. Creo en nuestra capacidad de personas racionales y que la verdadera fuerza la llevamos dentro de nosotros mismos. Sólo prevalece el amor.

Descubrí lo que significa amar leyendo el libro "**La fuerza de amar**" de Martin Luther King (Cap. 5). "**Estamos**

**obligados a amar a los otros, no a que nos gusten**". . . Entender esto me hizo libre, me desangustió. . . ya que personas muy cercanas, incluso familiares, me hacían sentir culpable porque no me gustaban.

Amar a todo el mundo es posible si te adentras en su significado. He aprendido a decir **Sí**, he aprendido a decir **No** a riesgo de no ser comprendida. Para mí esto es libertad, algo que hay que ganarse.

Una cosa primordial para el ser humano (por tanto para mí), es hacer "**desierto**" me refiero a parar, a escuchar a la gente; la forma de vida actual nos lleva a correr, a sumergirnos en un "torbellino constante".

En este punto de ansiedad hay que buscar y encontrar un espacio en el que poder descansar y detenerte, y sólo es posible encontrarlo si tienes las antenas debidamente conectadas.

Los semáforos nos obligan y nos dan ocasión de detenernos mientras pasa del rojo al verde. En esta espera es posible hacer un repaso del propio cuerpo, desde la cabeza hasta los pies, tanto por dentro como por fuera. No quiere decir que siempre lo haga pero sirve para desconectar, aunque sea muy brevemente.

Otra cosa que puse en práctica, fue no hacer partícipe de mis vivencias a la gente con la que convivía, ya que no entendía mi visión de la vida ni quería discutirla. Por ejemplo: Si sabes que una persona tiene alergia a un producto alimentario que le produce vómitos, evitarás cocinarlo y lo substituirás por otro ¿no? Este razonamiento me evitó y me evita perder el tiempo.

En fin, creo que he llegado a un grado de "autoestima" muy aceptable, aunque si os fijáis no es para hacer sólo lo que yo quiero, a capricho, sino que, sin darme cuenta, casi todo lo que hago va dirigido a los demás pero con total **libertad**. !Esto es genial!

# LA DIETA sostenible



**Montserrat Palacín**

Médica naturista

Durante los casi 20 años en que trabajé como médica nutricionista en un Curhotel de la Costa Brava, tuve la excelente oportunidad de prescribir a centenares de pacientes ayunos más o menos prolongados, curas de fruta o de alimentos vegetales crudos y pude verificar cómo mejoraba, a medida que pasaban los días de dieta restrictiva, su aspecto y su estado de salud. También mejoraban, paralelamente, algunos parámetros sanguíneos, en particular la glicemia, colesterolemia, transaminasas, urea... (sólo el ácido úrico podía aumentar ligeramente de forma transitoria). Después de ver desfilar a tantos curistas, conocer sus hábitos dietéticos, forma de cocinar y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, abuso de fármacos, etc.) y viendo el grado de deterioro que cada uno de ellos presentaba, llegué a la conclusión de que **la dieta que mejor conserva la salud es –y no creo que por azar-, también la más sostenible para el Planeta Tierra.**

¿Qué significa dieta sostenible? **Es una forma de alimentarse solidaria con los pueblos desfavorecidos.** Nosotros, los occidentales, podemos permitirnos comer “de todo” y en exceso. Podemos ir a un restaurante y gastar una fortuna en platos de gourmet, tirar la comida sobrante, consumir falsos

alimentos, falsas bebidas que cuestan muy caras al medio ambiente, pues para fabricarlas se necesitan materias primas, energía y agua, generan toneladas de basura y su contenido nos intoxica de forma insidiosa, contribuyendo a las llamadas enfermedades de la civilización.

Esa intoxicación debida a los falsos alimentos es lo que el Dr. Jacques Fradin, creador del concepto “Alimentation hypotoxique”, llama xenobióticos: sustancias extrañas a nuestras vías metabólicas que quedan depositadas en los tejidos porque son difíciles de eliminar. Para poner un ejemplo, cada vez tenemos más cúmulo de ácidos grasos transformados por el calentamiento de los aceites.

Pero nosotros persistimos: queremos nuestra ración de carne, pescado, pollo y embutidos diariamente, a veces en las tres comidas. Queremos bebidas artificiales para apagar la sed que esos comestibles cargados de sal, azúcar o saborizantes nos producen, queremos seguir consumiendo galletas, bollería pringada de grasa, harinas refinadas, pan blanco, aceites recalentados.... Sólo hay que ver lo que contiene cualquier carrito de supermercado. Una buena parte del presupuesto familiar se desperdicia en comestibles que no van a hacer otra cosa que perjudicar

la salud de quien los compra. Pero la desinformación es inmensa y al sistema le va de maravilla que siga siendo así. ¿Resultado? Sólo hay que ver las salas de espera de los ambulatorios, la ocupación de camas en los hospitales, la aparición de nuevas enfermedades, el aumento de los cánceres en personas cada vez más jóvenes. La desinformación tiene un precio.

Los consumidores que somos conscientes de esa intoxicación colectiva, nos sentimos literalmente indefensos. El sistema sanitario, en lugar de defendernos, le hace el juego a la industria química, farmacéutica y alimentaria, minimizando su abuso de poder, esgrimendo conceptos absurdos como el de “dosis máxima autorizada” ¿Con qué derecho se atreven a “autorizar” cualquier dosis de tóxicos? Así, el aire, el agua y los alimentos son impunemente contaminados con pesticidas, detergentes, disolventes, aditivos, manipulaciones genéticas, antibióticos, hormonas, metales pesados etc., crece la fabricación de comida basura y la cría de animales enfermos (véase vacas locas como la punta de un iceberg siniestro). Y los que queremos cuidarnos un poco y nos inclinamos por los vegetales, nos vemos obligados a comer lechugas que contienen pesticidas con actividad estrogénica que, según



algunos estudios, disminuyen la fertilidad de los hombres y aumentan el riesgo de cáncer de mama de las mujeres, por poner un ejemplo.

Médicos y nutricionistas tenemos el deber de denunciar esta situación de indefensión que nos afecta a todos, ya que no lo hacen las autoridades competentes. Cuando damos consejos dietéticos podemos optar por no implicarnos, seguir con las típicas dietas de cara obtención y, por tanto, asequibles sólo para los occidentales o podemos introducir el concepto de dieta solidaria.

La mayoría de las dietas que prescriben mis colegas todavía no van en esta dirección, siguen siendo dietas no sostenibles: carne, pescado, pollo, lácteos —eso sí, desnatados- varias veces al día. A menudo tengo la sensación de que han sido diseñadas por un experto contable y no por un nutricionista, calculando minuciosamente las calorías, el porcentaje de proteínas, grasas y carbohidratos... pero sin tener en cuenta para nada **el valor biológico de cada caloría**: ¿dónde queda este concepto fundamental?. Por ejemplo, al recomendar dos cucharadas de aceite, no se precisa si se trata de un aceite cualquiera, refinado, o un verdadero aceite obtenido por presión en frío

o si los 250g. de pan son de ese desvitalizado pan blanco y/o del falso pan integral o bien de un pan elaborado con harina biológica y levadura madre. O si los omnipresentes 150-300 gramos de proteína animal, deben proceder de crianza biológica para que no contenga hormonas, antibióticos ni el animal haya sido criado en abominables granjas, "alimentado" con piensos artificiales, sin apenas poder moverse y con un grado de crueldad extremo. Y respecto a la forma de cocinar, se sigue aconsejando la plancha, en lugar de la saludable cocina al vapor, sin tener en cuenta que las elevadas temperaturas transforman la materia orgánica en sustancias tóxicas.

Si queremos prevenir de verdad las enfermedades degenerativas, no tenemos más remedio que tener claros estos conceptos nutricionales, que van mucho más allá de la mera elaboración de una dieta.

En cuanto a los enfermos, el papel del médico y del nutricionista es fundamental para enseñarles la propia responsabilidad en el proceso de su curación y ello pasa inevitablemente por comer de forma sana. Hay que enseñarle a suprimir aquellos alimentos que causan estreñimiento, obesidad, diabetes, arteriosclerosis...

¿Y qué ocurre en los hospitales? Existe una indiferencia total respecto a lo que debería ser una alimentación sana. He visto pacientes con enfermedades graves cuya dieta contenía proteínas animales en las dos comidas, mezcladas con salsas aceitosas o tostadas al horno o a la plancha, pan blanco, azúcar refinado, arroz blanco, margarina, zumos artificiales... Eso sí, con cuatro hojas de lechuga o algún otro vegetal de acompañamiento. Y casi todos tomando laxantes, para combatir el natural estreñimiento que genera ese tipo de dieta tan pobre en fibra y vitaminas.

A veces confundimos la verdadera medicina preventiva con la detección precoz (detectar algo, aunque sea precozmente, significa que no se ha prevenido, no nos engañemos). Si queremos hacer una verdadera prevención, tenemos que seguir las sencillas y sabias palabras de Hipócrates: "que tu alimento sea tu medicina, que tu medicina sea tu alimento". Pero como los alimentos sanos son cada vez más escasos, tenemos que considerar también el alcance ecológico de nuestra profesión.

Si seguimos prescribiendo proteínas animales, debería ser en cantidades mínimas o bien dejarlas "para las grandes ocasiones", pues su obtención

es muy cara. En efecto, para que un animal nos proporcione 1Kg. de proteína magra, debemos suministrarle gran cantidad de forraje, como por ejemplo, cereales, que podríamos comer directamente. De ese forraje, nos devolverá apenas un 25%, el resto lo utilizará para fabricar huesos, pelo, piel, grasa, estructuras que no consumiremos. O, para abaratar precios, debemos alimentarlo con piensos indecentes y anabolizantes, de manera que cojan peso rápido y puedan ir pronto al matadero.

¿Y el “valor biológico de las proteínas”? La dieta vegetariana, sobre todo si mezclamos una legumbre con un cereal, tiene un valor biológico equivalente a las proteínas animales, con todos los aminoácidos esenciales. Lo que nos enseñaron en la facultad –al menos a mí y espero que haya cambiado–, de que el 50% de las proteínas deberían de ser de origen animal, no tiene ninguna base científica. Para que una hipótesis sea válida, tiene que estar de acuerdo con los hechos, de lo contrario queda invalidada. Así pues, suponer que “necesitamos un 50% de proteínas de origen animal” para vivir es una hipótesis que queda invalidada por el simple hecho de que existen millones de vegetarianos en el mundo, incluso algunos frugívoros o crudívoros que ni siquiera consumen cereales, legumbres o productos lácteos. Quedan muchos conceptos por revisar en materia de nutrición. La facultad de medicina transmite enseñanzas maravillosas, pero también transmite errores que luego cuesta mucho erradicar.

Uno de los estudios epidemiológicos más significativos sobre hábitos dietéticos y salud es el emprendido por el Dr. T. Colin Campbell (Estudio Campbell) en 1983 con una muestra de miles de ciudadanos chinos, cuyas conclusiones preliminares van en la dirección de disminuir radicalmente la proteína animal, los lácteos, las grasas y las harinas refinadas. En realidad, el estudio Campbell es el más completo y bien diseñado que se ha realizado nunca, pero como sus

conclusiones van contra el sistema de consumo, apenas se han difundido en los medios de comunicación, salvo un artículo aparecido en Nature hace ya muchos años.

En resumen, lo que yo aconsejo a mis pacientes es adoptar, en la medida de sus posibilidades, una dieta total o parcialmente vegetariana, siguiendo las conclusiones alentadoras de muchos estudios que demuestran la superioridad preventiva de esta dieta. Evidentemente, todo el mundo conoce a omnívoros que han llegado a centenarios y vegetarianos con problemas de salud. Porque hay muchas variables que pueden influir en la aparición de enfermedades: el factor emocional, la familia, el trabajo, la herencia... pero lo más habitual es que los vegetarianos tengan mejor salud que los omnívoros y parezcan más jóvenes de su edad cronológica. Comer animales no es necesario ni conveniente, sobre todo si se trata de carne de animales enfermos y cocinada a altas temperaturas. Si bien es cierto que algunas especies de primates comen carne, la comen cruda y de forma ocasional.

Así pues, esa dieta ecológica (que en todo caso debe individualizarse), consta de frutas, ensaladas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos oleaginosos, aceites prensados en frío, algas, levadura de cerveza y, ocasionalmente, algo de proteína animal (huevos, yogurt, pescado, aves...). Creo que es la dieta más sana a nivel individual y colectivo. Si se puede sustituir la leche y derivados por leche de arroz, avena, quinoa, almendras o avellanas... mucho mejor.

En cuanto a los derivados de la soja, incluida la leche y el yogurt, después de leer los trabajos que cito en la bibliografía, aconsejo evitarlos. En primer lugar por el peligro de que sean transgénicos y además porque pueden crear hipotiroidismo, alergias, pubertad precoz y otras alteraciones hormonales en la infancia.

Uno de los descubrimientos del citado estudio Campbell es que los chinos,

que raramente toman productos lácteos, tienen menos osteoporosis que los occidentales. Otro pilar que se derrumba. La leche industrial es una gran fuente de toxinas, causante de muchas alergias, inflamaciones e intolerancias alimentarias, a juzgar por la clínica y por los estudios del Dr. Fradin y del Dr. Jean Seignalet, especialista en inmunología. Si deseamos seguir consumiendo lácteos, al menos que procedan de animales de crianza biológica, al igual que los huevos y la carne.

Una de las mayores dificultades a la hora de cambiar nuestra alimentación es, precisamente, el poder disponer de alimentos biológicos, pues resultan más caros y es tentador ir a la tienda de al lado en lugar de tener que desplazarse lejos y encima pagar más por ellos.

Pero nuestro único poder contra la industria fraudulenta es dejar de consumir sus productos y apoyar a los productores responsables. Si como médicos y nutricionistas tenemos claros estos conceptos, si a nivel personal intentamos ponerlos en práctica, no será difícil transmitírselo a nuestros pacientes. Tal vez así contribuiremos a un mundo más solidario. La única forma de ir minando el sistema es por la base, pues la cúspide es inaccesible, en ella están los grandes intereses desalmados, que mandan sobre los gobiernos.

### **Bibliografía:**

- Seignalet, Jean. “La alimentación, la tercera medicina” RBA Libros (2004)
- Joyeux, Dr. Henri.; “Alimentación y Cáncer”. Editorial Edad (1987)
- Cathérine Kousmine. “Salve su cuerpo”. Ed Javier Vergara (1977) (agotado: fotocopias en Plural 21) y “El método Kousmine”, Ed Urano (1989)
- El bebé es un mamífero (Michel Odent). Mandala Ediciones (1990) (agotado: fotocopias en Plural 21, e-mail: plural-21@plural-21.org)
- “Medicina Holística” N° 74 (2005) Dossier: Lo que no le han contado sobre la soja.
- Jane Planth. “Tu vida en tus manos. Cómo combatir el cáncer de mama” Ed. RBA Integral. (2001).

# EL MAGNESIO y Las mujeres



**Pilar Parra\***

Bióloga,  
experta en nutrición

Además de los problemas comunes a los dos sexos que la falta de magnesio produce, en las mujeres se observa:

- El tratamiento con magnesio mejora el dolor de cabeza, la ansiedad, la retención de fluidos y demás síntomas del síndrome premenstrual (interactúa con la Vitamina B6 para reducir los excesos de estrógeno y es esencial como cofactor en el metabolismo de los ácidos grasos, que median en la inflamación). En los estudios realizados se ha establecido su efectividad en un 70% de las mujeres.

- En un 84% de las mujeres que se probó, mejoró los síntomas de la dismenorrea, al relajar la musculatura del útero y por su papel en la inflamación, antes citado.

- Regula la actividad hormonal, y por lo tanto el ciclo menstrual, ya que es esencial para la interacción de las hormonas sexuales con los receptores de las células, esta interacción desembocará en la puesta en acción de los genes que estas hormonas regulan.

- En enfermas de fibromialgia y fatiga crónica (síndromes con una incidencia mucho mayor en mujeres) que tenían niveles plasmáticos de magnesio correctos pero este magnesio no podía penetrar en las células, al administrar magnesio junto con vitamina B6 (que mejora el paso al interior de las células del magnesio) los síntomas de estas enfermas mejoraban considerablemente. Lo que confirma la idea de que en algunos casos, estas enfermedades son debidos o empeoran por deficiencias nutricionales no establecidas.

- Mejora los vómitos, calambres y espasmos del útero en el embarazo.

- Un efecto colateral del magnesio en muchas mujeres es la mejora o desaparición del estreñimiento crónico. No se debe esto a que sea un laxante, sino a que el magnesio es muy higroscópico, así que todo el magnesio que tomamos que no se absorbe en el tubo digestivo capta una gran cantidad de agua, hinchando las heces, y provocando un efecto reflejo del colon para su expulsión, un efecto parecido al que hace la fibra insoluble que tomamos.

\*Ver MyS 16 "Las virtudes del magnesio"

## Bibliografía

- *La alimentación, la 3ª medicina.* Jean Seignalet. Editorial RBA Integral (2004).
- *El magnesio, clave para la salud.* Ana Mª Lajusticia. Editorial Edaf (2005).

# ¿Por dónde te dobl(e)gas?



## Malén Cirerol

Diafreoterapeuta

[www.diafreo.es](http://www.diafreo.es)

[malen\\_diafreo@wanadoo.es](mailto:malen_diafreo@wanadoo.es)

De qué forma nos doblegamos ante el/la otr@, ante el mundo, ante la vida, puede leerse en nuestra actitud corporal.

Hemos vivido todas alguna vez la experiencia de, en una primera impresión, intuir muchas cosas sobre la manera de ser de una persona. Especialmente antes de que su discurso y nuestras proyecciones hayan enmascarado esta comunicación no verbal.

Comunicación que suele quedar al nivel instintivo puesto que la mayor parte de las veces no somos conscientes del porqué recibimos esta primera impresión. Por ejemplo, de por qué una persona nos parece sumisa u orgullosa o altiva, o bien nos sentimos confiadas o intimidadas por ella.

Por descontado, también nosotras, con nuestro cuerpo, transmitimos un mensaje inconsciente con el que nos comunicamos y por el que atraemos a un determinado tipo de personas y de circunstancias.

Nuestra actitud corporal es la fuente de este lenguaje de inconsciente a inconsciente y tiene que ver con nuestra sensación profunda interna, puesto que contrayendo y cerrando ciertas vías o bien abriéndolas y dejando pasar, cerramos o dejamos paso a informaciones y expresiones, hecho que condiciona la percepción que tenemos de nosotras mismas y nuestra relación con el mundo.

A lo largo de la vida vamos cambiando nuestra forma de pensar pero, al permanecer escritas nuestras experiencias en el cuerpo y manteniendo el mismo código corporal, continuamos recibiendo una información sesgada y provocando en los demás el mismo tipo de reacción, por lo que acabamos encontrándonos una y otra vez ante situaciones similares.

Desde esta óptica, cambiar uno de los puntos más básico de nuestra actitud corporal puede tener una vital importancia.

En Diafreo trabajamos previamente el estiramiento y la relajación de la musculatura y los bloqueos que fijan estas actitudes; pero debido a la cantidad de información que, a partir de una pequeña toma de conciencia puede derivarse, me animo a proponeros esta experiencia.

## El pliegue

Nuestra actitud básica ante la vida, nuestros puntos de sumisión, de contención se manifiestan, en gran parte, en lo que llamo el pliegue.

Este pliegue marca en gran parte nuestra actitud corporal por lo que tiene mucho que ver con nuestro psiquismo, con nuestra actitud ante la vida y también con nuestra forma de mostrarnos y de captar el exterior.

Y también con muchos de nuestros dolores de espalda.

Este pliegue se acentúa cuando estamos muy cansadas, cuando nos enfrentamos a una situación difícil y cuando nos sometemos ante alguien o ante la vida.

Está marcado en nuestro cuerpo en la parte anterior y en un punto preciso. Este punto es diferente en cada persona, porque diferentes son las experiencias, y sus significados. Y diferente también era el nivel de



maduración del sistema nervioso en el momento en que se instauró este mecanismo defensivo.

## Es relativamente fácil detectarlo.

Si quieres explorarlo te propongo colocarte sentada en el suelo con las piernas estiradas y los pies juntos.

Busca tu postura cómoda, permitiéndote arquearte hacia delante.

En esta posición, si pasas tus dedos desde el pubis hasta el cuello, encontrarás algunos pliegues que se han marcado. Habrá uno de ellos más profundo. Este es el pliegue por el que te doblegas. Este punto siempre corresponde a unas vértebras en la espalda, que están fijadas hacia atrás (en cifosis) y son más prominentes, situadas uno o dos dedos más arriba del nivel del pliegue.

Aunque será menos preciso, puedes seguir el mismo proceso sentada en una silla.



Una vez situado este pliegue más profundo, lo podrás detectar también, aunque de forma un poco más sutil, cuando te pongas en pie.

Puede estar en cualquier punto anterior del cuerpo. Los lugares más frecuentes son: justo antes del pubis, en el nivel del ombligo, del estómago, de la punta del esternón; puede ser también un hundimiento en el hueso del esternón e incluso puede situarse muy arriba en la base del cuello, al final del hueso del esternón, siendo la contrapartida de "la bola de bisonte" (7ª cervical).

También puede haber más de uno aunque siempre habrá uno más marcado.

Al andar quedará hundido y, en cierta forma, será el último punto que avanza.



## Una experiencia

1.- Por lo tanto después de haber detectado donde lo situas, lo que te propongo es ponerte de pie y acentuarlo. Exagéralo para poder descubrir su significado. Respira, anda, con el pliegue bien marcado intentando percibir tu sentimiento, tu expresión. ¿Qué significa para ti doblarte en este punto?

2.- La segunda propuesta es aprender a abrirlo.

Para ello te propongo sentarte en una silla apoyando bien la parte posterior de las nalgas para evitar compensar excesivamente en la zona lumbar; una vez sentada, busca la forma de enderezar tu cuerpo, no como siempre, sino a partir de la apertura del pliegue.

Para ello, al coger el aire, en la inspiración, endereza el cuerpo desplegándolo como un abanico, o un acordeón abriendo especialmente el pliegue. Hundiendo tus dedos en él podrás darte cuenta si realmente lo abres.

Al expulsar el aire, en la espiración, hay que mantener el pliegue abierto. No volver a plegarlo, sino soltarlo hacia delante, como si abrieras unas compuertas o una flor. Sin tensión. Sin forzar.

Puesto que éste es uno de nuestros puntos de defensa más importante no será tarea muy fácil lograrlo. La musculatura, que se habrá acortado y contraído para fijar la postura, se resistirá a soltar su tensión. Y aparecerán, tanto al nivel físico como emocional, lo que llamamos resistencias, que se manifestarán mediante compensaciones, con un intento del cuerpo para recuperar la tensión en otro sitio.

El principal punto que hay que observar es el apoyo de las nalgas: los ísquiones (huesos en las nalgas) no deben perder el contacto con la silla. Las piernas no deben separarse.

No hay que enderezarse al precio de tensión. Enderízate como si lo hicieras a cámara lenta. No debe haber tensión en los hombros, ni en el cuello, ni en la cara. Se abre el pliegue en la inspiración y se mantiene abierto soltando toda la tensión posible en la espiración.

Sabremos que hemos abierto realmente el pliegue, y no el lugar más fácil, cuando las vértebras de la espalda que le corresponden, (que estaban fijadas hacia atrás) también se hayan movido, metiéndose hacia dentro.

Una vez encontrado el movimiento ya puedes ponerte de pie.

Te propongo por ejemplo que vuelvas a abrir el pliegue (¡cuidado que no sea al precio de contraer la zona lumbar!), y que eches a andar como si quisieras que la zona del pliegue avanzara en primer lugar. Como si un hilo sutil tirara de él para hacerte avanzar. Siempre observando la respiración.

¿Puedes hacerlo sin poner tensión en otra parte del cuerpo? (nalgas, estómago, hombros, cuello, cara...)

## La observación

### Observa primero tu sentimiento profundo

¿Qué sientes al estar, al andar, con el pliegue abierto?

¿Qué implica?

¿Por qué crees que tu cuerpo huye habitualmente de esta expresión, doblándose?

### Cierra el pliegue de nuevo, anda y siente la diferencia.

### Después mírate en el espejo con el pliegue abierto, con el pliegue cerrado:

¿Qué expresa tu cuerpo de una forma y de otra?

¿Qué transmites?

### A partir de esta información observa tu vida cotidiana.

### Puedes empezar por ensayar andando de forma diferente por la calle. Avanzando la zona del pliegue en primer lugar.

¿Cuándo puedes, y cuando no, ir con el pliegue abierto?

### Y, en tu día a día:

¿En qué situaciones, con qué personas, te resulta más fácil abrir el pliegue?. Intenta enfrentarte a aquella situación difícil saliendo con el pliegue abierto.

Todo ello te aportará mucha información, muchos datos sobre cuándo y por qué te doblegas; sobre algunos de tus sentimientos escondidos.

Información sobre con qué personas y en qué situaciones necesitas defenderte, protegerte o esconderte y cuando, y con quien, puedes abrirte.

Si te cuesta permanecer con el pliegue abierto (siempre soltándolo hacia delante), podrás percartarte de qué actitud es la que te cuesta mantener, qué te resulta difícil expresar y, quizás, percibir porqué te resulta problemático.

Y también podrás darte cuenta de cómo, cambiando tu lenguaje corporal, recibes respuestas diferentes.

Abrir o no abrir este pliegue va mucho más allá de un cambio físico como podría aprender un actor en los diferentes personajes que interpreta. Nos obliga a una reflexión sobre nosotras mismas, sobre nuestros miedos, y, muchas veces, nos pone frente a una realidad que disfrazábamos. Nos da una herramienta para explorar la experiencia del cambio y puede resultar interesante observar como nos resistimos a ello.

Como todo camino hacia el cambio, hay que echarle una buena dosis de constancia y auto-tolerancia.

La forma de nuestro cuerpo y nuestras actitudes no son caprichosas. Nos ayudaron a sobrevivir psíquicamente en circunstancias difíciles. Por lo tanto transgredir estos mensajes de seguridad requiere amor, paciencia y valentía.

# EXPLORACION Y TOMA DE MUESTRAS A MUJERES VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES

## Tratar bien La violencia sexual



**Angeles Sepúlveda Gª de la Torre**  
Especialista en Medicina Legal y Forense. Sevilla

La violencia sexual es la violencia de género por excelencia, en ella están presentes todos los mecanismos de poder, desigualdad y cosificación de las mujeres, lo que unido al secreto y privacidad que la rodea, hace que se convierta en el más oscuro y secreto maltrato posible; está sometida a una serie de prejuicios e ideas erróneas producto de la sociedad sexista y patriarcal, que justifican al agresor y culpabilizan a la víctima. Los/as profesionales que atienden a las víctimas de violaciones no están libres de estos prejuicios, y a veces se dejan traslucir en sus actitudes, o comentarios, lo que unido a la penosa situación de tener que pasar por la Policía, el Juzgado, someterse a varios reconocimientos médicos, etc. . . , hace que la respuesta social a la víctima sea para ella en ocasiones más agresiva que la propia agresión sufrida.

La víctima de una agresión sexual ha vivido una situación de peligro para

su vida, con gran choque emocional, a veces con graves lesiones; por ello la violación debe ser valorada como una urgencia médica, que precisa de un trato específico y preferente, y una asistencia protocolizada e integral. Por otra parte, la víctima es en sí misma fuente de indicios, datos, huellas, de signos de violencia impresos en su cuerpo, en sus ropas y en su estado psíquico, lo que hace necesario para la persecución del delito, que se le practiquen los reconocimientos forenses y la toma de muestras. En este sentido las mujeres que sufren violencia sexual se ven sometidas como mínimo a un doble reconocimiento médico: por una parte el de tipo sanitario clínico destinado a la cura de sus lesiones, tratamiento psíquico y prevención de embarazos y Enfermedades de Transmisión Sexual;

La violencia sexual es violencia de género por excelencia, en ella están presentes todos los mecanismos de poder.

por otra parte el reconocimiento Forense necesario para la toma de muestras y la práctica de la Prueba Pericial Médica. Para evitar la duplicidad de actuaciones lo ideal es que el personal facultativo conjuntamente (clínico y forense), actúen de una manera coordinada, con ello se evitan pérdidas de muestras, el acto profesional es más rápido y eficaz, y lo primordial: es mejor para el bienestar de la víctima, su dignidad y respeto.

El tiempo transcurrido desde que sucede la agresión hasta que se produce el reconocimiento médico debe ser el mínimo posible, y sin previa manipulación de genitales o ropas, ya que pueden desaparecer signos o huellas, por lo que la víctima **debe acudir al centro sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropas tras**

La violación debe ser valorada como una urgencia médica, que precisa de un trato específico y preferente

**la agresión.** La toma de muestras es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos.

La asistencia debe ser sistemática y protocolizada. A continuación se expone un orden para el reconocimiento Médico Forense:

- 1-Recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales, destacando los datos referidos a la historia ginecológica: menarquia, fecha de la última regla y utilización de métodos anticonceptivos en su caso.
- 2-Valoración del estado general físico y psíquico.
- 3-Exploración y toma de muestras
- 4-Cumplimentación del parte de lesiones y formularios.

#### TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

La víctima deberá desnudarse sobre una sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos (tierra, pelos...) que pueda tener. En el caso de que haya que cortar las ropas, se hará siguiendo una línea paralela a 1 cm. aproximadamente de las costuras, respetando manchas de sangre y otros restos; se pliega la sábana por los cuatro picos hacia arriba, para que queden dentro las ropas.

La mujer se puede vestir con camisoncillo ginecológico para llevar a cabo la exploración. La exploración sistemática debe comenzar de arriba abajo, en la postura como sea más completa y cómoda para la víctima: de pie primero o decúbito en la camilla, primero explorando la mitad izquierda corporal y luego la derecha. Las extremidades deben ser exploradas empezando por los dedos hasta la articulación principal, en sus

caras anteriores y posteriores; explorar especialmente en las zonas de pliegues anatómicos:

párpados, cuello, pliegues auriculares, ingles. Recordar que una lesión de escasa entidad clínica puede tener gran importancia para esclarecer los hechos y utilizar una buena luminosidad. DESCRIBIR EL TIPO LESIONES, Aspecto, forma y color. Localización anatómica de las mismas: cabeza, cuello, nalgas, extremidades..., con referencia a puntos anatómicos; y siempre que sea posible se deben tomar fotografías. Para la exploración se deben utilizar todos los medios diagnósticos necesarios según la entidad de las lesiones: radiografías, TAC.... La prioridad en la utilización de instrumentos diagnósticos la indicará la entidad de la lesión y el estado de la víctima.

La exploración ginecológica debe hacerse coordinadamente entre el/la Médico/a Forense y el/la ginecólogo/a, en el centro sanitario. La exploración se realizará en camilla ginecológica; no se debe utilizar un material exploratorio que puede ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado de la víctima, ya que pueden existir desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. La descripción de las lesiones genitales será sistemática: pubis, periné, ano, vulva, himen, vagina, cervix, útero.

Antes de comenzar la exploración ginecológica se debe hacer peinado del vello pubiano con cepillo ginecológico, y de esta forma tomar la muestra del pelo púbico.

La toma de muestras tiene por objeto investigar la presencia de semen, a fin de determinar espermatozoides, y estudio de ADN para proceder a la identificación del agresor. Para ver completos los espermatozoides lo ideal es tomar las muestras dentro de las primeras 12 horas tras la agresión; a medida que transcurre el tiempo, no se suelen verse completos, pero sí determinarse restos y la fosfatasa ácida hasta 30 horas después, al igual que la glucoproteína de origen prostático. También se realizará la toma para diagnóstico de Enfermedades de Trasmisión Sexual.

En el caso de la VIOLACIÓN VAGINAL hay que tomar al menos 6 muestras en forma de hisopos de algodón en el siguiente orden de recogidas:

- Dos tomas vaginales con hisopos en seco (dos mínimo) para esperma, que se guardan en sus fundas sin conservantes.
- Dos tomas vaginales con hisopos de algodón estériles en medio de mantenimiento (dos como mínimo) para estudio de Enfermedades De Trasmisión Sexual.
- Dos tomas cervicales (dos como mínimo) previa limpieza exterior del cérvix, con torundas de algodón estériles con medio de mantenimiento, rotando la torunda durante 10-20 sg. , para estudio De Enfermedades De Trasmisión Sexual.

Una vez realizada estas tomas, se procederá a un lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico estéril, se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente

La exploración ginecológica debe hacerse coordinadamente entre el/La médico/a forense y el/La ginecólogo/a, en el centro sanitario

El reconocimiento y toma de muestras es una experiencia dura para la mujer que viene a añadir sufrimiento a la agresión sexual.

En el caso de la VIOLACIÓN ANAL, el protocolo de toma de muestras es similar:

- Toma anal (dos como mínimo) con torundas en seco para investigación de esperma.
- Toma anal con torundas de algodón estériles (dos como mínimo) en medio de mantenimiento para estudio de Enfermedades De Transmisión Sexual.
- Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico, que se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente

Lo mismo sucede en la VIOLACIÓN BUCAL:

- Tomas con torundas secas por toda la boca, especialmente insistir detrás de los incisivos y premolares, para investigación de esperma.
- Tomas faríngeas con torundas secas para investigación de esperma
- Tomas faríngeas con dos torundas de algodón estériles y con medio de mantenimiento
- Lavado bucal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico, que se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente

Además de la toma de muestras descrita, hay que proceder a tomar muestras de sangre, orina. A veces también de las uñas, e incluso las ropas que la víctima llevaba en el momento de la agresión, así como cualquier soporte u objeto del lugar de los hechos donde se sospeche la presencia de semen / sangre.

Las muestras una vez tomadas deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la víctima, fecha, características, etc.. y enviarlas correctamente conservadas y custodiadas para su análisis al Instituto Nacional de Toxicología.

El reconocimiento y toma de muestras es una experiencia dura para la mujer que viene a añadir sufrimiento a la agresión sexual. Por eso es importante que el personal que la atiende tenga un trato humano exquisito, no basta sólo tener una buena técnica profesional. Es también de suma importancia la adecuada coordinación y colaboración entre los distintos estamentos que componen la respuesta social a la violencia, de esta manera la intervención es más rápida y eficaz aprovechando y rentabilizando los recursos que existen, siempre atendiendo prioritariamente al bienestar de las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Kvido L.A., La Violación, Peritación Médico Legal de las Víctimas del Delito, Buenos Aires, Trillas, 1989.
- Orden 8 de noviembre de 1996, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el instituto nacional de toxicología.
- Procedimiento de Coordinación para la Atención a Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales; Instituto andaluz de la Mujer, 1998, 2005.
- Sepúlveda Gª de la Torre A. Atención A Las Mujeres Víctimas De Violencia: Exploración Y Toma De Muestras En Agresiones Sexuales. Atención a las mujeres víctimas de malos tratos. Servicio Andaluz de Salud, Plan Estratégico. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2001.
- Sepúlveda Gª de la Torre A., Aspectos Médico Forenses de las Agresiones Sexuales, Intervención de los Servicios Públicos en la Atención a las Agresiones a Menores y Mujeres, Madrid, Ediciones GPS, 2002 4ª eds. .

[angelessepulveda@angelessepulveda.e.telefonica.net](mailto:angelessepulveda@angelessepulveda.e.telefonica.net)

# Todo Lo que una donante debe saber y nadie Le

En el MyS 9 ya enumeramos los riesgos que corren las donantes de óvulos, de los que no se les informa en España. Ahora presentamos un ejemplo (el del estado de Massachusetts) de cómo debe ser la información oficial



el interior de su cuerpo. Pueden hacerse uno o dos cortes pequeños para insertar otros instrumentos.

Antes del procedimiento, un médico puede darle una inyección o una medicación por vía intravenosa para prevenir el dolor o para hacerla dormir, y antibióticos para reducir el riesgo de infección.

## POSIBLES IMPACTOS PARA LA SALUD DEL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE ÓVULOS

- Agrandamiento temporario de los ovarios que dura varios días o semanas.
- Hinchazón del vientre e incomodidad vaginal.
- Es normal que haya sangrado del ovario y manchado vaginal durante unos días. (El sangrado abundante que requiere una transfusión es raro.)
- Los calambres son normales.
- Dolor de espalda y piernas.
- Infección pelviana, infección de la vejiga.
- Daño en otros órganos, como los intestinos, la vejiga o un vaso sanguíneo (menos de 1 de cada 1.000 pacientes requiere cirugía mayor para reparar el daño.)

## Las complicaciones raras son las siguientes:

- Pérdida de sensación, pérdida de la función de una extremidad, parálisis, daño cerebral.
- Éstos y otros problemas podrían requerir hospitalización y cirugía, por ejemplo, extracción de las trompas de Falopio, de uno o ambos ovarios o del útero, lo cual puede disminuir sus posibilidades de quedar embarazada y dar a luz en el futuro o impedirlo del todo.
- Muerte.

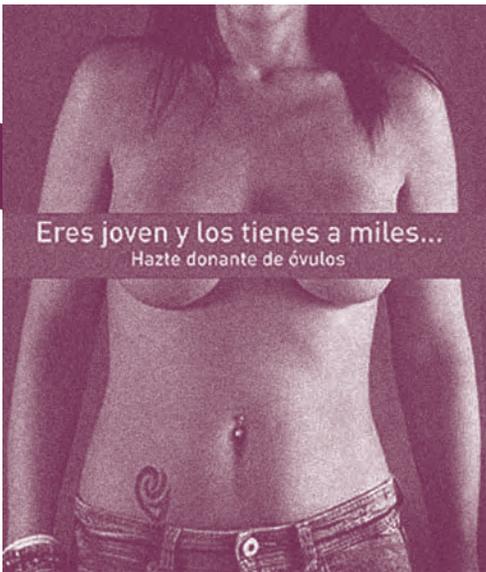
## LA EXTRACCIÓN DE ÓVULOS

La extracción de óvulos es una operación. Se suele hacer en un consultorio médico o en una clínica ambulatoria.

El procedimiento consiste en insertar una aguja fina y hueca, conectada a un aparato de succión, por la pared de la vagina o el abdomen hasta llegar al interior de un ovario. La aguja se usa para aspirar líquido de cada saco ovular, llamado folículo. A veces, no se obtiene ningún óvulo. Otras, se obtienen tanto como 10 o más óvulos de varios folículos.

En la mayoría de los casos, la aguja se guía mediante una sonda de ultrasonido vaginal. La sonda envía ondas sonoras por el cuerpo para producir una imagen del saco y el líquido en una pantalla.

En raros casos, es necesario hacer una laparoscopia, una operación mínimamente invasiva. Su médico le hará un corte pequeño debajo del ombligo para insertar un instrumento largo, fino e iluminado parecido a un telescopio (llamado laparoscopio) en el abdomen a fin de examinar los órganos pelvianos en



# de óvulos cuenta en España

## Repetición de procedimientos

No se sabe si el repetir muchas veces los procedimientos de extracción de óvulos podría afectar su capacidad de tener hijos.

## MEDICAMENTOS

Algunos de los medicamentos que se usan para controlar su ciclo e inducir el desarrollo de óvulos múltiples son los siguientes:

### 1. Supresión de la ovulación

- Antagonistas de la GnRH (entre ellos, Antagon y Cetrotide)
- Agonistas de la GnRH (entre ellos, Lupron)

### 2. Gonadotrofinas

- Hormonas folículoestimulantes (FSH) (entre ellas, Bravelle, Follistim, Gonal-F)
- Gonadotrofinas menopáusicas humanas (entre ellas, Menopur y Repronex)
- Hormona luteinizante (LH) (Luveris)

### 3. Estimulación de la ovulación

- Gonadotrofina coriónica humana (entre ellas, Pregnyl, Novarel y Ovidrel)

Todos estos medicamentos han sido aprobados por la FDA (Administración de Fármacos y Alimentos de Estados Unidos). El Lupron y otras gonadotrofinas no están aprobados específicamente para la extracción de óvulos, pero muchos médicos los usan para este fin.

El tipo y la dosis de la medicación varían según el médico o paciente. Es posible que usted tenga que darse inyecciones diariamente durante unos 14 días. Consulte con sus médicos acerca de sus opciones y alternativas de medicación.

## POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS

- Náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, deshidratación
- Agrandamiento de los ovarios y/o la tiroides
- Problemas musculares y de las articulaciones
- Sentimientos de ansiedad, depresión e irritabilidad
- Dolores de cabeza, visión borrosa, desmayos, dificultades con la memoria
- Somnolencia o cansancio
- Sensibilidad o dolor en los senos, accesos de calor (sofocos)
- Sequedad vaginal, ardor al orinar
- Caída del cabello
- Aumento de peso, hinchazón, dolor de vientre
- Anemia, hipertensión (presión alta), formación de coágulos de sangre, sangrado intestinal, úlceras
- Líquido en el abdomen y los pulmones
- Shock (caída rápida de la presión arterial)
- Reacción alérgica (salpullido, urticaria, dificultad para respirar)

**ADVERTENCIA:** Todas las mujeres que toman hormonas folículoestimulantes corren riesgo de desarrollar el **Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO)**. El embarazo aumenta la probabilidad y la gravedad del SHO.

El riesgo puede ser menor para las donantes de óvulos.

Con el SHO, los sacos de los ovarios se llenan de líquido y forman quistes que pueden romperse. A veces, el líquido se filtra a los pulmones y el abdomen; entre un 1 y un 2 % de las mujeres son hospitalizadas para extraer el líquido.

Algunas requieren cirugía para extraer los ovarios. Los riesgos, raros pero serios, incluyen la formación de coágulos de sangre que pueden causar un ataque (embolia) cerebral, daño de riñón y posiblemente muerte.

Si tiene náuseas, vómitos, diarrea, fiebre o escalofríos, dolor abdominal o hinchazón con aumento de peso, disminución de la cantidad de orina o de la necesidad de orinar, orina oscura, falta de aire o dificultad para respirar, **PÓNGASE EN CONTACTO CON SU MÉDICO INMEDIATAMENTE.**

## ALTERNATIVAS

- Adopción
- Extracción de óvulos de otra mujer que acepte donar óvulos para usted

## Métodos alternativos de extracción de óvulos

- Extracción de óvulos sin usar medicamentos estimulantes, con una dosis inferior o con medicamentos diferentes
- Extracción de un solo óvulo durante su ciclo de ovulación normal

La extracción de óvulos y los medicamentos empleados pueden acarrear riesgos actualmente desconocidos para usted, el embrión creado con sus óvulos, o el feto.

En la actualidad, no hay ninguna prueba de que el uso de estos medicamentos aumente el riesgo de cáncer de ovario. Se necesitan más estudios.

**Pregunte a su médico** sobre los estudios más recientes acerca de la eficacia y seguridad de los procedimientos, dispositivos y medicamentos descritos en este folleto.



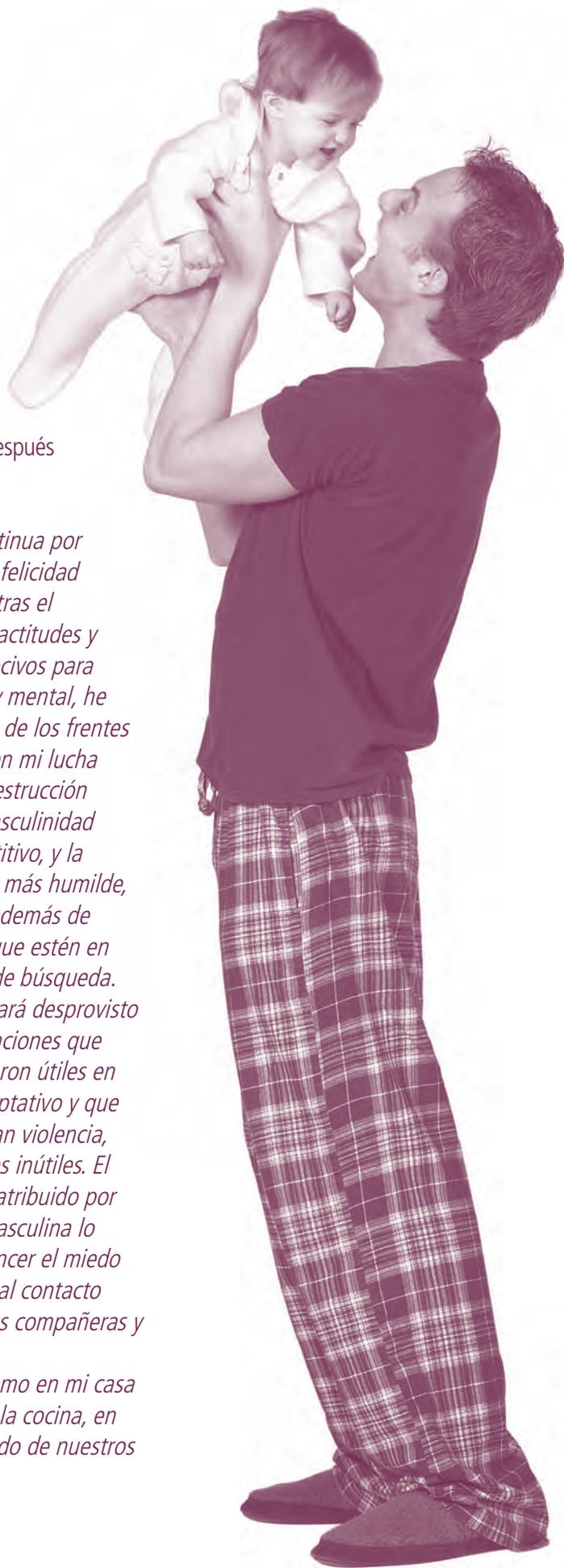
*rodeado de muchos otros como él tiende a ver el problema fuera y no dentro y porque reconocer nuestro papel de sostén del contexto masculino es reconocer nuestra responsabilidad en el mantenimiento de la desigualdad y reconocer, por tanto, la necesidad de hacer algo que cambie un comportamiento colectivo que discrimina y que mata.*

*Lo más sencillo es empezar por cambiar uno mismo. Yo necesité la ayuda de un grupo de hombres para dejar de "portarme como un hombre". Yo sigo necesitando la ayuda de mi grupo de hombres. Podrá haber otros caminos, pero me alegro mucho, mucho de que hoy haya venido a la reunión nuestro nuevo amigo, Alejo. De saber que pronto unos cuantos hombres que, como él, buscan ayuda para ser personas sin etiquetas, van a encontrarse.*

**ALEJO:** reflexiones después de una cena.

*En mi búsqueda continua por encontrar grados de felicidad más satisfactorios y tras el cuestionamiento de actitudes y comportamientos nocivos para nuestra salud física y mental, he descubierto que uno de los frentes que tengo abiertos en mi lucha por igualdad es la destrucción de un modelo de masculinidad prepotente y competitivo, y la construcción de otro más humilde, solidario y amable; además de encontrar hombres que estén en ese mismo proceso de búsqueda. El nuevo modelo estará desprovisto de todas las connotaciones que en otros tiempos fueron útiles en nuestro proceso adaptativo y que actualmente provocan violencia, sufrimiento y muertes inútiles. El valor que se nos ha atribuido por nuestra condición masculina lo utilizaremos para vencer el miedo a los sentimientos y al contacto humano con nuestras compañeras y compañeros.*

*Ayer me encontré como en mi casa junto a hombres, en la cocina, en el comedor y hablando de nuestros sentimientos.*



# LAS ADOLESCENTES y Las jóvenes ante el amor



## Charo Altable Vicario

Profesora de Secundaria y Terapeuta

¿De qué amor hablamos cuando hablamos de amor?

¿Mujeres y hombres, chicas y chicos entienden lo mismo por amor?

¿Las chicas jóvenes han cambiado hoy los modelos amorosos?

¿Cómo influye el mito del amor romántico y los modelos amorosos que matan, en las adolescentes?

¿Cómo hacer conscientes estos modelos?

¿Qué otras formas de amor son posibles?

¿Es posible amar y seguir siendo libres?

### La relación amorosa

La relación amorosa es la relación donde pueden darse todas las emociones más constructivas y gratificantes del ser humano. Es también, en el desamor y en la concepción del amor como dominio-sumisión, donde se dan las emociones y los hechos más destructivos; la dependencia, la compasión malsana y la posibilidad de soportar "por amor" los malos tratos y la denigración como persona.

Las mujeres, que concedemos tanta importancia al amor porque es fuente, sin duda, de los mayores placeres y desastres,

debemos saber amar sin fusión ni dependencia. Amar y ser libres es un gran reto para todas las adolescentes y también para todas las mujeres adultas.

En la relación educativa con mujeres adolescentes y jóvenes he podido evidenciar que muchos de los problemas de relación y de violencia que observamos en la sociedad se prefiguraron ya en la adolescencia. El número de casos de chicas con los que he estado en contacto son suficientes como para pensar que las experiencias amorosas de las mujeres adultas **no han pasado a la cultura con la suficiente autoridad que permita a las adolescentes confiar y fiarse de la sabiduría amorosa de otras mujeres.** Siguen siendo vulnerables al deseo dominante del otro, siguen sin respetar su deseo, sin saber negociar con el otro, obedeciendo al deseo del otro por miedo a perderlo, sin saber qué hacer con sus sentimientos, concediendo más saber y autoridad al otro que a sí mismas. Sólo ante el dolor se abren a la confianza y la comprensión que puede brindarles una mujer madura, alguien que les ayude a formularse preguntas:

*¿Es lo mismo amor que deseo? ¿Puede ser que los gestos del deseo (desear el cuerpo de un hombre, de una mujer, desear besar o estar con alguien, se confundan con los del amor más profundo? ¿Cómo distinguirlos?*

*En su experiencia concreta ¿El deseo de estar juntos íntimamente y hacer el amor ha sido mutuo, o era más del chico?*

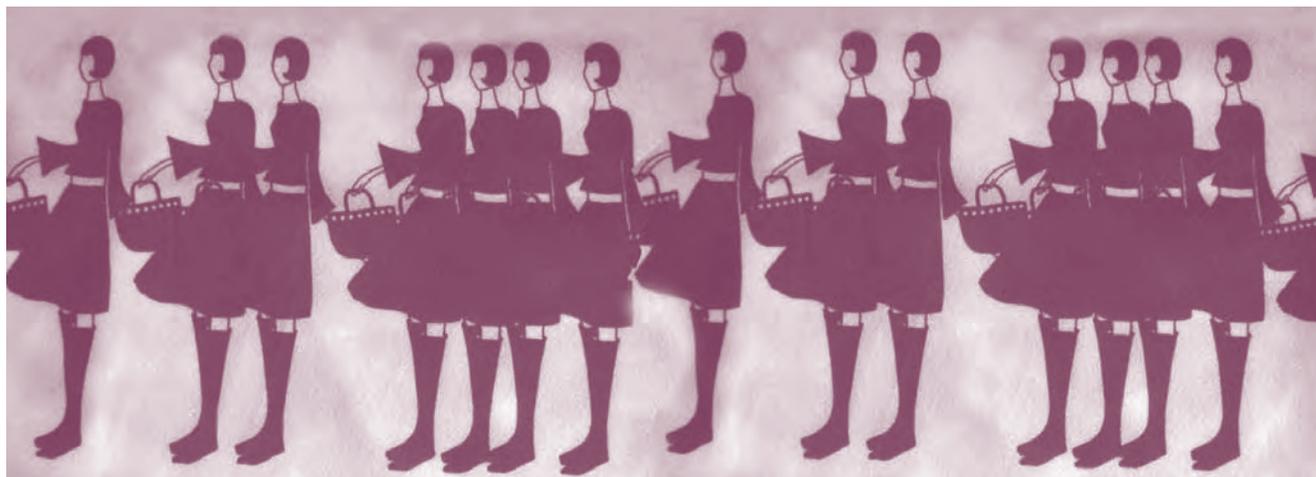
*¿A quién se le ha ocurrido primero la idea de hacer el amor? ¿Lo han decidido juntos?*

*¿Ella deseaba, quizás, más las caricias y los besos que hacer el amor?*

*¿Han tomado precauciones los dos o ella se ha fiado del chico?*

*¿Quién ha de decidir en cuestión de anticonceptivos? ¿A quién le toca decir NO si no es seguro? Si la chica es la que puede quedarse embarazada ¿por qué no es la chica la que decide? ¿No es la chica la que tiene que preocuparse por su seguridad? Si se produce un embarazo ¿El chico ha sido irresponsable al no pensar mucho en la chica?*

Y nosotras como adultas y profesionales debemos hacernos estas preguntas:  
*¿Quién ha enseñado a las chicas a amar? ¿Qué educación amorosa han*



*recibido? ¿Qué modelos han tenido?  
¿Cómo han influido en ellas los medios de comunicación?*

Si pensamos además que cada vez a una edad más temprana las chicas tienen relaciones amorosas y sexuales debemos poner todo nuestro interés en educar en relaciones justas a hombres y mujeres. Y como mujeres debemos preocuparnos por la cultura amorosa que se difunde en nuestra sociedad y a la vez difundir y establecer otras maneras de amar, como ya lo hacen, entre otras, algunas cineastas, literatas y mujeres que trabajan por la salud y por educar en amor y en libertad.

Existen dos códigos eróticos y amorosos diferentes en chicas y chicos. Esto es importante tenerlo en cuenta para, a partir de otra educación sentimental y erótica, construir otros referentes que no sean los dados en esta sociedad patriarcal. Lo importante será cómo partir del propio deseo, sin supeditar al deseo de la otra persona, sino entrando en contacto con el deseo del otro, de la otra. Este es el camino del encuentro que hay que construir a través de la experiencia. ¿Pero de qué experiencia? ¿Cómo aceptar experiencias que contradigan el modelo? El camino nos lo indican los síntomas y los malestares, que nos dicen lo que va bien y no tan bien. El camino está en el cuerpo, en las experiencias gratificantes, lúdicas, divertidas, y en las palabras y emociones que acompañan a estas

experiencias. El cuerpo sensible, que se escucha a sí mismo y pone en palabras lo sentido, con sus sensaciones y emociones y que escucha a la vez el cuerpo de los otros y otras, mujeres y hombres, es el paso imprescindible para el respeto por sí misma y por las otras personas, permitiendo, mediante la escucha, poner palabras al deseo, a la carne, a la emoción, a los miedos, al dolor, al goce, es decir, permitiendo partir de sí.

**Para ello, hombres y mujeres tienen que realizar trabajos diferentes:**

## **Trabajos diferentes para hombres y mujeres**

**Las mujeres** han de recorrer caminos de autoestima y reconocimiento en grupos de mujeres, valorándose y valorando a las otras, valorando lo que las mujeres han hecho a través de la historia, sus obras e inquietudes, su pensamiento y su lucha. Han de saber cuidarse y defenderse, conocerse a sí mismas y sospechar de las certezas que las llamadas "ciencias objetivas" han fabricado para ellas. Han de reconocer su deseo y saber defenderlo, ya que muchas veces no coincide con el de la otra persona, y, sobre todo, han de saber vencer el peligro de la compasión, peligro que lleva a confundir la compasión con el amor, no poniendo los límites necesarios al otro y conduciendo, por tanto, a la posibilidad de que el otro avasalle su

propio espacio. Así que la mujer ha de realizar varios trabajos antes de encontrar el amor; trabajos de autonomía corporal, emocional, mental y erótica, es decir, ha de conocer su cuerpo, su deseo, sus intereses y capacidades y desarrollarlos.

**Los hombres** han de abandonar los cuidados maternos de sus madres y de todas las mujeres y saber cuidarse a sí mismos, saber alimentarse, ser autónomos en la casa y saber establecer relaciones emocionales de cuidado y autocuidado, sin expulsar o proyectar sus miedos, dolores e inseguridades sobre las otras personas y fundamentalmente sobre las mujeres. Han de conocer sus necesidades y deseos como seres humanos. Han de trabajar en común con otros hombres para poder desobedecer al patriarcado que llevan dentro y que se manifiesta en la obediencia a los estereotipos de género, que les hace quedar bien con los demás hombres y con el concepto de masculinidad tradicional, aunque les cueste la vida emocional y se les rompa el corazón que tuvieron de niños tiernos y sensibles. Los hombres han de aprender a escuchar a las mujeres y a los niños. Han de aprender a escucharse a sí mismos y al niño herido que llevan dentro, escuchando sus propias emociones, valorando también lo que aprendieron de la madre y valorando a las mujeres personal y socialmente, es decir, a cada una de las mujeres con las que entran en relación y a la cultura de las mujeres.

## Propuestas positivas

Recordemos que aprender otras formas de amar implica aprender a defenderse de la violencia emocional y adquirir una serie de conocimientos y prácticas de relación, por lo que será necesaria una educación emocional y sexual. Algunos de los puntos o acciones positivas que propongo son:

**A- Aprender a detectar la violencia** a través del lenguaje; frases, juicios y maneras de razonar que implican coacción, desvalorización o violencia.

**B- Reforzar la autoestima**, centrándola en la capacidad de un pensamiento y acción propios, en relación con otras mujeres reales y de la historia.

**C- Reforzar los vínculos de amistad.** En el caso de las mujeres reforzar el vínculo con otras mujeres. Recordemos que los maltratadores suelen aislar a su pareja por medio de controles y críticas acerca de sus amistades y familiares.

**D- Reforzar el espacio personal**, realizando proyectos e intereses partiendo del propio deseo.

**E- Realización de proyectos de vida compartidos**, en los que se comparta cotidianamente, con horarios y espacio, la vida doméstica y el cuidado de los hijos.

**F- Trabajar los diversos y nuevos conceptos de masculinidad** en grupos de chicos. Se necesita que los hombres trabajen estos nuevos modelos con los chicos adolescentes para que construyan su identidad de una manera más flexible, eliminando la violencia y con un total respeto hacia las mujeres.

**G- Trabajar nuevas maneras de ser mujer** en grupos de chicas.

**H- Programas de resolución de conflictos** por medios pacíficos, aprendiendo las técnicas de escucha activa y comunicación.

**I- Aprender a expresar emociones y sentimientos** sin ejercer violencia sobre otros, sabiendo operar con las propias emociones de rabia y miedo.

**J- Aprender otro tipo de erotismo.**

## El valor de la educación emocional y erótica

**He comprobado que la educación emocional y erótica constituye la mayor prevención de la violencia**, pues coloca a las y los adolescentes en un espacio seguro de pertenencia al poder expresar sus sensaciones corporales, sus emociones y pensamientos, sin ser juzgados, reflejándose en la experiencia de

otros sujetos, sus iguales, que pasan por las mismas aventuras y desventajas. Por eso crear un clima de confianza, donde escucharse y escuchar a otras y otros, a través de juegos, de puestas en escena de sus conflictos, amores y desamores, deseos y temores, para poder observarlos tranquilamente y en silencio, a cámara lenta y repetidamente, es el primer paso necesario para tomar conciencia y deseos de cambio, hacia unas relaciones en amor y libertad.



## Extracto de conversación real entre una chica, [Z], y un chico, [C] por SMS

- C: es verdad aunque sabes lo q creo? q t pica lo d s..... muxísimo y creo q asta la odias mira por donde

- Z: no mira...ella no tiene para nada la culpa...se a optao muy bien konmig sabes..aki el k tiene la culpa eres tu no ella asi k no tng motivo para enfadarm kon ella..

- C: claro...

- Z: e k si..k no sirve d nada ablar kntg.. sabes lo k pienso yo?

- C: no, sorprendeme

- Z: k tu y yo nunk nos emos kaido bien.. almenos tu a mi..

- C: no t caia bien?

- Z: no, eras muy raro y muxas kosas tuyas m daban rabia..y yo las awantaba y no t decia nada..

- C: joder pues no se q pensar q eras masoca d estar conmigo o la mas guarra del pueblo

- Z: no era nada d eso..era tonta..

- C: pro tu si no t creias ni tu q podias estar conmigo imbecil si se t caia la baba tu sabes lo mal q as qdao como tia no tienes dignidad

- Z: jajajajaja pero komo puedes ser tan kreido.. pero si en tu puta vida a ligao nene..stabas gordo...muy gordo la gente m preguntatba k staba kontig m dcian k...el gordo?

- C: como q tu no estabas gorda y es mas ahora estas gorada con esas mollas q t salen por todos los laos, ...

- Z: estas kallendo muy bajo

- C: si supieras lo q se dice d ti pr ahi no t reirias tanto alo mejor asta cambiabas

- Z: y k dicen d mi...

- C: lo sabes d sobra hasta las madres yo no t voy a dcir nada

- Z: asta las madres? pero k koño stas diciendo nene...

- C: ohhhhh ssiiii no t asustes tanto si t lo has buskao tu

- Z: k t jodan ...y aber si d tanto metert kosas en el kuerdo t meures ya...k nos vendria muy bien a todos..

- C: q mala eres esto no me lo esperaba d ti me he qdao corto

- Z: yo tampoco mesperab d ti nada...

- C: pro pedazo d zorra hija d puta aunque haya pasao lo q haya pasao tu crees q yo deseo q t mueras si hiciera falta me moriria por ti antes d q t pase nada

- Z: pero komo eres tan kabron y tan mala persona...menos wapa mas dixo d todo...y yo aki awanatnd y respondiendote no se pork... pero e explotao y e reventao sabes...

- C: mala perosna yo?

- Z: asi k kallate y pasa mi ..y yo paso d ti y todod konetntos y en tu puta vida welbas a ablar...asi evitaremos kosas... muy mala persona si....kreetelo kreetelo..

- C: q t follen estas loca

- Z: lo se pa lokos tu kara loko

- C: prefiero la d loko q la zorra q tu tienes

- C: GUARRA

- Z: ahi emos llegao ala konklusion todo a sido una mentira.. adios c..... k t vaya bien en la vida..vale...

- C: adios z..... akuerdate d lo bueno y piensa lo q as dixo

# La MEJORA DE LA atención AL parto es una obligación Legal\*



Francisca Fernández Guillén

Abogada.

Asociación “El parto es nuestro”

## INTRODUCCIÓN

Represento a la asociación de usuarias y profesionales de servicios de salud materno infantil «El Parto es Nuestro», nacida hace tres años del foro “apoyocesáreas” en el que prestábamos apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos. Las mujeres nos enviaron sus testimonios, en la mayoría de los cuales denunciaban que se les había robado todo protagonismo y poder de decisión, privado de información sobre el desarrollo del parto, engañado respecto las intervenciones a las que eran sometidas, que les habían practicado cesáreas innecesarias o que las habían separado de sus bebés. En este tiempo hemos desarrollado una red de mujeres y profesionales, accedido a los medios de comunicación, y desarrollado una web en la que disponen de material audiovisual, estudios y artículos de actualidad traducidos por nosotras de revistas científicas e información legal [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org).

Soy madre de tres hijos. Mi primera hija nació en un hospital público



español en donde se pisotearon todos mis derechos y los de mi bebé. Esa experiencia me revolvió como mujer y como jurista y me impulsó a lanzarme sobre mis viejos libros y ver qué había ocurrido para que las españolas del siglo XXI nos viésemos privadas en un momento así de nuestras vidas de derechos y libertades básicos. Esos derechos están reconocidos en leyes que van desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hasta la reciente «*Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*» (en adelante LBRAP).

Es posible que algunas o algunos de ustedes, profesionales de la

\* Parte de la Ponencia para el I Congreso “El mundo de la maternidad”, organizado por la editorial Ob Stare. Barcelona, 21 de octubre de 2005.

salud, piensen que la humanización de la atención al parto es un ideal admirable, y como buenos utópicos soñadores se habrán atrevido a cometer pequeños o grandes «actos de rebeldía» en su quehacer laboral. Probablemente creyeron que se estaban saliendo del tiesto, que al perseguir ese ideal iban contra toda norma. En el lado opuesto, las y los ginecólogos que realizan cesáreas innecesarias lo hacen convencidos de que ello les evitará demandas. Las comadronas que acatan las órdenes médicas aunque tengan el íntimo convencimiento de que se trata de intervenciones innecesarias, molestas o peligrosas para las mujeres y los niños, me han asegurado que están obligadas legalmente a seguir las instrucciones del ginecólogo que, dicen, son «los responsables». Ambos colectivos aplican determinadas rutinas o protocolos a las mujeres creyendo y haciéndoles creer a ellas que están obligadas a aceptarlos<sup>1</sup>. Es decir, que aquí nadie actúa sino en cumplimiento de la legalidad. ¿Es nuestro derecho sanitario realmente culpable del modelo de atención al parto que tenemos? Mi charla tiene como objetivo desacreditar este punto de vista y demostrar que, con la ley en la mano, la mejora de la atención al parto no solo no es una utopía sino un imperativo legal. También me gustaría rebatir el consabido argumento de que realizar muchas cesáreas ahorra demandas.

## LOS DERECHOS DE LAS PACIENTES

En el año 2003 aparecieron dos leyes muy importantes que regulan el ejercicio de las profesiones sanitarias, las relaciones con los usuarios y las relaciones entre los propios profesionales: la *“Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias”* (en adelante, LOPS) y el *“Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud”* (en adelante, el *Estatuto Marco*). Veremos cómo afecta esta formativa al trabajo de las comadronas y los ginecólogos.

### 1.El deber de informar

Esta obligación está reconocida en todos los textos que he mencionado antes. Tomemos como ejemplo el artículo 4 de la LBRAP, titulado «Derecho a la información asistencial»:

1. *Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma [...] La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.*
2. *La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.*



### ¿Quiénes están obligados a informar?

La LBRAP dice que *«Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente»*.

*“El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”*

Una técnica o procedimiento es, por ejemplo, realizar una episiotomía.

### Carga de la prueba

Probar que se prestó información suficiente y que el paciente consintió un procedimiento recae en los asistentes, ya que nadie está obligado a probar un hecho negativo (es decir, que los profesionales no le informaron).

### Lex artis

Informar al usuario y obtener su consentimiento no es un mero trámite o requisito administrativo, ni siquiera ético, sino que es considerado por

<sup>1</sup> *En realidad ni siquiera se aplican los protocolos. Si, por ejemplo, se aplicasen los protocolos de la SEGO para atención al parto vigentes en muchos hospitales estrictamente, muchas de las intervenciones rutinarias que ahora sufren las mujeres no se darían con tanta frecuencia. Estos protocolos, con todo lo criticables que son, son menos malos que la práctica que en su nombre se hace.*

la jurisprudencia como parte de la lex artis. Así, la simple ausencia de consentimiento informado en casos graves es en sí un daño moral indemnizable con absoluta independencia de la idoneidad de la actuación sanitaria desde el punto de vista técnico.

## 2. La toma de decisiones: el consentimiento informado

El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo.

La LBRAP dice que:

*Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.*

*El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*

Como muy bien dice la escritora norteamericana Henci Goer esta figura no debería llamarse «consentimiento informado», pues parece que lo único que puede hacer el usuario es consentir, cuando bien podríamos hablar también de **«rechazo informado»**. Según la OMS, sólo el 10 % de las intervenciones obstétricas habituales están respaldadas por la evidencia científica, así que, en el 90 % de las ocasiones, rechazarlas es precisamente lo mejor que la mujer puede hacer.

El mismo artículo de la LBRAP dice que: *Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.*

Cuando un paciente se niega a aceptar una intervención y siempre que existan alternativas, el médico está obligado a tratar al paciente. Así, dice el artículo 21 de la LBRAP:

*... el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.*

El derecho a elegir el tipo de atención que desean las mujeres puede plasmarse en un documento conocido como **«Plan de Parto»**, que se presenta al hospital con antelación para su incorporación al historial médico. Esta forma de expresión de la voluntad es perfectamente legítima en nuestro derecho, aunque no hay ningún tipo de formalismo jurídico y la mujer puede cambiar de opinión en cualquier momento y revocar o confirmar su consentimiento comunicándolo verbalmente a los asistentes.

En nuestra web hemos colgado algunos ejemplos de planes de parto que pueden descargarse libremente.

## 3. Derecho a la intimidad

La presencia de estudiantes durante el parto sin el consentimiento expreso y por escrito de la mujer vulnera los derechos a la intimidad, la dignidad y la autonomía del paciente consagrados constitucionalmente. La necesidad de advertir al paciente y pedir su

consentimiento está claramente recogida en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986 (en adelante LGS), que dice en su artículo 10:

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

*A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.*

La Constitución española incluye el derecho a la libertad y la intimidad personal entre los derechos fundamentales. Así, el artículo 18 dice que *«se garantiza el derecho al honor y a la intimidad personal»*.

Asimismo, el artículo 2 de la LBRAP dice que:

*La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica».*

**Y es que el principio de la dignidad humana consiste en que cada ser humano es un fin en sí mismo, y nadie debe ser utilizado como instrumento para los fines de otra persona o de un estado, por muy loables que puedan parecer esos objetivos.**



#### 4. Derecho a la presencia de un acompañante

Aunque la presencia de un acompañante durante la dilatación y el parto no figura en la carta de derechos de los pacientes, la OMS contempla esta posibilidad en aras del bienestar psicológico de la madre, como fue reconocido en la Conferencia de Pekín.

En algunas Comunidades Autónomas, los decretos sobre derechos y obligaciones de los pacientes ya contemplan como derecho específico de la mujer «*estar acompañada por la persona de su confianza durante el tiempo anterior al parto, durante el parto y en el periodo inmediatamente posterior al mismo*».

Se cita en alguno de los decretos que «*se excluye la presencia en los casos de especial riesgo, en los que el criterio del personal médico prevalecerá sobre la voluntad de la madre*». Lógicamente, no estamos de acuerdo con este tipo de disposiciones, en primer lugar porque dudamos que la presencia de un acompañante pueda suponer un riesgo para la mujer, y en segundo lugar porque precisamente cuando la mujer se enfrenta a una intervención como una cesárea o el uso de fórceps es cuando más necesita del apoyo emocional del marido. Además, aun suponiendo que la presencia de un acompañante supusiera riesgos, la mujer tiene derecho a asumirlos si quiere.

#### 5. Otro poder-deber olvidado: la patria potestad y los derechos del niño hospitalizado

Es una queja común de los usuarios: la falta de poder de decisión de los padres respecto a los niños.

Algunos padres lamentan no haber podido decidir sobre la salud y el bienestar de sus hijos durante su estancia en el hospital, habiendo sido sustituidos por el personal médico en la toma de decisiones. Así, se sintieron usurpados cuando otros decidieron si sus bebés tomarían el pecho de su madre o biberones de suero glucosado, o permanecerían en el nido tras el parto porque la madre «necesitaba descansar» (descanso obligatorio). Ello por no hablar de ingresos para observación gratuitos en los que el niño no era observado por nadie. La patria potestad corresponde a los padres, y comprende el derecho y la obligación de velar por los hijos. Los padres ostentan la representación legal de los hijos menores de edad y son las únicas personas autorizadas a tomar decisiones por ellos.

La mujer que da a luz tiene la doble dimensión de usuaria directa y representante legal del recién nacido. La madre es cotitular, junto con el padre, de la patria potestad sobre el hijo. Pero tampoco en esta dimensión de mujer-madre es respetada, pues ni se le informa de las consecuencias que para el bebé pueden tener determinadas intervenciones, ni se le pide permiso para administrar vacunas o dar biberones a

sus hijos. La queja más común de las mujeres que acudieron a nosotras fue la separación impuesta de los recién nacidos, que eran llevados al nido para que la madre descansara «obligatoriamente» o alejados de ellas durante horas y horas a costa de la realización de pruebas u observación rutinarias que en otros países se realizan en la misma habitación en la que se encuentra la madre. La misma imposición resulta cuando los padres no pueden optar por el método canguro en el caso de prematuros.

En 1986 el parlamento europeo redactó la Carta de los derechos del niño, en la que se establece su derecho a permanecer acompañados por sus padres el máximo tiempo posible y el derecho de los padres a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

*Podrás leer los apartados que faltan de la ponencia completa en <http://mys.matriz.net> cuando colguemos este número.*

- El papel del médico y el de la comadrona
- El valor de las normas deontológicas
- Valor del protocolo
- ¿Practicar muchas cesáreas ahorra demandas?
- ¿Qué podemos hacer?

# sexualidad responsable

Dedicamos el MyS 19 a la sexualidad y, aunque sabemos que sexualidad y reproducción son cosas distintas, el sentido común nos dice que están relacionadas y que por tanto, hay que relacionarlas. He aquí algunos aspectos a conocer y reflexionar sobre la sexualidad y responsabilidad. Somos conscientes de que falta un desarrollo del tema Sexualidad responsable y VIH, pero prometemos ofrecerlo en el próximo número

## DOS CUERPOS, dos imaginarios



Regina Bayo-Borràs  
Psicóloga clínica

No sólo la píldora ha escindido sexualidad de reproducción. De hecho, las profesionales de la salud constatamos día a día cómo muchas jóvenes –y las que no lo son tanto- cuando piensan en una posibilidad (sexo) no contemplan la otra (embarazo) simultáneamente. Es más, ésta la deniegan, la dejan al margen, ambas no las consideran concomitantes. Pero “de esas lluvias vinieron estos lodos”, y se producen los embarazos imprevistos mientras los enamorados exploran mutuamente los enigmas del placer sexual. La Sociedad Catalana de Contracepción me planteaba una pregunta muy sugerente durante unas recientes jornadas: ¿Podemos atender la salud de las mujeres más allá de ofrecerles/informarles/ayudarles en la contracepción?

Evidentemente, no es lo mismo acudir por decisión propia, preventivamente, a informarse sobre anticoncepción, que llegar de urgencia pidiendo la

pastilla del día después. En uno y otro caso comprobamos si sexualidad y reproducción están o no están integradas a nivel psíquico, tanto en el hombre como en la mujer. ¿Qué quiere decir que están integradas? Pues que para los enamorados el juego sexual ya no es un juego de niños, que el tiempo de los médicos y las enfermeras ya pasó, y que aunque no sean todavía papá y mamá –y por eso es tan excitante retozar como si lo fueran-, pueden llegar a serlo antes de lo esperado. Ello implica de alguna manera que ambos han interiorizado que la infancia ha concluido, que ya no es un cuerpo infantil el que está excitado, y que con la genitalidad no se puede jugar sin consecuencias. Buscar anticonceptivos, aceptarlos y utilizarlos ya nos indica que ambos, hombre y mujer, han hecho el duelo de la infancia. Implícitamente están aceptando la caída de la omnipotencia infantil: ya no podemos satisfacer nuestros deseos si no es previendo sus posibles consecuencias. En definitiva, no es tanto una cuestión de

# sexualidad responsable sexual

informar más y mejor, sino de que esa información acerca de los métodos anticonceptivos pueda ser incorporada, asimilada, interiorizada como propia, no tanto como protésica.

## CUANDO ALGO FALLA

Ahora bien, no siempre este proceso interno de asimilación se produce. Las cifras nos lo demuestran cada día: i.v.e. en la adolescencia, píldora del día después, enfermedades de transmisión sexual, mujeres con abortos a repetición. Algo falla. Aunque hay información de métodos anticonceptivos, hay posibilidades de consultar para prevenir embarazos no deseados, hay atención ginecológica adecuada, no se utiliza, no se pide, o incluso, no se cumple.

## LO INCOERCIBLE

¿Qué es lo que falla? ¿Por qué la falta de control? Como sucede con las normas de circulación; están, pero no siempre, ni todos las cumplen, en especial la de velocidad. Sobre todo los jóvenes. Hay descontrol, hay impulsividad, hay confusión, hay riesgo, hay trasgresión, hay repetición. En las relaciones sexuales también hay un deseo incoercible de poder hacer sin límites, sin normas, sin frenos, sin consecuencias: *"a mí no me pasará"*. *Yo soy inmune a los peligros –no tengo miedo- y a los percances-no me dolerá.*

## SER O NO SER CONSCIENTE

Así, entonces, ¿Sirven para algo los controles e informaciones preventivas? Sí, en tanto punto de referencia, o incluso como norma obligada, que de no cumplirse tiene sus consecuencias. Pero no a todas las personas. Aquellas que no entienden, o no conocen, o no pueden contener sus deseos y/o sus excitaciones, es porque no son conscientes de lo que hacen y de las consecuencias.

¿Es tan difícil ser consciente de lo que se hace? En algunos casos por lo que se ve, sí. ¿Qué significa ser consciente? ¿Por qué le decimos a

una chica adolescente que ha sido una "inconsciente" si ha mantenido relaciones sexuales sin protección? Porque algo de su fantasía inconsciente – de su imaginario infantil- se ha puesto en movimiento, y la ha hecho actuar de esa manera, *"a lo loco"*, *"ingenuamente"*, se dice. Porque más allá de su atracción por el chico, más allá de su anhelo por sentirse amada, albergaba otras fantasías de las que no era consciente *"del todo"*, que la llevaron a no tomar conciencia, –o *tocar de pies en el suelo-* a aceptar la realidad de los riesgos. Y además, ¿han de ser las chicas más conscientes que los chicos de los riesgos? Sabemos que no, pero creo que se desliza el mensaje de que no es tanto un asunto de ellos como de ellas, lo cual ya está iniciando el deplorable camino de la paternidad irresponsable.

## LA DIFICULTAD DEL DIAGNÓSTICO

Así, quienes no utilizan los métodos de protección y/o anticonceptivos, ya sabemos: no son ni tontos, ni malos ni perversos, probablemente "no eran conscientes" de lo que hacían; fue "un acto de inconsciencia", no se enteraban. Una muchacha me decía: *"no me di cuenta de que era una mujer hasta que me quedé embarazada"*.

## EL ACTO FALLIDO

Si de lo que se trata es de un embarazo imprevisto, podemos significarlo como un síntoma de las relaciones de pareja: El error, la equivocación, el fallo, el olvido, todos estos aspectos hablan de mecanismos inconscientes que la/los están perjudicando. La cuestión es ayudarlos a saber "algo" de eso.

## LA SUBJETIVIDAD EN JUEGO

Cada mujer, cada pareja manejará con mayor o menor eficacia la información y los métodos anticonceptivos, la prevención y la curación, no tanto en función de lo que conoce o "sabe" acerca

de ellos, sino a veces mucho más en función de lo que desea o de lo que teme en sus relaciones amorosas y sexuales. A veces lo que se teme es el rechazo por parte del otro, o la crítica por ser tan temeroso y de no "cabalgar a pelo". O sea, no siempre es por estar colgados de un imaginario infantilizado, sino a veces por temor a adoptar decisiones adultas, y constatar ante sí y ante el otro que se sabe lo que se está haciendo.

## OTRAS FORMAS DE DECIR

Cuando como profesionales podemos detectar estos mecanismos intersubjetivos, y entender algunos de los problemas que presenta el/la consultante en lo que se refiere a su vida amorosa y sexual, podemos escucharle de una manera más global e integrada, propiciando así que ella misma hable, exprese, ponga en palabras lo que hasta ese momento está *diciendo* (manifestando) a través de sus actos (fallidos) o actuaciones. Al explicarlo puede canalizar de una forma más elaborada sufrimiento emocional.

## LA HIPERFRECUMENTACION

De esto nos damos cuenta las profesionales porque hay usuarias que acuden con mucha frecuencia y generalmente por los mismos motivos: *algo les pasa que ellas mismas* (y por supuesto también a sus parejas) *no entienden de sí mismas*. Es, pues, una oportunidad tanto para ellas como para las profesionales de obtener una reflexión acerca de su salud que va más allá de la contracepción.

Comprender algo más de ellas mismas a la hora de acudir a buscar métodos anticonceptivos, es una gran oportunidad que las profesionales podemos ofrecerles. Es una forma más de constatar que el imaginario de ambos es a veces mucho más decisivo en las consecuencias de las relaciones sexuales, que el encuentro genital entre un hombre y una mujer.



**Mónica Puga**  
Ginecóloga,  
Homeópata,  
Psicoanalista.

### Algo más que un método

Las palabras "anticoncepción", "contracepción" o "planificación familiar" definen muy poco la relación entre la utilización del método y la mujer.

Hablar de métodos anticonceptivos es hablar de mujeres, ya que son ellas las que acuden a nuestras consultas; ellas son quienes utilizan la mayoría de los métodos, ellas son las que, prácticamente, se responsabilizan del tema.

La anticoncepción es el medio que nos permite gozar y disfrutar de nuestro placer, de un tipo o variedad del mismo a través del coito a la vez que nos preserva de un embarazo que probablemente acabará siendo interrumpido. O sea, es el medio por el cual como mujeres podemos decidir con libertad cuando, cómo y con quién queremos quedarnos embarazadas, si ese deseo nos llega en algún momento. Pero la anticoncepción es también lo que nos permite separar la reproducción del goce sexual.

Nuestro cuerpo, en su dimensión tanto física como emotiva y mental, es lo que nos permite ese goce. La mujer es sujeto del placer y no un objeto físico. Muchas veces, para que podamos llegar a ese goce, es necesario ir cambiando el punto de vista e ir sintiendo que ese cambio se está dando en nosotras sobre la educación cultural-asexuada, mitos y tabúes que hemos ido recibiendo desde la infancia. Es la medicina también una de las vías por la que hemos recibido esa mala

## REFLEXIONES SOBRE ANTICONCEPCIÓN

información, ya que en la mayoría de ocasiones nos hace ver al cuerpo como trastornos, sufrimiento, enfermedad, y no como una fuente de placer, de comunicación y de normalidad que conlleva al dinamismo.

### Un poco de historia

Las mujeres siempre han sido sanadoras; tenían un gran conocimiento sobre el uso y propiedades de las hierbas medicinales. Eran las comadronas que iban de casa en casa y los secretos de salud se transmitían de unas a otras.

Desde el siglo XIV al XVII se las etiquetó de brujas y fueron perseguidas, sobre todo acusándolas de ofrecer consejos anticonceptivos y efectuar abortos. Es con la implantación de la medicina como profesión universitaria que se facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica, ya que ellas no tenían acceso en esos tiempos a la universidad.

Es así como las mujeres de clase alta son visitadas por los médicos-hombres y las de clase baja por las mujeres sanadoras. A mediados del siglo XIX y durante el siglo XX, la diferencia de clases es muy marcada:

- a la mujer rica se la considera perpetuamente enferma, débil y delicada para todo.
- a la mujer trabajadora, sana, fuerte y robusta.

Con esto se crea el culto a la invalidez femenina "la mujer menstruando está indispuesta", "el embarazo es una enfermedad, y requiere la intervención del médico", "la menopausia es la enfermedad incurable, es la muerte de la

mujer dentro de la mujer". Se considera la enfermedad como la clave de la feminidad.

La masturbación, un defecto particularmente pernicioso que provoca trastornos mentales.

Con la llegada de Freud en el mismo siglo, se ubica a la histeria como una enfermedad mental no proveniente del útero, órgano al que le debe su nombre.

El bisturí con que se diseccionaba la naturaleza femenina pasó por fin del ginecólogo al campo de la psiquiatría.

Si nos remontamos a nuestros días, es a través de una política de control de población, con diferentes programas aplicados a las mujeres del primer o tercer mundo, que se quiere controlar nuestro cuerpo, con el pretexto de que el problema del planeta o del futuro del planeta es "la sobrepoblación", que debe ser controlada a través de la mujer.

Una vez más, la mujer también es responsable en su mayoría del futuro. Esta responsabilidad recae sobre todo en la mujer del tercer mundo, "la de clase baja", ya que en el primer mundo, se nos pide que la tasa de natalidad aumente.

A través de distintas culturas, religiones y sociedades, se ha ido desarrollando la anticoncepción desde tiempos primitivos. Los primeros escritos sobre el tema son chinos y datan de 3 mil años antes de Cristo. Se trata de sustancias como la goma arábiga (extraída de raíces de acacias), que al fermentar liberaban ácido láctico, sustancia esta con propiedades espermicidas.

Los hindúes, con la misma función usaban la sal de roca intravaginalmente.

# sexualidad responsable sexual

La tradición judía se refleja en el Talmud permitiendo la regulación de la anticoncepción en tres casos de mujeres: las niñas aún púberes, la embarazada, y la mujer lactante. La anticoncepción se efectuaba mediante la introducción en vagina de un trozo de lana que funcionaba como tapón.

En la antigua Grecia y la cultura Romana, los métodos eran similares pero solo eran conocidos por una élite cultural y social. En la Edad Media, el Islam no condena el control de la natalidad, ni siquiera el aborto, siempre y cuando estuviera practicado en el primer trimestre de la gestación. La anticoncepción era una disciplina que practicaban tanto los médicos como las comadronas, las cuales realizaban un papel primordial en la sociedad medieval respecto del cuidado de la salud de la mujer.

En la edad media, la iglesia católica, aún conociendo todo el bagaje anticonceptivo del que se disponía, solo permite el uso de los mismos en casos verdaderamente excepcionales.

Las reflexiones de Santo Tomás de Aquino en el siglo XIII, en las que condenaba el uso de la anticoncepción, han venido a tener una influencia fundamental en la moral occidental, lamentablemente hasta nuestros días.

Después de la revolución industrial comienza la idea de regular la natalidad desde un punto de vista colectivo y no de forma particular como en la antigüedad. El artilugio de cubrir el glande del pene se destina en un principio a evitar la extensión de la sífilis galopante que azotaba Europa.

Sin embargo, podemos considerar esta técnica como el inicio de la anticoncepción de los tiempos modernos.

A finales del siglo XIX en Alemania, se describen los primeros diafragmas. Por la misma época, en Inglaterra, aparecen las primeras sustancias espermicidas que fueron perfeccionadas en los años '20. Surgen también en estos años los primeros dispositivos intrauterinos; pero no es hasta los años '60 que son aceptados, tanto por la medicina como por la población en general.

Es en 1959 en que se descubre la

inhibición de la ovulación a través de la administración de una combinación de hormonas sexuales femeninas sintéticas, estrógenos y progesterona, es decir, el nacimiento de la píldora, que supone tanto una revolución científica como social, sobre todo para las mujeres que en un principio ven en ello una ganancia importante en su lucha por la liberación. Pero el uso que en general la medicina ha dado durante todos estos años de este método, tiene que ver más con el control de la natalidad a cualquier precio que con la liberación sexual de la mujer.

En España, la anticoncepción fue despenalizada por modificación del código penal en 1978. Hasta ese momento, se equiparaba la anticoncepción a las prácticas abortivas.

## Panorama actual

Como todos sabemos, existen en la actualidad diversos métodos anticonceptivos que se pueden clasificar de varias maneras, así, se llaman métodos permanentes aquellos que ejercen su función en el cuerpo independientemente del momento sexual, es decir, la mujer siempre está en disposición anticonceptiva (dispositivo intrauterino, píldora anticonceptiva y demás métodos hormonales). Estos métodos permanentes, en principio, necesitan de un control médico importante y periódico, ya que son los que tienen más efectos secundarios sobre el cuerpo. Con estos métodos, los profesionales se sienten más seguros, ya que son ellos en gran medida los que controlan el método... y por ende, el cuerpo femenino.

Los métodos no permanentes son los que se utilizan en relación al acto sexual y necesitan de una información y aprendizaje acerca de su uso. Estos métodos pueden independizarse más del control médico y es la mujer, y en algún caso la pareja, la que debe manejarlos. Poseen pocos o ningún efecto secundario y permiten desde el inicio que la mujer tenga un acercamiento más íntimo con su cuerpo. La mayoría de estos métodos son a los que también se llama "barrera" porque actúan de ese modo precisamente: preservativo (masculino

y femenino), diafragma, capuchón cervical. También están en este grupo los métodos "naturales" (coitus interruptus, temperatura basal, etc.).

Otra clasificación posible es agruparlos en métodos reversibles, aquellos que una vez se han retirado del cuerpo dejan, al cabo de cierto tiempo, de ejercer su acción anticonceptiva (caso de la píldora o del DIU), y métodos irreversibles, los que, como su nombre lo indica, son para siempre (ligadura de trompas).

## Hormonadas toda la vida

Para la medicina alopática (oficial) los mejores métodos son los hormonales en cualquiera de sus formas: píldora (diaria), anillo vaginal (mensual), parches transdérmicos (semanales) o implantes hormonales intradérmicos (3 años), o bien el DIU, ya que según sus estadísticas son los métodos más efectivos.

Pero esta afirmación no es tan cierta, ya que la experiencia en nuestras consultas muestra que los métodos no permanentes son métodos en general efectivos y seguros y que las mujeres aprenden de su cuerpo sin ninguna dificultad.

Los avances médicos-científicos en el tema de la anticoncepción están ligados única y exclusivamente a lo hormonal.

Cada vez tenemos "mejores" combinaciones... "mejores" formas de administrar las hormonas... para lograr interrumpir y desarticular la hermosa estructura biológica del cuerpo femenino. En las sociedades avanzadas el proyecto es: primero, al inicio de la sexualidad activa, en la adolescencia y juventud, dar hormonas para provocar la anovulación. Cuanto más alejado esté este hecho cotidiano de la conciencia de la mujer, mejor. Ya no es pensar cada noche en tomar la píldora, sino que se suplanta por introducir en la vagina un dispositivo hormonal que permite ya "no pensar" durante todo el mes. O bien el implante hormonal intradérmico que funcionará y desconectará del tema a la mujer durante nada menos que tres años. Estos dos últimos métodos, en teoría tendrían menos toxicidad, ya que, al no ser orales,

# Lidad responsable sexualidad

se saltan la barrera hepática. Ya veremos su toxicidad en el tiempo. La anticoncepción hormonal administrada de manera abusiva, durante muchos años, con escasos o nulos períodos de descanso, origina serios trastornos una vez abandonada, al restituir el ciclo femenino. Muchas veces no se consigue volver a ovular de forma natural. Comienzan los trastornos de la fertilidad, lo que agregado a la edad más avanzada para la maternidad, ponen en contacto a la mujer con las técnicas de reproducción asistida, con el consiguiente absoluto desborde en la administración de hormonas para estimular los ovarios y obtener óvulos en un número que sobrepasa lo natural. Hoy sabemos que para cualquiera de las técnicas de reproducción asistida, aunque la dificultad de la pareja no tenga que ver con la mujer sino con la producción espermática, se estimulan los ovarios igualmente, tanto sea para una inseminación artificial o FIV. Años más tarde, aparece la THS, con lo cual nuevamente se hormonaliza la mujer, esta vez en la etapa menopáusica, para apaciguar la sintomatología hasta nueva orden. Por lo que vemos, desde la adolescencia hasta pasada la menopausia, podríamos afirmar que no hay respiro para el cuerpo de la mujer. Y que, de no concientizarnos, la estimulación hormonal seguirá acompañando la totalidad de la vida fértil.

## El mejor método

Personalmente, aunque pienso que los métodos que producen menos efectos secundarios son los más adecuados, también opino que hay circunstancias en las que, por ejemplo, usar un método hormonal puede ser lo más indicado para una mujer en un momento determinado de su vida. Es decir, también puede ser un grave error indicar un método barrera o natural en un momento no adecuado. A la hora de elegir un método anticonceptivo hay unos parámetros que se deben valorar y cada mujer elegirá según sus prioridades. Estos parámetros son:

1. Efectividad: podemos entender que hay una efectividad propia del método y otra que depende de su manejo, que a su vez depende del conocimiento que se tenga tanto del cuerpo como del propio método. Ejemplo: un diafragma mal colocado o retirado antes del tiempo aconsejado puede perder efectividad.
2. Seguridad: aparte de la seguridad del propio método, es la que la mujer va teniendo en tanto va confiando y se siente "cómoda" con él.
3. Comodidad: para algunas mujeres, la comodidad significa "no pensar en nada en el momento del coito". Para otras mujeres significa "tomar conciencia del propio deseo y manejar con libertad en ese momento la anticoncepción". Por esto mismo es que considero fundamental tener en cuenta la individualidad a la hora de orientar sobre este tema.
4. Inocuidad: hay una inocuidad primaria que es aquella que tienen algunos métodos anticonceptivos, por ejemplo, los naturales (métodos barrera, etc.). También hay una inocuidad secundaria que corresponde a cómo la mujer se hace con el método de acuerdo a sus circunstancias. Por ejemplo, si a una mujer con un gran miedo al embarazo y una educación represora de su sexualidad le indicamos de entrada un método que requiera mucha observación y tocamiento de su propio cuerpo, puede ser que aumentemos su angustia e inseguridad.

## La consulta de anticoncepción: dar y recibir información

Por último, la consulta de anticoncepción debe ser un espacio en el que se desarrolle una visión global de la salud de la mujer que acude a ella. Este espacio lo entiendo

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### REVERSIBLES

#### Permanentes

##### Hormonales

Píldora  
Inyectables (progestágeno)  
Parche anticonceptivo transdérmico  
Implante hormonal intradérmico  
Anillo vaginal  
DIU vaginal  
DIU con hormonas  
Píldora del día después

##### No hormonales

DIU de cobre

#### Permanentes

##### Barrera

Espermicidas  
Condón  
Condón femenino  
Esponja cervical  
Diafragma

##### Naturales

Coitus interruptus  
O'Gino-Knauss  
Temperatura basal  
Billing-moco cervical

### IRREVERSIBLES

#### Esterilización femenina

Ligadura de trompas  
Dispositivo intratubárico

#### Esterilización masculina

Vasectomía

más que como un momento puntual, como algo que se va desarrollando con el tiempo; tiempo que para cada mujer será diferente, por su historia, por sus propias vivencias, buscando esas pequeñas fórmulas que le ayuden a conectar con su capacidad de gozar... y a poder compartirlo con el otro. Es la mujer en primer y último lugar quien debe elegir lo que es más adecuado para ella en este momento de su vida, contando con toda la información que le doy. Considero que no existe "EL" método anticonceptivo, el mejor... y así lo transmito a mis pacientes, sino que podremos encontrar el más adecuado para el momento actual, para este tiempo de su vida y sexualidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cabero Roura, L. "Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción". Ed. Panamericana. Barcelona, 2003.
- Ehrenreich, B. y English, D. "Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Ed. La Sal. Barcelona, 1984.
- López de Castro, F. y Lombardía Prieto, J. "Novedades en anticoncepción hormonal". En: Revista Información Terapéutica. Vol. 29 Nº3 año 2005.
- Strobl, I. Fruto extraño : sobre política demográfica y control de población. Virus Editorial. Barcelona, 1994.



## Lógicas sociales de Los comportamientos sexuales (de riesgo)<sup>1</sup>

Laia Ferrer  
Demógrafa  
Centre d'Estudis  
Demogràfics  
de Barcelona

*Il reste beaucoup à faire dans la relation des femmes à leur sexualité. Certes, elle peuvent théoriquement faire l'amour pour faire l'amour, pour avoir du plaisir, mais en réalité la société leur demande toujours de se justifier.*

Janine Mossuz-Lavau  
(Directora de investigaciones en el CNRS, París)

Los comportamientos sexuales responden a patrones construidos y moldeados socialmente. Del mismo modo, sin ánimo de excluir la responsabilidad individual de la toma de decisiones, los comportamientos sexuales de riesgo —como los que llevan a una Interrupción Voluntaria del Embarazo— son resultado de *lógicas sociales*, aspectos no sexuales que afectan a la sexualidad como la religión, la fecundidad, la familia, los roles de género, la paternidad/maternidad, ...<sup>2</sup> El *aborto voluntario*, como resultado de un posible sesgo entre la intención de no tener un hijo y un embarazo imprevisto, es un buen ejemplo de la compleja relación que se establece entre las conductas individuales y las *exigencias* sociales en materia de sexualidad. Si se acepta esta aproximación a los comportamientos sexuales de riesgo, valdrá la pena reflexionar sobre todos

aquellos aspectos del contexto social que pueden ser modificados para evitar situaciones no deseadas.

No es fácil valorar el efecto de las lógicas sociales en un individuo, sin embargo en estas líneas se hace hincapié en algunos de los aspectos no sexuales que afectan a nuestra sexualidad en las sociedades europeas occidentales contemporáneas. Los cambios acontecidos en la concepción de la *sexualidad*, en genérico, y en las *normas sexuales*, en concreto, así como el papel de la *anticoncepción* y los *roles de género* sirven de hilo conductor de la explicación presentada a continuación.

La **sexualidad humana** forma parte del proceso de construcción social de la persona, una construcción aprendida culturalmente. La subjetividad individual se elabora a partir de las

trayectorias y las experiencias sexuales y, estas, dependen de la edad y de la generación y se manifiestan de forma diferente según la pertenencia social y de género de los individuos. Concretamente, la iniciación sexual es en todas las culturas una etapa importante de construcción social de la masculinidad y de la feminidad. A pesar de este rol central de la sexualidad, durante mucho tiempo la *educación sexual* explícita ha sido insignificante. No es hasta las últimas décadas del siglo XX cuando hay un reconocimiento de la importancia de la educación sexual en las sociedades occidentales, a través de la educación formal y orientada a evitar situaciones de riesgo, como los embarazos no deseados o las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, raramente se habla de la sexualidad y de las conductas sexuales abiertamente y desde un punto de vista positivo.

# Lidad responsable sexualidad

La **anticoncepción**, en lo que se refiere al acceso y a su práctica, tiene un papel muy importante cuando se considera la evolución de las conductas sexuales y por ello pongo el acento en la llamada “segunda revolución anticonceptiva”<sup>3</sup> que se produce en los años sesenta en los países industrializados, caracterizada por la medicalización de la anticoncepción (anticoncepción oral, DIU, esterilización). Esta supone una ampliación de la autonomización de la sexualidad, con efectos claros especialmente en la mujer, pues se hace más evidente la distinción entre sexualidad con y sin fines reproductivos. En una tendencia que no ha dejado de crecer, en Francia por ejemplo –un país promotor en el uso de la anticoncepción moderna– se pasó del 41% de mujeres de entre 20 y 44 años que usaban métodos modernos eficaces el 1978 al 67,4% el 2000<sup>4</sup>. La fecundidad forma parte, a partir de entonces, de los proyectos personales de los individuos, la maternidad y la paternidad son una opción, ellos pueden escoger el momento, el espaciamiento y/o limitación del número de hijos. Las preferencias se traducen en un descenso en el número de hijos que se sitúa de media, todavía hoy, en menos de 2 hijos por mujer en los casos belga, francés y español, por ejemplo<sup>5</sup>. Una de las evidencias de esta autonomización de la sexualidad es la disminución de los embarazos imprevistos; de nuevo el caso francés es ejemplar: cerca del 50% de embarazos era imprevisto el año 1975 respecto el 33% el 2000. Sin embargo, y a pesar de su descenso, los embarazos imprevistos no han desaparecido, debido a un fallo inesperado del método anticonceptivo, a un mal uso o a un no uso del mismo. Con ello se hace evidente la compleja relación entre la sexualidad y la anticoncepción.

Una pérdida del miedo delante de un embarazo no deseado es clara en las nuevas generaciones,

aunque en las mujeres recae una nueva responsabilidad, a veces no compartida con su compañero sexual, la de controlar las consecuencias de la actividad sexual. En un momento en el cual la sexualidad no está ligada necesariamente a la conyugalidad, las consecuencias de un fallo anticonceptivo pesan, sobretodo, sobre la mujer. En cambio, a menudo la elección del método anticonceptivo se hace en función de las preferencias del hombre –expresadas por el hombre y/o interpretadas por la mujer–. Vemos de nuevo como las conductas sexuales generan situaciones contradictorias que demuestran la complejidad de los comportamientos individuales: Pese existir las mejoras de los métodos y su acceso, la práctica anticonceptiva lejos de reducirse a una elección racional es el resultado complejo de interacciones entre las mujeres y sus parejas y las personas que prescriben el método.

Esta realidad que se ha apuntado no excluye que la “revolución anticonceptiva” a la que se ha hecho referencia tenga la capacidad de cambiar completamente el contexto en el que nos encontrábamos. La “función” del orgasmo es considerada primordial y hasta más importante que la procreación como resultado de la actividad sexual en el ámbito de la pareja. La revolución sexual de los setenta es vista, entonces, como la legitimación de la actividad sexual erótica en el seno de la pareja. La sexualidad se constituye como una de las condiciones de bienestar, de disfrute personal y de comunicación con la pareja<sup>6</sup>. Fruto de los cambios en las conductas de los individuos, éstas se reflejan en las nuevas aproximaciones institucionales: Es a mediados de este decenio cuando el concepto de salud sexual tenderá a distinguirse del de *salud reproductiva*, desvinculando la sexualidad de la actividad procreadora; tiene esto un claro sesgo femenino porque se pone el acento en los derechos y las libertades sexuales, el derecho al aborto...

En relación a las **normas sexuales**, estas no desaparecen en las sociedades contemporáneas, aunque se hable de un cierto relajamiento de las mismas. En cualquier caso, ya no se aprenden a través de los mismos canales de transmisión de antaño (la familia, la escuela, la religión) sino sobretodo en las conversaciones entre cónyuges y/o amigos y a través de los medios de comunicación. El exceso de información, no siempre contrastada (pornografía, imágenes de sexo explícito...), supone un riesgo, especialmente entre los más jóvenes quienes pueden tener criterios de selección de los mensajes recibidos menos sólidos. Estaríamos hablando de nuevas estrategias de interiorización de las normas, siendo estas menos codificadas previamente. Esta transformación de las normas transmitidas hace que convivan antiguas y nuevas normas sexuales: Continúa habiendo un edad para la sexualidad (cuando empezar las relaciones y cuando acabarlas) y una edad para ser madre<sup>7</sup>. Y continúa habiendo normas morales en materia de aborto que hacen referencia al valor de la vida y al momento que se considera el inicio de esta vida, las cuales influyen sobre las conductas de los actores.

La aceptación social o no de la sexualidad, fruto de estas normas, es un aspecto clave a la hora de legitimar la propia sexualidad y evitar situaciones de riesgo. Una mujer que no siente legitimada su sexualidad es una mujer que no se responsabilizará de ella y, por lo tanto, no accederá a la prevención para evitar situaciones no deseadas. En este sentido, en nuestras sociedades occidentales actuales aparece una población sensible –adolescentes, inmigrantes y mujeres a los dos extremos del periodo fértil–. No es suficiente aceptar la sexualidad fuera del matrimonio para poder hablar de una aceptación social de la sexualidad, en un momento en el que las biografías conyugales y afectivas se diversifican y

el tiempo durante el cual se es sujeto sexual activo dentro de la pareja se amplía, sobretodo para las mujeres. En un momento en el que hay un aumento de las rupturas conyugales hay un grupo interesante a analizar en relación a los comportamientos sexuales de riesgo: las mujeres que forman una nueva unión después de una ruptura en edades avanzadas o aquellas que tienen relaciones, estables o esporádicas, sin compartir una vida en común.

En referencia a los **roles de género**, desde finales de los años sesenta, la autonomización de la mujer, social y sexual, hizo que tomara, también, una posición activa y reivindicativa con relación a su sexualidad. Una de las reivindicaciones más frecuentes fue el derecho de disponer de su propio cuerpo y de sus capacidades sexuales y reproductivas, las cuales la legitimaron a exigir el derecho al aborto voluntario, por ejemplo. En este contexto, las problemáticas que las mujeres expresan no se refieren solamente a la actividad sexual y reproductiva sino también a otros aspectos de esta concepción más amplia de la sexualidad: Al vínculo afectivo y a la relación conyugal.

Ya se ha avanzado que las relaciones de género tienen un rol central en las conductas sexuales. Aunque ha habido cambios en las normas sexuales a partir de los años setenta, perdura una relación social del sexo en la construcción afectiva y sexual como resultado de una diferencia en la transmisión entre hombres y mujeres. La dominación masculina en las representaciones y prácticas sexuales es una de ellas y se refleja a distintos niveles: Divergencia de edad de entrada a las relaciones sexuales, aunque cada vez es más pequeña<sup>8</sup>, permanencia de la idea que es la mujer quien tiene que gestionar las consecuencias reproductivas del acto sexual, idea que el hombre tiene unas necesidades sexuales que la mujer no tiene, idea que el hombre espera más del sexo y la

mujer de los sentimientos. Estos aspectos se pueden traducir en una dificultad en la *negociación*. En el seno de la pareja, la falta de poder de negociación puede hacer aumentar la probabilidad de una relación de riesgo.

Las transformaciones en materia de sexualidad han sido más rápidas que las de la organización social de la maternidad/paternidad. El rol paternal está todavía lejos de tener las implicaciones materiales, identitarias y de responsabilidad del rol maternal. Todavía hay una obligación social por parte de la mujer, como madre, que le concede, consciente o inconscientemente, un sentimiento de pertenencia de las decisiones finales que giran alrededor de un embarazo imprevisto y del aborto.

Por todo lo expuesto en estas líneas nos damos cuenta que en las sociedades europeas occidentales se ha conseguido hablar con más naturalidad de la anticoncepción y su acceso es casi perfecto<sup>9</sup>. Sin embargo nos queda una asignatura pendiente: Hablar más abiertamente de la sexualidad. No debería sorprendernos, pues, que una de las debilidades de nuestras sociedades, en relación con la prevención de situaciones de riesgo, sea la gestión cotidiana de la sexualidad, implicando a hombre y mujeres por igual.

## BIBLIOGRAFIA

- BOZON, M. & KONTULA, O. (1997) "Initiation sexuelle et genre en Europe. Comparaison des évolutions de douze pays européens". *Population*, 6, Ined: París.
- FERRER, Laia (2006) *L'avortament en el context de la Salut Sexual i Reproductiva a Bèlgica i França. Aportacions des de la sociologia, la geografia i la demografia* [Memoria de Investigación del Doctorado de Demografía dirigida por Montserrat Solsona, Departamento de Geografía. Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics]

- GIAMI, A. (2005). "La sexualité et les comportements sexuels". pp. 138-141. A FERNÁNDEZ, H. (ed.) *Traité de gynécologie*. Flammarion: París.
- LÉRIDON, H. (1999). "Trente ans de contraception en France". *Échanges santé sociale*, 93:46-51.

## Notas

- <sup>1</sup> Las reflexiones y los datos empíricos que se presentan a continuación están incluidos en el trabajo de investigación *L'avortament en el context de la Salut Sexual i Reproductiva a Bèlgica i França. Aportacions des de la sociologia, la geografia i la demografia* de la autora que firma este artículo, elaborado en el marco del Doctorado de Demografía que se imparte en el Centro de Estudios Demográficos en Barcelona.
- <sup>2</sup> Se entiende por *lógicas sociales* de la sexualidad a las representaciones sociales que afectan las conductas sexuales, las cuales son influidas por la pertenencia del individuo en un contexto social, geográfico y temporal.
- <sup>3</sup> LÉRIDON, 1999.
- <sup>4</sup> Según la *Encuesta Mundial de Fecundidad* elaborada por el INED en 1978 y la *Encuesta Cohort-épidémiologique sur les pratiques contraceptives et recours à l'IVG en France* llevada a cabo por el INED y el INSERM el 2000.
- <sup>5</sup> Según el Consejo de Europa (2002), el año 2000 el Índice Sintético de Fecundidad en Bélgica era de 1,66 hijos por mujer, de 1,89 en Francia y de 1,24 en España.
- <sup>6</sup> GIAMI, 2005.
- <sup>7</sup> La *edad media de la mujer a la primera relación sexual* es de 18,4 años en Bélgica y 17,6 en Francia (Bozón, 1997). La *edad media a la maternidad* (del primer hijo) es de 27,9 años en Francia el 2000 y de 27,6 en Bélgica el 1997, según datos de Eurostat.
- <sup>8</sup> No supera el medio año en las generaciones nacidas el 1970 en el caso belga y aquellas nacidas en el 1980 en Francia (según Bozón, 1997).
- <sup>9</sup> A modo de ejemplo, según datos de 2003 de Naciones Unidas un 78,4% de mujeres de 15-49 utilizan algún método anticonceptivo en Bélgica, el 74,6% en Francia y el 80,9% en España (y sólo el 4,1% en Bélgica, el 9,5% en Francia y el 13,6 % en España usan métodos tradicionales).

mys música mys música



**NACER RENACER  
ROSA ZARAGOZA**

*Mi abuela parió a mi madre.  
Mi madre me parió a mí.  
Todas paren en mi casa.  
Yo también quiero parir.*

*Yo quiero parir tranquila,  
que nadie me meta prisas,  
que mi chico esté conmigo  
por si hay lágrimas o risas.*

.....

Esta es una de las canciones del disco de Rosa Zaragoza *Nacer Renacer*, se llama *la rumba de las madres*. Hay muchas más, de la propia Rosa, de otras y otros autores, canciones tradicionales, canciones dulces como un soplo en el oído, canciones llenas de ritmo, de las que invitan a mover las caderas, a sentir el calor del vientre y del bajo vientre... Pero este disco es mucho más que un disco, "es un canto a la vida, al amor y, sobre todo, a las mujeres que los dan a través de su cuerpo, su alma", es un librito de canciones, de testimonios de mujeres, de reflexiones, de ejercicios de yoga, de fotos, de cuadros, de barrigas de embarazadas, de hijos...., es una pequeña joya.



**MEDICINA, HISTORIA Y  
GÉNERO  
130 años de investigación  
feminista**

**Teresa Ortiz**

"Este libro trata sobre los estrechos vínculos que, durante más de un siglo, han mantenido médicas, historiadoras y feministas para elaborar una historia de la medicina y de la salud en femenino. Una historia que ha partido de nuevas preguntas de investigación y que ha incorporado los conceptos básicos del feminismo teórico con objeto de construir un conocimiento no androcéntrico sobre la medicina del pasado que aspira a entender y transformar el presente".

*Teresa Ortiz es Catedrática de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada y pertenece al Instituto de Estudios de la Mujer de dicha Universidad.*

Nombre y Apellidos.....  
 Profesión .....  
 Asociación .....  
 Dirección .....  
 Ciudad..... C.P. ....  
 Tl./Fax..... E-mail .....  
 Fecha de suscripción .....

SUSCRIPCIÓN ANUAL (tres números) ..... 11,25 €  
 FORMA DE PAGO DE LA SUSCRIPCIÓN: Domiciliación bancaria a nombre de CAPS

Titular .....  
 Banco .....  
 Código entidad..... Código oficina..... DG..... N°CC .....

**MyS MUJERES  
Y SALUD**

**solicitud de suscripción  
a La revista**

EJEMPLARES SUeltOS:

Sencillos ..... 4 €  
 Dobles ..... 8 €

La renovación anual será automática si no hay aviso en contrario.

CAPS  
 C/ París, 150, Barcelona 08036  
 Tel./Fax 93 322 65 54  
 mys@pangea.org

# Las Beguinas una red en Las dos orillas



Las Beguinas somos una red de mujeres entre las dos orillas del Atlántico, mexicanas y europeas, las cuales hemos estado trabajando juntas distintas vías de autoaprendizaje durante más de una década y que, para nuestro regocijo, no sólo perduramos, sino que entendemos que hoy es más necesario que nunca continuar expandiéndonos y estrechando lazos entre mujeres.

En nuestro país existe una Asociación de Hobeguinas en el País Vasco y otra Asociación de Beguinas en Andalucía, ambas a nivel de Comunidad Autónoma.

Convencidas de aquello de "otro mundo es posible", trabajamos fundamentalmente con mujeres que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social, como pueden ser mujeres presas o indígenas. También desarrollamos proyectos solidarios con México y África, y organizamos eventos de distinta naturaleza, aunque, hasta ahora, mayormente enfocados hacia el área de la salud desde una visión amplia.

En este sentido, estamos organizando un Congreso sobre Mujer Medicina

para el año 2008. No es casualidad la ilusión puesta en la creación de este encuentro ya que muchas socias beguinas se dedican al arte de la curación y la expansión de otras formas de entender y practicar la medicina. La herencia de milenios avalan a estas profesionales que, desde dentro o fuera del sistema de salud pública, nos recuerdan que cada vez se nos hace más urgente devolver el poder a todas las mujeres para que decidan sobre su propio cuerpo, su salud y su vida.

Las beguinas nos sentiremos muy requetebién y contentitas si queréis contactar con nosotras: [beguinas5@hotmail.com](mailto:beguinas5@hotmail.com)

## MYS MUJERES Y SALUD

una revista autónoma y multidisciplinar sobre la salud integral de las mujeres, elaborada desde la conciencia de género.

una vía de comunicación interactiva abierta a las lectoras, grupos, asociaciones, activistas, profesionales y redes nacionales e internacionales.

una publicación dirigida a investigar y mejorar la salud, la educación sanitaria y la calidad de vida de las lectoras.

## solicitud de suscripción a La revista

### Números publicados:

- 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
- 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
- 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
- 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes
- 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
- 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
- 7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental,
- 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE.
- 9 POR UN PUÑADO DE OVULOS. Revolución de la reproducción.
- 10 "DOCTORA ME DUELE TODO" Fibromialgia
- 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.
- 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.
- 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización
- 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA
- 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES
- 18 MONOGRÁFICO CÁNCER DE MAMA
- 19 MONOGRÁFICO PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS