

## ENTREVISTA

Dra María Fuentes  
FALTAN  
COMADRONAS PARA  
HUMANIZAR  
EL PARTO

## CORAZON

Antiguos y nuevos  
riesgos

## PSICOLOGIA

como afrontar  
una enfermedad  
crónica



Que viva el corazón!!

## staff

### 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](http://www.verbigrafia.com)

Impresión: ESMENT, Centre Especial de  
Treball d'AMADIP

Depósito legal: PM 765-1996

¡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

#### No creas tener derechos

Montserrat Cervera Rodon. .... 3

### cartas

El debate de las tallas y Amigas de MyS ..... 4

### La entrevista

#### María Fuentes. "Faltan comadronas para humanizar el parto"

Rita Gavarró y Leonor Taboada ..... 6

### ARTÍCULOS

Reflexiones de una psicoanalista feminista. Claudia Truzzoli. .... 11

#### Implicaciones psicológicas en patologías crónicas.

Corina Hourcade Bellocq ..... 14

#### Violencia contra las mujeres en la pareja.

¿Se puede hacer algo desde el sindicato?. Carme Catalán Piñol ..... 16

#### Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del virus

del papiloma humano en España ..... 18

### cuida tu corazón

#### Riesgos cardiovasculares en las mujeres.

#### Primera causa de muerte entre mujeres.

Carme Valls-Llobet ..... 21

#### Revisión de las guías para el tratamiento con estatinas.

Maryann Napoli ..... 29

#### Omega 3 y enfermedad cardiovascular.

Pilar Parra ..... 31

#### Las mujeres y las cosas del querer.

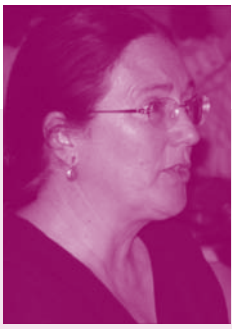
Jocelyn Guerrero ..... 35

#### Factores psicológicos y cardiología.

Cristina Silvente ..... 39

en movimiento ..... 43

minidosis ..... 44



# No creas tener derechos

Monserrat Cervera Rodon

Historiadora

Ca la Dona. Barcelona.

En estos más de 30 años de movimiento feminista, las mujeres del Estado español hemos conseguido un cambio espectacular en la vida de las mujeres, en el reconocimiento social de nuestra existencia y de su valor.

Para ello hemos actuado, reflexionado, manifestado, escrito... y seguimos en ello haciendo oír nuestra voz... vindicando el derecho a decidir sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos...

Estamos orgullosas de los cambios acontecidos; de que nuestras hijas tengan menos dificultades que nosotras; de que las leyes las amparen más y, aunque falte mucho, de la posibilidad de hacer oír y valer nuestra voz desde nuestras diferencias y las diferencias de nuestra experiencia en el mundo.

Pero sabemos, y muy especialmente en el movimiento de mujeres por la salud, que hay que estar alerta, que la igualdad formal es necesaria pero no suficiente y que el cambio de la sociedad patriarcal es una cosa de todos y todas, y aquí no todos ni todas han cambiado tanto... y las leyes siguen tutelando y constriñendo la libertad de las mujeres y no garantizándola.

Esto lo sabíamos hace tiempo, muy especialmente, respecto a los derechos sexuales y reproductivos. Sabíamos, por ejemplo, que nuestra ley de despenalización parcial del aborto quedaba lejos de las recomendaciones de las conferencias de El Cairo y Beijing, en las que se incluía el derecho al aborto en condiciones dignas, que sin embargo nuestros gobiernos ratificaron pero no garantizaron.

Nosotras ya habíamos alertado de que esta ley, que ya tiene 22 años de vida, no garantizaba el derecho de las mujeres a decidir ni la seguridad jurídica para ellas y los profesionales -ya que la mayoría de los abortos que deberían ser por libre elección de las mujeres se realizan a través del tercer supuesto que es extremadamente vago y sujeto a interpretaciones subjetivas<sup>1</sup>-,... pero nos habíamos tranquilizado porque, felizmente, hacía más de diez años que no había ningún juicio y las mujeres, aunque la mayoría lo hiciera fuera de la sanidad pública, podían abortar sin riesgo para su vida.

Por desgracia, tendemos a olvidar que el patriarcado sigue su curso y que hay aún muchos sectores del fundamentalismo religioso y de la derecha más recalcitrante que aprovechan todo resquicio para atentar contra los derechos de las mujeres. Hemos visto un ejemplo de ello estos días en vivo y en directo. Se ha vulnerado el derecho a la intimidad de las mujeres que habían abortado legalmente en las clínicas acreditadas; se está persiguiendo a los profesionales que posibilitan que esta ley funcione (aunque sea desde la sanidad privada ya que la sanidad pública escurre el bulto)...

Hemos tendido que volver a hacer oír nuestra voz reclamando lo mismo que al principio de la transición: **el derecho de las mujeres a decidir**. Necesitamos una despenalización real que contemple y acabe con esta tutela de los hombres sobre las mujeres, ya sea el Estado, el juez, el médico o el compañero de turno que sigue teniendo más voz y poder que nosotras.

Estamos por una mejor educación acerca de nuestro cuerpo, nuestra sexualidad, entre chicos y chicas, entre hombres y mujeres, para aumentar la propia responsabilidad sobre nuestro cuidado. Exigimos a los poderes públicos más información sexual y afectiva en todos los niveles de la enseñanza, que los métodos anticonceptivos sean gratuitos y de fácil acceso. Creemos que es así como se reducirán angustias y embarazos no deseados. Y que cuando esto falle, podamos acudir a la sanidad pública para interrumpir el embarazo, si esa es nuestra decisión, sin exponer ni nuestra dignidad ni nuestra vida...

Consideramos que el aborto no es deseable y que ninguna mujer lo desea, pero que, llegado el caso, debe poder hacerlo en condiciones sanitarias adecuadas.

Una vez más, los lemas de la transición: **"Aborto libre y gratuito"**, **"Anticonceptivos para no abortar"**, **"Abortar para no morir"** vuelven a sonar actuales.

El aborto debe salir del Código penal y **el derecho de las mujeres a decidir debe ser el derecho en el que se base la nueva ley**.

Como dicen nuestras compañeras latinoamericanas: Las Mujeres deciden, La sociedad respeta, y el estado debe garantizar.

*1 La ley contempla tres supuestos: 1- por violación (plazo máximo de 12 semanas), 2- por malformaciones fetales (22 semanas) y 3- por riesgo para la salud física o psíquica de la madre, sin plazo establecido y por decisión del médico.*



# EL debate de Las tallas:

## ¿Y tú qué eres: campana, cilindro o diábolo?

Selección de comentarios habidos en la Red-CAPS respecto a la iniciativa del Ministro de Sanidad de clasificar a las mujeres en tres categorías morfológicas: campana, cilindro y diábolo, para resolver el problema de la variabilidad de talle existente.

*¿Es necesaria una respuesta al "barrilete" del ministro? ¡¡por favor hagamos algo!!*  
C.M.

*Ayer noche, viendo el telediario, casi me dio un soponcio... Estas nuevas etiquetas están dentro del estudio para homogeneizar las tallas de ropa pero no sé lo que aportan a nuestra salud ni a nuestros derechos como consumidoras... A nada nos sacan un parche... El poder, más que nunca, ahora es poder sobre los cuerpos.*  
E.B.

*Yo lanzaría una nota de prensa diciendo que nuestro próximo proyecto de investigación va a ser tipificar el cerebro de algunas personas en: cerebro-mosquito, cerebro-pene, cerebro-asno y cerebro-¿esquenotedalacabezaparamasqué?.*  
R.M.

*Tengo una sensación muy fuerte de que a la que una se descuida, o nos quieren vacunar o nos proponen un cuerpo "diábolo" como la meta a alcanzar (entre otras miles más)*  
C.B. (con mi cuerpo de campana, je,je,je)

*Tenemos un ministro de sanidad que cada vez que habla sube el pan (como se dice en Aragón). Primero la vacuna, en un claro ejemplo de pleitesía a la industria, y ahora lo de las tallas. ¡Y encima dice que está haciendo políticas sanitarias de género!. ¿Es que no le asesora nadie?. Además, la idea de un cuerpo ideal no es nueva: ya en la época de mi madre se hablaba de mujeres 90-60-90 (cadera redonda, pecho generoso y cintura de avispa). Sólo las artistas de cine entraban en la categoría. Nunca pensé que diría esto: "Señor ministro, no nos haga políticas de género, por su madre".*  
M.L.C.

*...si ya tener ciertas tallas, o no tenerlas, es motivo de angustia y complejos para muchas chicas y también mujeres adultas, el que nos etiqueten con uno de estos morfotipos, en lugar de mejorar la situación, más parece que vaya a agravarla... En mi centro de trabajo estamos todas bastante sorprendidas, creemos que es una iniciativa muy poco afortunada, que nos cosifica más aún.*  
MA.U.

*Me sentí avergonzada y ridícula en nombre de las mujeres. Por cierto, ni las tres gracias de Rubens se parecen a los tres modelos. ¿A quién habrán medido???*  
C.V.

*Es que me parece que demasiados hombres siguen sin "dar la talla", por eso se ocupan tanto de la nuestra.*  
L.K.

*Gracias, señor ministro, por dedicar tanto tiempo, energía y dinero para recordarnos, una vez más, la identificación milenaria Mujer = Cuerpo. Como además de cuerpo, tenemos inteligencia, creatividad y sentido de la solidaridad, podríamos sugerirle que constaten y publiquen igualmente las "desequilibradas" medidas de los cuerpos varoniles, para que tampoco ellos sufran al vestirse. Aunque seguramente preferimos que utilicen el tiempo, la energía y el dinero para llevar a cabo una mejora cuantitativa y cualitativa en la salud de las mujeres, competencia que nos parece más apropiada para ese Ministerio.*

*...Como si los varones no tuvieran también cuerpos "atípicos", llenos de curvas "anómalas" en su parte delantera, por ejemplo...*  
MA.G.C.

## Amigas del mys

*Transcurrida una semana desde que la Dra. Carme Valls realizó la conferencia en nuestro barrio, seguimos hablando de ella. La conferencia ha tenido un importante impacto entre las socias. Ha puesto en evidencia la necesidad de que la asociación disponga de un espacio de encuentro permanente sobre el tema de Salud y Mujer. Os agradecemos pues la colaboración e impulso que hemos recibido por vuestra parte.*

*Nos suscribiremos a la revista "Mujeres y Salud"; pensando que su lectura se convertirá en un importante instrumento para construir y dinamizar el espacio de Salud y Mujer de nuestra asociación. Hemos pensado, siguiendo otras experiencias de otros grupos de mujeres, constituirmos en un círculo de lectura, algo así como "Amigas de M y S". La revista, pensamos,*

*podrá servir como elemento articulador de un taller de salud de las mujeres con vocación de continuidad. Intentaremos diseñarlo de forma que la información y las cuestiones planteadas, puedan ser recogidos en documentos. Saludos y muchas gracias !!!*

*Maria José Guzmán  
DONES DE MAS LLUÍ*



# on

## UDACH' KUQAX\*A'A'CH'



Marie<sup>1</sup> ha sido una dirigente india de la tribu norteamericana de los eyak, en Alaska, una princesa para su tribu, activista contra la deforestación de su territorio y de su lengua.

Con ella ha muerto la última persona de su tribu que hablaba en eyak fluido... Con ella hemos perdido una manera de interpretar el mundo, de expresarlo, que era única...

La lengua materna es la primera que nos ayuda a situarnos en el mundo. Incluso si conocemos,

hablamos y amamos otras lenguas de otros pueblos este legado materno es algo único e insustituible. El pueblo eyak como tantos otros ha sido víctima del genocidio y la aculturación. Como homenaje a toda su vida y a su lengua nos quedará siempre el sonido de su nombre en eyak **Udach' Kuqax\*a'a'ch'** que significa "un sonido que llama a la gente desde lejos". No dejemos que se apague este sonido y susurremos en su homenaje su nombre para que no muera: **Udach' Kuqax\*a'a'ch', Udach' Kuqax\*a'a'ch; Udach' Kuqax\*a'a'ch'**

*1(Marie Smith Jones (1918-2008))*

# off

## Publicidad vacuna papiloma: Monumental estafa

Por primera vez en España se rompen todas las reglas. No hay límites. No vale la ley española de publicidad de medicamentos ni la normativa europea que –todavía- evita la publicidad directa de medicamentos.

Para vender una vacuna a un precio sin sentido, (500 euros), se está coaccionando a madres, padres y jóvenes con argumentos falsos, inventando una epidemia que no existe y haciendo creer que el producto que ofrecen efectivamente "salvará" a las niñas del cáncer de cuello de útero, ocultando las limitaciones de un producto cuya eficacia real suscita muchas dudas entre los científicos que no sacan tajada de la inversión del laboratorio.

## ¿Dónde está mi toalla?



LEONOR TABOADA

Dónde está mi toalla, que la tiro. Hay momentos en la vida en que cuando te vas a la cama en lugar de relajarte más o menos en paz con tu conciencia sientes que todo falla, que todo lo que has hecho durante años ha sido para nada. ¿Cómo es posible encontrarte, 22 años después, autoinculpándote de haber abortado?.

¿Cómo es posible que Israel vaya todavía más allá en Gaza y condene a la inanición y la muerte a la población civil?.

¿Cómo es posible que los diputados del Parlamento Europeo se arrodillen ante la industria farmacéutica promoviendo una campaña para el pelotazo mundial de la incompleta e insegura vacuna del virus del papiloma humano?.

Me pasé unas cuantas noches revolviendo entre las sábanas y no pude encontrar la toalla. No hubo caso. Por eso cuando me levanto no me queda más remedio que continuar con los esfuerzos por conseguir una ley de plazos, por conseguir que acabe la tolerancia de la comunidad internacional con Israel, por conseguir en España una moratoria de la vacunación masiva de las niñas con la vacuna más cara de la historia.

Me temo que la gente con el gen del activismo nace con una deficiencia: ¡no tiene toalla!. Acaso tiene- tenemos- un no se qué que nos hace levantarnos cuando caemos, resistir cuando vienen mal dadas, y seguir creyendo que pese a todo el agobio no pueden dejar las cosas importantes sólo en manos sin escrúpulos.

El activismo es un sinvivir, y claro que a veces ¡caaaaansa!. No hay estadísticas sobre la esperanza de vida de las personas "activistas", sin embargo, creo que quedan acreditadas un par de cosas: que por siempre conservan sus locas esperanzas... y que nunca encuentran su toalla.

leonortaboada6@gmail.com

# La entrevista

por Rita Gavarró y Leonor Taboada

## María Fuentes

Médica, homeópata.  
Fundadora de la Asociación  
Nacer en Casa



## FALTAN comadronas para humanizar el parto

### LA HISTORIA RECIENTE

**- Hubo un momento de máxima medicalización del parto en España, (años 50, 60, 70). Las mujeres consideraban "muy moderno" parir con anestesia, "sin dolor", y se pasa del pentotal a la epidural. La lactancia materna alcanza las cotas más bajas en favor del biberón de leche artificial. En este panorama, ¿cómo llega la "onda" del parto natural a España?**

*Llega a España a principios de los 80 a través de un sector del movimiento feminista, Mujeres por la Salud, en la línea del colectivo de Boston. Era un sector muy reducido porque en ese momento el movimiento feminista por la salud priorizaba el derecho al aborto. Y llega también, en paralelo con los movimientos de recuperación de las terapias naturales –eran los inicios de la revista Integral, el movimiento*

*Higienista...etc. La conexión más directa es con Pithiviers, maternidad francesa, donde el Dr. Odent inicia el modelo de nacimiento sin violencia, inspirado en el método Leboyer.*

*En algunos países del norte de Europa se seguía manteniendo el modelo de parto domiciliario, especialmente en Holanda, que nunca lo perdió. En esos países, en las maternidades públicas, se recuperaba lo que hoy se llama parto humanizado, gracias a la presión del movimiento de las comadronas y con la ayuda de las recomendaciones de la OMS de 1985<sup>1</sup>.*

*En España, se recoge esa onda sobretodo desde el movimiento de parto en casa y, muy recientemente -en los últimos 5 a 10 años- empieza a moverse en el ámbito hospitalario en casos aislados, muy tímida y lentamente.*

### - ¿Quiénes atendían los partos en casa?

*Los primeros grupos y profesionales que trataron de dar una respuesta a esa demanda fueron: Pere Enguix del Colectivo Acuario en Valencia; Eneko Landaburu y Cristina Aznar en el País Vasco; Guillem Hernandez, Isabel Villena y yo misma en el "Grup de parts" (posteriormente llamado Titania y Dones per la salut) en Barcelona; Chus Montes en Tarragona; Carmen Pascual en Zaragoza y Mercedes Serrano en Guadalajara. Realizábamos una búsqueda entre intuitiva y profesional de otra visión de la salud y la profesión sanitaria...lo que hoy hemos dado en llamar perspectiva de género y salud holística. Poco a poco se fueron sumando profesionales de todo el país.*

# La entrevista

*Esta vez, la entrevista no la hago sola. La comparto con Rita Gavarró, periodista feminista implicada en el movimiento de salud de las mujeres desde hace años y colaboradora de esta revista. ¿Por qué?*

*Para María Fuentes hubo un primer parto, lógicamente, en su larga trayectoria asistiendo partos en casa y, hete aquí, que la mujer que entonces paría era Rita.*

*Así, una mañana de otoño las tres repasamos el pasado, el presente y el futuro del nacimiento en España entre risas y lágrimas. Porque hubo admiración y también lágrimas al seguir las peripecias de esa jovencita que decidió ser médica saliendo de una familia inmigrante en Cataluña, que logró ser universitaria, que ayudó a crear alternativas de salud que todavía hoy marcan el camino, y a la que la vida la llevó a encontrarse en el lugar adecuado en el momento preciso: cuando vio el primer parto “natural” en la clínica Pithiviers de Francia, a donde había llegado con su compañero durante un viaje iniciático de seis meses en moto -una simple vespero. Desde entonces, María Fuentes no ha parado de “humanizar” el parto en España, tanto con su práctica profesional como con sus publicaciones.*

## **.-¿Cómo era el perfil de mujer que pedía un parto más natural o parir en casa?**

*Eran mujeres sensibilizadas desde su propia búsqueda feminista o de salud, frecuentemente encuadradas en algún tipo de militancia de esas características, que volvían a la vida rural: artesanas, profesionales liberales... En general, era una posición muy ideológica, muy reivindicativa. También había cada vez más mujeres que venían como reacción a una experiencia traumática de su anterior parto o cesárea. Entre ellas, muchas profesionales sanitarias.*

## **.-¿Qué relación había entre el movimiento de salud natural, el movimiento de salud feminista y el parto natural?**

*Pues en nuestro país había poca relación como “movimiento”. La había entre personas que por*

*nuestra trayectoria confluíamos en esos tres movimientos.*

*Dentro de las tesis feministas predominantes en esa época, nuestro trabajo, nuestra reivindicación y nuestras ideas no estaban bien consideradas. Era un momento en que todavía se visualizaba la maternidad como la gran trampa para las mujeres. Eran muy pocas las que veían que la trampa no era la maternidad, sino cómo había sido vivida, y sobre todo, manipulada por las estructuras del poder. Éramos pocas y pocos quienes veíamos en la maternidad uno de los potenciales para transformar la realidad. Pocas identificaban el modelo obstétrico predominante en la época como una de las mayores manifestaciones del sistema patriarcal de sometimiento y menosprecio de las mujeres y lo femenino. A nivel internacional, sin embargo, sí existía esa relación,*

*en movimientos como el Colectivo de Boston, o el de las comadronas canadienses o norteamericanas.*

*Para mí fue sorprendente encontrar a finales de los 80 más eco en organismos internacionales como la OMS respecto a los derechos de las madres y los bebés, que en el movimiento feminista como tal.*

*Con el movimiento de salud natural había relación, pero no compartían las tesis feministas que nosotras aplicábamos desde nuestro modelo de trabajo y de análisis de la realidad. Así que era -y en parte sigue siendo- como una extraña “tierra de nadie” porque entre los naturistas nos miraban de soslayo por ser “radicales feministas”, y entre éstas, lo mismo, por ser “radicales naturistas”, poco serias desde el punto de vista científico y representativas sólo de un pequeño colectivo marginal de población.*



### Resumen de "La Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud" (aprobada por el Consejo Interterritorial el 11-10-2001)

- Promueve la armonía y naturalidad en el proceso y que la mujer participe activamente a la hora de dar a luz
- La medida aspira a mejorar los indicadores de seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y a los recién nacidos, y a incrementar la calidez y la calidad de dicha atención
- Propone revisar las prácticas actuales en la atención al parto, eliminar intervenciones innecesarias e incorporar nuevas alternativas a las ya existentes
- Es fruto de la reflexión común a lo largo de dos años entre sociedades profesionales, asociaciones de mujeres, usuarias y administraciones sanitarias para situar en su justa dimensión fisiológica la atención al parto, afectada en los últimos tiempos por una medicalización creciente
- Se estructura en cuatro grandes líneas: abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, participación de las mujeres en la toma de decisiones, formación especializada y continuada de profesionales sanitarios, e investigación, innovación y difusión de buenas prácticas en la materia

### -¿Se organizaron las madres?

Creo que, históricamente hablando, el movimiento feminista tiene aún en ese punto una tarea pendiente.

Las madres -con todo lo que representa esto en lo real y en lo simbólico, en lo individual y en lo colectivo- han vuelto a ser las grandes olvidadas en la lucha feminista. O nos hemos olvidado de nosotras mismas en tanto que madres. Es un punto amplio, de enorme calado y trascendencia, complejo y delicado; es el que simboliza el gran conflicto por excelencia de las mujeres. Las madres aún no se han empezado a rebelar seriamente. El inicio tal vez ha sido a través de redes como el parto es nuestro, que han recogido el testigo, al fin, de nuestro trabajo como mujeres profesionales de la maternidad y trayectoria feminista. Empezaron este movimiento mujeres treinteañeras, universitarias, que, como una de ellas me decía un día, "creíamos que eso del feminismo era algo ya superado, anacrónico, que habían ya conquistado nuestras madres y abuelas, y que desde luego, no tenía nada que ver con el sistema sanitario, ni mucho menos, con la maternidad".

### AQUÍ Y AHORA

#### .- Háganos una radiografía de la situación actual del parto en España.

La situación se está empezando a mover en dos direcciones a la par, algo contradictorias:

Por un lado, está iniciándose un intento real de "humanizar el parto", es decir, disminuir el intervencionismo, y respetar las recomendaciones de la OMS de 1985. Es aún muy tímido, pero las declaraciones recientes del Ministro de Sanidad en esa dirección, sus directrices generales, y lo que los

organismos responsables de cada autonomía anuncian, parecen confluir hacia ahí. Conocemos algunos centros públicos en donde es real que tratan de disminuir el número de episiotomías, aumentar el apoyo a la lactancia materna, evitar la separación de la madre y la criatura, respetar la posición vertical en gran parte del proceso, no inducir el parto sistemáticamente...

Pero no es la mayoría. Hay muchas resistencias -representadas en las últimas declaraciones de la OMC<sup>2</sup> muy claramente-, por parte de algunos sectores médicos. Y también muchas carencias. La más importante: falta de formación de los y las profesionales implicados, y falta de información y sostén real a las usuarias.

Por otro lado, se sigue incentivando económicamente a los centros públicos con mayor índice de epidurales porque se considera que éste es un índice de calidad de asistencia(¿?). Cuando sabemos que eso dispara el índice de sufrimiento fetal, forceps y cesáreas y que, en general, aumenta el riesgo y el intervencionismo sobre la madre y la criatura.

### -¿Hay diferencias entre la sanidad pública y la privada?

En este momento, la tendencia general es de 90-95% de partos con epidural. En los centros privados, hay mucha variabilidad pero, a excepción de unos pocos y selectos, la mayoría tiene menos personal especializado que los públicos, y la tendencia es a mayor intervencionismo, lo que también se refleja en un índice mayor de cesáreas: mientras que en el sector público se reconocen entre un 20 y un 23%, en el privado se disparan hasta el 40%, cuando las cifras óptimas que se pueden justificar no superan el 12%.





CARME VALLS LLOBET

El acto de entrega del premio Lola Fernández Ferrari, que la asociación Adquira otorgó recientemente a los profesionales sanitarios que establecieron la relación entre sus síntomas y las exposiciones químicas y físicas a que habían estado expuestos, puso de manifiesto la desatención del sistema sanitario público respecto a los problemas de salud emergentes. Las personas afectadas sufren secuelas crónicas que empeoran en contacto con según que anestésicos o con la presencia de otras enfermedades, y son más vulnerables a pequeñas dosis de insecticidas o disolventes. Sufren alteraciones crónicas del sistema nervioso central, disrupción endocrina e hipersensibilidad química múltiple. Pero aún no hay un centro sanitario público que pueda seguir y estudiar la evolución de sus dolencias. De existir éste, el equipo médico hubiera podido observar cuadros como la persistencia de la fatiga, que se hace crónica, o el dolor, que se hace generalizado. Síntomas que se parecen asombrosamente a dos enfermedades nuevas muy extendidas, la fatiga crónica y la fibromialgia. Hubiera podido preguntarse, en cuántos casos más estas dolencias están provocadas por la exposición laboral a sustancias químicas u ondas electromagnéticas; y llegar a sospechar que estas dolencias podría ser enfermedades laborales, después de todo. Pero de momento ese centro no existe y, mientras esto no cambie, estas personas seguirán desatendidas y esa conexión tan esclarecedora continuará invisible. Esperemos, sin embargo, que la muerte de Lola, una de las primeras afectadas, y la lucha de Adquira, no sean en balde, y que el sistema público reaccione y atienda a este colectivo e impulse, por fin, la tan necesaria investigación sobre fatiga crónica y fibromialgia.

### - ¿Qué opina de la reciente propuesta de "Estrategia de atención al parto normal"?

*Es un paso adelante, sin duda, que hemos seguido y sostenido muy de cerca. Pero es insuficiente por varias razones:*

- 1. Vuelve a ignorar y obviar la realidad de varios miles de familias al año que demandan el parto domiciliario.*
- 2. Da las directrices, pero no se articula la manera en que se van a reciclar las profesionales que han aprendido hasta ahora un solo modelo de asistencia, el tecnológico, y que tienen miedo, inseguridad, pocas herramientas y, frecuentemente, la presión de los jefes de servicio encima.*
- 3. Las familias no tienen información ni formación, ni hay ningún interés en dársela.*
- 4. Y no hay comadronas suficientes en la asistencia primaria ni en los centros privados para preparar de modo real y útil a las mujeres ni los planes de estudios de las estudiantes de comadronas ha cambiado sustancialmente.*

### - ¿Cómo desmedicalizar los partos en los hospitales?

- 1. El ratio de personal debe cambiar a favor de las comadronas.*
- 2. Las comadronas deben aprender a familiarizarse con los partos normales-fisiológicos.*
- 3. El espacio donde se asiste un parto fisiológico, no puede ser el mismo que el espacio en donde se asiste un parto "dirigido" o medicalizado.*
- 4. Las mujeres, la población, deben conocer y sentir que esta opción es respetada y apoyada por el sistema nacional de salud en su conjunto.*

### - A propósito de la ley, ¿cómo cree que reaccionarán las mujeres?

*El común de las mujeres no conoce sus derechos y, mucho menos, están preparadas para pedirlos y asumir su parte de responsabilidad en esa área. La tendencia general social es "que me lo hagan"...y por eso la epidural y la cesárea son tan populares. Son más cómodas de inmediato, y más fáciles de asumir por parte de profesionales y usuarias. De paso, resuelven lo de las posibles denuncias...*

*Y no olvidemos el papel enorme del miedo. Miedo al profesional-que en ese momento representa el poder ser salvada..., miedo al dolor, a la muerte, a que algo pase...*

*Hay un enorme vacío de información y una gran desinformación entre la población y frecuentemente también entre las profesionales, que ningún organismo está cubriendo. En ese sentido, el espacio de colectivos como "Nacer en casa" o "El parto es nuestro" es fundamental.*

*Pero deben ser apoyados por las instituciones pertinentes.*

### - ¿Quién formará a comadronas, médicas y médicos?

*Gran pregunta. En el medio académico hay muy poca experiencia sobre este tipo de asistencia. Lo lógico sería acudir a profesionales que lleven muchos años de experiencia asistiendo ese modelo de parto- y dando docencia al respecto.*

*Hay en nuestro Estado un máximo de 40 profesionales que respondan a ese perfil (entre ginecólogas/os y comadronas) capacidad@s para afrontar esa función con garantías, 95% de las cuales se encuadran en la Asociación Nacer en Casa. ➔*

## EL PARTO EN CASA

### **.-¿Cuál es la situación actual del parto en casa?**

*La situación actual es de tolerancia. Las mujeres lo demandan, y algunas profesionales brindan su asistencia -en condiciones muy duras-, tanto desde el punto de vista económico, de disponibilidad continuada sin horarios, con pocos relevos posibles y nulo apoyo por parte de los colegios profesionales e instituciones sanitarias. Hay comunidades como Catalunya que disponen de un cierto número de profesionales, pero otras, como Andalucía, que apenas disponen de 5, o Castilla la Mancha, donde hay sólo 3!...*

*No está reconocida su existencia en el sistema nacional de salud. Se ignora y se desprestigia injustificadamente, provocando el miedo entre la población. Y, lo más duro de todo, con la imposibilidad de trabajar coordinadamente con los centros hospitalarios, de modo que se permita, si hay necesidad de un traslado urgente, que se pueda continuar la asistencia de modo coordinado. Es imprescindible esta normalización desde el sistema nacional de salud a favor de una mayor garantía de asistencia, y de una asunción económica por parte de la sanidad pública de un servicio que -en justicia- es un derecho democrático.*

### **.-¿Cuántos profesionales atienden partos en casa?**

*Que tengamos noticia, como Asociación, entorno a 40. Muy pocas como dedicación exclusiva. La mayoría lo combinan con su trabajo en el*

*sistema público, en asistencia primaria u hospitalaria. Son a todas luces insuficientes. Y soportan una enorme presión de todo tipo. En realidad, es algo más que una profesión. Se precisa un compromiso personal de alto grado para soportar semejante situación durante mucho tiempo. Es urgente, además, el relevo generacional.*

### **.-¿Se sabe cuántas mujeres parieron en casa en los últimos años?**

*No existe ningún registro oficial que recoja esta actividad. Aproximadamente, en los últimos 2 años, han sido atendidas en el país -de manera programada, y no partos espontáneos- entre 2500 y 3000 mujeres. Es muy restringido porque el no estar contemplado como una opción normalizada dentro del propio sistema público, lo coloca como en situación marginal y sigue siendo mal visto.*

### **.-¿Qué habría que hacer?**

*Sería correcto que fuera una opción libre y democrática como la que existe en cualquiera de los países de la Europa de tradición democrática. Asumida por el sistema público de salud. Regulada y organizada con normalidad. Es una opción recomendada por la OMS, porque ha demostrado ser más barata, dar mayor beneficio para la salud de las mujeres y de las criaturas, disminuir la morbimortalidad materno-infantil y aumentar la incidencia de lactancia materna. Y devuelve a las comadronas su papel real de sostenedoras de la salud materno-infantil, independiente del papel de l@s ginecólogos. Es difícil entender tanta resistencia.*

**↪** *Ahora bien, encargar la formación a estas profesionales, implicaría tener en cuenta a un colectivo que despierta prejuicios: no se les considera "políticamente correctas".*

*Sabemos que se están contratando para la formación, en algunos lugares, a profesionales de otros países -Inglaterra concretamente. Eso puede ser compatible con potenciar desde las instancias públicas competentes, que el colectivo profesional español, que tiene las condiciones para ello, lo desarrolle...*

### **.- Ahora existe una escuela "a medida" para la nueva ley...**

*A comienzos de 2007 nació la ESCUELA LIBRE DE SALUD HOLÍSTICA Y MATERNOINFANTIL CONSUELO RUIZ, que recoge el bagaje de 30 años de la mayoría de los profesionales capacitados de este Estado. Se ha diseñado un master de formación, que se encuentra desarrollado en la web: [www.escuelasaludholisticaconsueloruiz.org](http://www.escuelasaludholisticaconsueloruiz.org)*

*Desde sus inicios cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad, la Universidad de Vigo y otras instituciones que puntualmente prestan su colaboración. El objetivo es que estos apoyos pasen de ser puntuales, a ser continuados, hasta poder llevar a cabo los objetivos completos como Escuela.*

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- \* Mujeres y salud desde el sur: experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género. Barcelona: Icaria, 2005.
- \* (Varias autoras). Hilando fino: mujeres, un viaje en común. Barcelona: Icaria, 2007.

### **NOTAS A PIE DE PÁGINA**

- 1 Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (Declaración de Fortaleza, 1985) Ver: <http://www.nacerencasa.org/>
- 2 Organización Médica Colegial

# Reflexiones de una psicoanalista feminista



**Claudia Truzzoli**

Psicoanalista feminista

c.truzzoli@gmail.com

## Para empezar

Hablar sobre feminismo, en singular, es equivocado, ya que dentro de este amplio movimiento existen diferentes maneras de concebirlo, tantas como diferentes mujeres que lo componen. Querer mantener la idea de una sororidad sin fisuras puede hacer más daño que utilidad al mismo movimiento.

Esta es una seria advertencia que debe ser atendida para no cerrar puertas a una vitalidad que los movimientos feministas necesitan para responder a los desafíos de nuestro tiempo y a sus contradicciones, las cuales tienden a clausurar el pensamiento a favor de las banalidades cotidianas (el empuje al consumismo, el culto a la imagen, la pasión por la frivolidad...)

Todo apunta en nuestra actual civilización a obturar las preguntas que tienen que ver con el deseo de vivir una vida que tenga calor, color, sensibilidad, para ofrecer a cambio recetas prefabricadas válidas para todos, que tienden a eliminar al sujeto, borrar las diferencias individuales, las vidas personales, eliminando cualquier sentido de la responsabilidad sobre la propia vida.

Esto es particularmente evidente en el área de lo que se ha dado en nombrar salud mental. Tanto

la psiquiatría como la psicología parecen haber sucumbido a la corriente de los tiempos actuales que buscan recetas mágicas, soluciones rápidas y eficaces (cuando lo rápido nunca es lo eficaz) y sobre todo eliminar cualquier tipo de pregunta molesta que la pseudo-ciencia no pueda contestar. Es preferible pensar que existe una entidad llamada depresión, nombre con el que se designa una especie de cuerpo extraño que, a la manera de un virus, se instalara en la vida psíquica de una persona, independientemente de sus circunstancias vitales, historia personal, anhelos, frustraciones y fantasías, y al que sólo se pudiera combatir con substancias químicas, los antidepresivos.

¿Cuál es el precio a pagar por esta supresión? Lo real retorna de otro modo cuando se lo quiere eliminar. En este caso, retorna a través del llamado a la magia, el último reducto adonde han ido a refugiarse los sueños incumplidos que se resisten a ser silenciados. Pero el gran inconveniente es que esto se hace al coste de debilitar al sujeto, haciéndolo más dependiente de poderes inciertos que sólo favorecen el dominio de aquellos que necesitan de esos sujetos dependientes para engrosar su mercado: laboratorios químicos a los que no les interesa curar

sino cronificar las perturbaciones; medicina oficial que depende de los laboratorios en su labor curativa y a la que le interesa defender la medicalización del sufrimiento; psicologías alternativas que ofrecen terapias con indicaciones de una obviedad ofensiva para cualquier espíritu inteligente por el grado de infantilización que conllevan.

Por todas estas cosas creo que es importante y necesario alzar voces de protesta y ofrecer un espacio de escucha respetuoso con la particularidad de la historia vivida de cada persona, donde pueda expresarse, ser escuchada y donde se le pueda hacer oír lo que ella misma dice *sin saber lo que dice*.

Los antiguos filósofos, que se hacían más preguntas por el ser, estaban más cerca de lo genuino de la vida psíquica que las corrientes actuales en medicina y en psicología, las cuales, amparadas en la búsqueda de soluciones inmediatas, proponen pseudo-soluciones al sufrimiento. Se rodean de un halo de cientificidad que resulta atractivo a quienes quieren evadir las preguntas que, precisamente, les acercarían a lo que les hace sufrir y les proporcionarían los medios para alcanzar una autonomía relativa pero posible. Nada propicia más la libertad

personal que saber a qué se está sujetado, y nada agravia tanto el orgullo de quienes sueñan con una libertad sin límites. Al pensamiento freudiano debemos la idea tan metafóricamente expresada de que el sujeto no es dueño en su propia morada, una manera muy poética de decir que muchas de las cosas que nos determinan escapan a nuestro conocimiento consciente. Si se acepta esto, sí es posible ampliar los márgenes de libertad de una persona cuando consigue saber qué es lo que puede y lo que no, porque eso le permite aprovechar su energía creativa y desarrollarla en aquellos campos donde tiene capacidad para ello.

Los libros de auto-ayuda ofrecen consejos prácticos que distan mucho de serlo porque despistan al sujeto de aquello que lo perturba. Prometen un desarrollo personal que fomenta la ilusión de ser más importante que el resto de los mortales, provocando inflación de la fantasía de omnipotencia infantil a costa de reducir la potencia real de que esas personas disponen. Por otra parte, cada vez proliferan más los grupos, generalmente de tipo religioso, que ofrecen, igual que las drogas o el alcohol, recetas mágicas de plenitud y que funcionan como sectas que destruyen la relativa autonomía de las personas. Estos grupos crean una ilusión de completud imaginaria que sostiene al sujeto y lo satisface. Pero esa ilusión dura un tiempo. Los líderes, instalados en una posición de saber que los diferencia del resto, fomentan la idealización y sujetan a los adeptos mediante mensajes que sólo favorecen su dependencia y minan el auténtico crecimiento personal.

La pregunta es ¿por qué florecen tanto estas ofertas en este tiempo?. ¿Qué insoportable vacío intentan llenar? ¿No sería mejor para la persona ayudarle a desarrollar una fuerza que le permita soportar la *insoportable incompletud de su ser?*

## Pisocoanálisis y feminismo

Hasta aquí una reflexión sobre el sujeto-sujetado que no hace distinción de género ni de sexo porque es una cuestión que afecta a lo humano. Pero una terapia que tenga en cuenta la particularidad del género, de la diferencia sexual, una terapia verdaderamente feminista necesita de una lucidez del/la profesional que le permita escuchar las problemáticas particulares que afectan a las mujeres, que nunca son las mismas que afectan a los varones.

Rescato del psicoanálisis su manera respetuosa de poner el acento en la singularidad de cada persona, su escucha personalizada, su compromiso en conducir al sujeto en el camino de su libertad pero, como psicoanalista feminista que soy, creo que el psicoanálisis debería tener en cuenta que el género no solamente afecta a las identificaciones que el cuerpo normativo de cada cultura ofrece a sus miembros para reconocerse como hombres o como mujeres -o sea, en su diferencia sexual-, sino que afecta también, de una manera no siempre fácil de rastrear, al efecto que esas normas tienen en la conformación de sus deseos sexuales.

La sexualidad humana es algo más que un conjunto de pulsiones parciales intrapsíquicas y se conforma de una manera relacional donde los primeros mensajes que se reciben de las figuras más significativas (los padres, habitualmente) tienen una impronta particular. Esta impronta será puesta a prueba con la socialización posterior que reforzará o debilitará tales mensajes, igual que los reforzará o no la sintonía o distonía de éstos respecto a los propios ideales.

Psicoanalista y feminista no es una contradicción como creen muchos colegas psicoanalistas. El feminismo no es el opuesto binario del machismo. Si en algo se diferencian es en que el feminismo es una corriente de pensamiento crítica que dirige sus análisis a las culturas y a cómo éstas afectan a las condiciones de



vida de las mujeres y de los hombres. Dichas críticas tienen por objeto facilitar reflexiones que permitan a ambos sexos desmarcarse de imperativos de rol alienantes. Fenómenos como la violencia machista, con su resultado trágico en muertes de mujeres, no pueden ser vistos bajo la óptica miope de un aumento del masoquismo de las mujeres sin cuestionar, por otra parte, cómo está afectando a los hombres inseguros de sí mismos el hecho de que sus mujeres logren una autonomía en sus deseos que les quita la ilusión de ser todo para ellas.

El psicoanálisis teórico critica poco a los hombres y encuentra en sus fundamentos epistemológicos un reforzamiento de posiciones que favorecen la jerarquía del sexo masculino aunque más no sea por el privilegio que el lenguaje corriente hace de la vertiente imaginaria del falo. Esta es una razón por la cual muchas mujeres feministas desconfían tanto del psicoanálisis. Sin embargo, éste puede ofrecerles una alternativa terapéutica capaz de disminuir el sufrimiento y favorecer el sentido de igualdad de los sexos en la dignidad e importancia de cada uno sin privilegios a priori; igualdad de derechos, mal entendida a veces como negación de la diferencia sexual. Por eso





es importante despojar al psicoanálisis de su veta patriarcal y aprovechar de él sus aportes promoviendo un espacio de investigación donde poder reflexionar sobre ciertos textos de teóricas feministas que saben de teoría psicoanalítica y pueden ofrecer otra dimensión a las problemáticas específicamente femeninas.

Una de las tareas fundamentales del feminismo, lo quiera admitir o no, pasa por la reflexión de qué se entiende por el concepto mujer/es. Singular y plural entorno al concepto ya marcan una idea diferente acerca de su significación. En singular, nos acercamos a posturas esencialistas que suponen que ser mujer sólo se logra respondiendo a ciertos cánones que están establecidos universalmente y trascienden las diferentes maneras culturales en que cada mujer responde a lo que eso quiera decir. Hablar de mujeres en plural, supone admitir diversidad, no sólo entre las que pertenecen a la misma cultura sino también entre las que están sujetas a cualquier otro condicionamiento. Del mismo modo, hablar de género es abrir un espacio de diversidad donde la diferencia sexual no sólo no es vivida del mismo modo en diferentes culturas sino que en el seno de una misma

cultura nada asegura que un sujeto que pertenezca a un determinado sexo vaya a hacerlo coincidir con el mismo género. Los transexuales son un ejemplo de ello. ¿Consideraríamos como mujer a un transexual anatómicamente hombre en su origen o como hombre a una transexual anatómicamente mujer en su origen? Son preguntas que necesitan de una clarificación porque hay instituciones feministas que vetan el acceso a transexuales, lo cual ya implica, lo sepan o no, una determinada concepción ontológica de la diferencia sexual y del género que supuestamente le corresponde, acercándose más a posiciones naturalistas.

Las personas somos el resultado de la articulación entre lo somático, lo psíquico y lo social, lo cual supone que ningún campo puede arrogarse la pretensión de decir toda la verdad acerca de un sujeto, dado que las determinaciones son múltiples. Apostar entonces por un trabajo interdisciplinario es reducir la ignorancia y el orgullo totalitario de quienes quieren sentirse dueños de un saber que respondiera a todas las preguntas.

Tengo conciencia de que declaraciones como estas van en dirección contraria a los tiempos que corren y que el precio que paga un profesional por defender la necesidad de un trabajo interdisciplinario es muy alto pues no se comprende que se aleje de la especialización, pero se olvida con alarmante frecuencia que la especialización pierde de vista la totalidad, el conjunto que cohesionan un sistema, una vida personal, un cuerpo. Por ello, las terapias que reivindican una concepción más holística se cubren de desprestigio, tales como el psicoanálisis o la homeopatía que, curiosamente, pocas veces trabajan solidariamente. O sea, que hay que estar muy alerta a la tentación totalitaria en términos de saber. No-todo es cuerpo ni no-todo es palabra. Como nos recuerda Judith Butler en "Deshacer el Género", una idea que retoma de Freud: "...*la pulsión es precisamente lo que no es exclusivamente biológico ni cultural, sino siempre el lugar de su densa convergencia*".



## Mamá querida

**MARGARITA LÓPEZ CARRILLO**

Cuando nuestras madres se hacen mayores y se van poniendo enfermas y nosotras empezamos a cuidarlas ¿cuánto tiempo tardamos las mujeres en enfrentarnos con la ambivalencia de nuestros sentimientos?

Nuestras madres, con su ponerse viejas y necesitadas, nos vuelven a obligar, esta vez sin gritos sin malos modos sin saberlo siquiera, a limpiar los rincones del cuarto: barrer debajo de la cama, ordenar el armario, vaciar el baúl. ¡Ah! el querido baúl de cartón piedra y madera con sus dorados falsos donde guardamos, junto con los recuerdos de la infancia perdida, todo lo que las queremos... y todo lo que las odiamos. Lleva ese baúl sin abrir, con un motón de cosas encima, en el rincón más inaccesible del cuarto, ni se sabe la de años, a lo mejor desde la adolescencia. Hemos conseguido no tener que abrirlo todos estos años; hemos tirado de recuerdos y afectos estereotipados, y de buenas dosis de convencionalismo y apoyo mutuo en lo cotidiano. Pero, cuando por lógica vital, se invierten los papeles y tenemos que saltarle a golpes la cerradura oxidada porque ahí dentro están (¡esperamos!) las reservas de amor necesarias para cuidarlas, entonces, los sentimientos cuidadosamente olvidados, proscritos (los celos, los abandonos imperdonables, las injusticias, las tiranías subterráneas, los bochornos, las descalificaciones demoledoras) se nos echan encima como una nube de polillas, de polvo de ropas podridas que se mete en los ojos, en la boca, entre el pelo, y no tenemos más remedio que ponernos a llorar otra vez como cuando éramos niñas, ir a llorar a donde podamos, con quien nos deje, a escupir bichos y pelusas y toda la rabia interminablemente, como si el baúl no tuviera fondo, hasta poder un día, tras meses, acaso años... con suerte, rescatar lo bueno, lo que sí: a lo mejor la buena memoria para los poemas, el amor a la cocina o esa relación especial con las iglesias góticas... Quién sabe, se encuentran tantos tesoros enterrados cuando una está dispuesta a hundirse en el polvo hasta las cejas.



# Implicaciones psicológicas en patologías crónicas

**Corina Hourcade Bellocq.** Psicoterapeuta  
corina.bellocq@telefonica.net

Según la perspectiva tradicional, hasta hace poco cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres, generalmente se aludía a la salud reproductiva. La salud mental era así un efecto de los avatares de su función reproductiva, o sea, de su "naturaleza femenina."

Actualmente, sin embargo, cuando hablamos de salud mental de las mujeres, ponemos el énfasis en la búsqueda de "equilibrio" y "armonía". Y a esta perspectiva se puede añadir también el concepto de "participación" que reconoce la necesidad de considerar a las mujeres como agentes sociales activos (Burin, 1987).

A la hora del trabajo terapéutico con la mujer que consulta, esta perspectiva marca una diferencia fundamental, ya que coloca a la consultante en un rol activo y protagónico de su propio proceso.

Las corrientes que plantean la mirada integrativa en salud son bastante nuevas y, si bien muchos/as profesionales estamos de acuerdo desde la teoría, en la práctica cada uno/a se disputa un "pedacito" del cuerpo de las mujeres del que se considera un/a experto/a. La consecuencia más inmediata es una vivencia del cuerpo de la mujer, por parte de ésta y del profesional, **como fragmentado, anestesiado** y, en muchos casos, con una profunda **desconexión** respecto de él.

Desde este abordaje, hablamos del "malestar psicológico" de las mujeres cuando nos referimos a todo un abanico de síntomas emocionales y psicológicos que nos dicen que hay algo, que todavía

no tiene nombre, que le produce sufrimiento y que la medicina tradicional no ha podido solucionar.

Respecto al abordaje específico de las patologías crónicas, vemos que las implicaciones psicológicas están directamente relacionadas con una "queja" que no sólo tiene que ver con un dolor en alguna parte del cuerpo sino con un mensaje que dice que hay algo en la vida de la mujer que no va bien.

Ella llega a la consulta con un diagnóstico de alguna patología crónica pero, a la vez, trae consigo un desgaste emocional que arrastra desde hace mucho tiempo y que condiciona su calidad de vida y sobre todo, sus relaciones afectivas y proyectos personales.

La propia patología que padece trae una serie de síntomas característicos pero, además, hay que tener en cuenta, cómo puede afectar a una persona el vivir con dolor, molestias, cansancio, desgano, limitaciones y, sobre todo, sintiendo que tiene que aguantar, seguir adelante y, en lo posible, sin quejarse...mucho.

Cuando se sufre una patología crónica, con el paso del tiempo, comienza un lento proceso cuyo resultado más negativo es la **identificación con la enfermedad**; acompañado de una serie de "pérdidas" que van siendo asumidas, en muchos casos, con resignación. Según el testimonio de una mujer: "es lo que me toca..."

Otros testimonios: "nosotras, las hipotiroideas no podemos...", " las mujeres como yo con fibromialgia dejamos de ..."

Estos y muchos otros son comentarios de mujeres que llegan a la terapia con la vivencia de una calidad de vida que se ha ido degradando progresivamente, y de actividades y espacios que en algún momento les daban placer y las hacía sentirse bien consigo mismas y han ido dejando.

Todo empieza a estar teñido del color de la "desesperanza" y en muchas de ellas, con vergüenza y temor, se escuchan ideas de muerte. Es fundamental, entender esto último (la idea de muerte) como una perspectiva de alivio a una situación que muchas veces se les hace una carga muy pesada de llevar.

Hay que tener en cuenta que las personas más cercanas a ellas, muchas veces con la intención de ayudar, minimizan su malestar o lo consideran exagerado.

**En una primera etapa del proceso terapéutico** hablamos, nombramos y sobre todo **"legitimamos"** este sufrimiento. Progresivamente hay que ir poniéndole un nombre a lo que la hace sufrir. ¿Qué significa legitimar en el trabajo terapéutico? Escuchar, reconocer, visibilizar ese malestar psicológico/emocional del cual, la mujer en muchos casos, no es consciente y solo registra a través del síntoma en lo físico.

Desde esta mirada, el malestar psicológico/emocional se puede interpretar como:

- **Una DENUNCIA** de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de falta de valoración y autonomía, de falta de reconocimiento

de las propias necesidades, de cansancio, de autopostergación.

- **Un PEDIDO** de reconocimiento, de escucha, de ayuda, de cariño, que alguien se dé cuenta de que algo no anda bien, de ser cuidada.

- **Una TRANSACCIÓN** entre los propios deseos y las presiones y mandatos que se tienen como mujer, pareja, madre, ama de casa, profesional, hija, amiga, vecina, etc.

En este proceso progresivo de ir poniéndole nombre a lo que le ocurre se descifran los mensajes que traen, tanto los síntomas físicos como los emocionales.

**Se podría hablar de una segunda etapa en la terapia** que implica **tomar conciencia** de la relación que existe entre el cuerpo y sus síntomas, las diferentes vivencias emocionales y los pensamientos que a su vez, se relacionan con el sistema de creencias de cada una.

Cada crisis de su enfermedad, cada vez que su dolor se agudiza, seguramente, guarde cierta relación con procesos emocionales y/o situaciones, eventos en sus relaciones afectivas más significativas que la han hecho sentir insegura, no adecuada y que conllevan sufrimiento.

En este proceso, que se conoce como "ir sacando capas de una cebolla", la mujer puede encontrar la relación de muchas oscilaciones emocionales, de muchas situaciones de estrés producidas en sus relaciones afectivas, laborales, sociales, con toda una sintomatología física que se dispara y que, durante mucho tiempo, vivía con extrañeza y sin poder encontrar ninguna respuesta. La inseguridad en sí misma, su desvalorización, la firme creencia de no tener derecho a defender lo que se desea o necesita, la socialización en la entrega sin medida... están en la base de cómo la mujer percibe y vivencia su proyecto de vida actual.

**Una tercera etapa**, tiene que ver con el momento terapéutico, que implica **"rediseñar"** un proyecto de vida basado en sus deseos y necesidades y no ya centrado o subordinado al de los demás.

Para ello hay un paso muy importante, que tiene que ver con aprender a vivir con su patología crónica como algo que le ocurre y no como algo en lo cual ella se convierte. Lo podemos ver más claro aún en las palabras de esta mujer: "Esto es algo que me ocurre, yo no soy la enfermedad, soy mucho más que esto".

En este momento del proceso terapéutico, muchas mujeres han logrado utilizar sus síntomas, su aumento del dolor o su cansancio como una **"señal"** que le indica que hay un descanso que no pudo validar o un deseo postergado o un enfado reprimido o se está sobrecargando...

**Positivizar el síntoma**, es poder darle a éste una función de aviso, de señal a la cual habrá que atender.

Todo este **"poder"** es vivido por las mujeres como un gran logro, cuando venían de años de "no puedo" y se han dado cuenta que en muchas situaciones, era "no me atrevo". Este paso, del "no puedo" al "no me atrevo", es un cambio radical en la vivencia de su enfermedad; ya no es vivida como algo que les tocó y hay que aguantar, sino como algo que ellas pueden modificar pues son parte activa de ese proceso.

Nati Povedano, afirma: "...hemos vivido en nuestros corsés, hemos respondido a lo que debíamos más que a lo que deseábamos pero, claro, siempre queda una pequeña huella de rebeldía...buscando vías alternativas, caminos que son difíciles y dolorosos y muchas veces, solitarios pero ineludibles".

Por último, esto es tanto para las mujeres consultantes como para las profesionales que caminamos junto a ellas en ese proceso de "autoconocimiento" y "sanación":

**Seamos "rebeldes" y "atrevidas", ya que los síntomas son mensajeros y el desafío consiste en animarse a descifrar cuál es el mensaje para cada una.**



## Rediseñar la vida

Rediseñar un nuevo proyecto de vida, donde ella es la prioridad, podrá estar centrado en los siguientes aspectos:

- Poder desarrollar capacidades que le permitan elegir qué quiere para sí misma.
- Poder considerarse a sí misma como "de ella".
- Poder concebirse y tratarse con la misma atención y cuidado que tiene por los demás.
- Poder enfatizar su cuerpo desde el autocuidado y la posibilidad de gozar con él.
- Lograr no sentir culpa frente a determinadas posibilidades de elección de su propia vida.
- Poder alcanzar autonomía económica.
- Poder desarrollar espacios de autonomía, de placer y de poder personal.
- Ser creadora de alternativas para su propia vida.
- Poder relacionarse con los demás reconociéndolos como independientes de sí misma.
- No delegar en los otros la realización de deseos y proyectos propios.
- Sentirse legitimada en la expresión del enojo, cansancio, en el decir no.

# violencia contra Las mujeres en La pareja: ¿se puede hacer algo desde el sindicato?



**Carme Catalán i Piñol**  
Secretaría de la Mujer  
Federación de Sanidad de  
Catalunya. CCOO

Desde el ámbito sindical existe una larga experiencia en afrontar la violencia de género que existe en el mundo del trabajo. Esta violencia hacia las mujeres se manifiesta, la mayoría de veces, en forma de situaciones discriminatorias: contratos más precarios, menos acceso al trabajo, mas paro, discriminación retributiva, falta de promoción... Aunque estas discriminaciones se efectúan muchas veces indirectamente y son difíciles de visualizar, ejercen una violencia

psicológica importante que afecta más cuanto más conciencia toman las mujeres de la misma. Un grado superior de violencia lo constituye el acoso sexual en sus diversas formas o bien., el acoso moral con manifestaciones sexistas (la Directiva Europea y la nueva Ley de Igualdad habla de acoso por razón de sexo). Con muy poca frecuencia pero gravedad extrema, tenemos las violaciones en el lugar trabajo, o en el trayecto al mismo, e incluso el asesinato.

Pero, además del trabajo de atención, denuncia y seguimiento en la acción sindical diaria de dichas discriminaciones, y las propuestas que se realizan para regular y mejoras de las condiciones de trabajo de las mujeres, tanto en la negociación colectiva como en un marco legislativo general, el sindicato, y concretamente las secretarías de la mujer, están comprometidas desde hace años en colaborar en la eliminación de la violencia dentro la pareja, violencia que afecta a muchas mujeres trabajadoras asalariadas y autónomas, de distintos niveles de calificación, y que queremos hacer visible para contrarrestar el estereotipo vigente de que las mujeres que sufren violencia de su pareja no trabajan fuera del hogar.

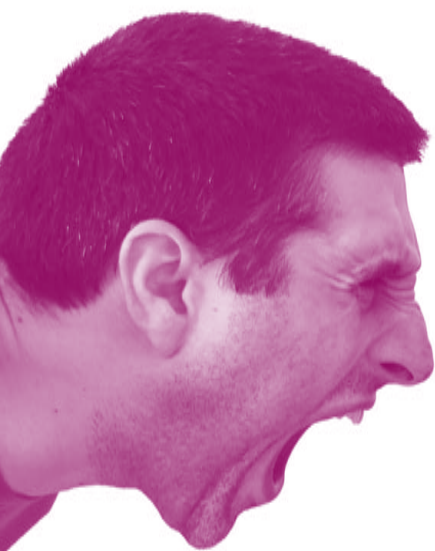
En la reflexión conjunta de las Secretarías de la mujer de sanidad sobre qué papel podíamos ejercer desde el sindicato, decidimos empezar a informar desde las secciones sindicales de las empresas, que es el

lugar más cercano a las trabajadoras, sobre la ayuda que podíamos ofrecer, consistente en: escuchar los problemas de discriminación que sufre la trabajadora y, si vemos que se deben a que está viviendo en situación de violencia en su pareja, hacer un trabajo de intermediación contactándola con un grupo especializado del movimiento de mujeres, si lo hay, o con el área de la mujer del ayuntamiento más cercano a su domicilio. De este modo hemos entrado en un circuito de ayuda y apoyo; un apoyo tanto más necesario ya que muchas de las mujeres afectadas tienen graves dificultades para seguir con su vida laboral de una manera estable debido a los frecuentes problemas de salud causados por su situación.

Como sindicalistas comprometidas en la seguridad y la salud, luchamos para que haya medios para evitar cualquier tipo de agresión en el puesto de trabajo, y hemos de prevenir la posibilidad de que la agresión puede venir de la pareja de la trabajadora. Por lo tanto, debemos extender la prevención a las situaciones de riesgo para que en las empresas se activen planes especiales de protección.

## **Qué dice la ley de violencia<sup>1</sup> Como trabajadora tienes derecho a:**

Esta ley según C. Bravo "supone un importante reconocimiento de derechos para la mujer trabajadora





victima de la violencia de género". Con el reconocimiento de derechos en el ámbito laboral, en la función pública y prestaciones de la Seguridad social, se reconoce que la violencia hacia las mujeres es un problema social.

### **Las medidas laborales más importantes que la ley introduce en relación a las trabajadoras víctimas de violencia por parte de su pareja son:**

- **Reducción y reordenación del tiempo de trabajo**
- **Cambio del centro de trabajo y movilidad geográfica**
- **Suspensión del contrato de trabajo**
- **Extinción del contrato de trabajo**
- **Derecho al paro y derechos de seguridad social derivados de la suspensión y de la extinción del contrato de trabajo**

El papel del sindicato en la difusión de estas medidas tanto en publicaciones específicas como en la inclusión de cláusulas en los convenios colectivos, esta siendo clave para que haya un conocimiento de la misma y poder presionar para su aplicación. También se abre la posibilidad que permite desde el ámbito de la negociación colectiva mejorar estos derechos.

La mayoría de los convenios colectivos y acuerdos que recogen cláusulas de la ley tienen como característica recoger también alguna cláusula para prevenir el acoso sexual en el trabajo así como artículos de la ley de conciliación de la vida laboral y familiar y en algún caso han dado pie a artículos importantes para la mejora específica de las condiciones de trabajo de las mujeres como es el caso del acuerdo de la administración pública de la Generalitat de Catalunya, acuerdo del que se deriva un Órgano paritario de políticas de igualdad, que incluye una comisión de género así como la Ley de Conciliación aprobada en junio del 2006<sup>2</sup>.

Además de las funciones de sensibilización existe la importante función de vigilancia para que las leyes y los convenios colectivos se apliquen en las empresas, así como el trabajo de acompañamiento, siempre que sea solicitado por las mujeres.

### **Las dificultades de su aplicación**

Sin embargo, a pesar de las posibilidades de intervención en los puestos de trabajo que permite la ley, existen situaciones laborales en las que resulta difícil hacerlo.

El trabajo eventual, muy extendido en las mujeres, no ayuda a que la afectada pueda reclamar los derechos que le corresponden, puesto que su misma situación laboral le produce suficiente inseguridad como para, además, atreverse a exigir derechos laborales.

El trabajo autónomo, por otra parte, es otra situación que no ayuda a que la trabajadora se sienta protegida por los derechos laborales puesto que, aunque la mayoría de las veces estas trabajadoras dependen de hecho de una empresa, y a pesar de que pueden acogerse a varios artículos de la ley, se acostumbra a trabajar en una situación de más aislamiento social.

Pero la situación que puede ser más difícil de todas para la mujer, desde el punto de vista laboral, es aquella en que la trabajadora comparte todo el tiempo de trabajo, o parte de él, con la pareja agresora, y todavía tiene peor situación la que trabaja en un negocio familiar, y más considerando que en la mayoría de los casos en los negocios familiares las mujeres difícilmente están en igualdad de condiciones respecto a la propiedad de los bienes.

---

*1 Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.*

*2 Llei de mesures de conciliació de la vida personal, familiar i laboral del personal al servei de les administracions públiques de Catalunya.*

### **BIBLIOGRAFÍA**

- C. Bravo "Derechos en el ámbito laboral y de la función pública. Prestaciones de la Seguridad Social. Derechos económicos. Secretaria Confederal de la Mujer CC.OO. Septiembre de 2006.
- VI Convenio colectivo nacional de Cataluña para los establecimientos sanitarios de Hospitalización y asistencia. VII Conveni col.lectiu dels Hospitals de la XHUP. III Acord General sobre condicions de treball del personal de l'àmbit d'aplicació de la mesa general de negociació de l'administració de la Generalitat de Catalunya.
- Llei de mesures de conciliació de la vida personal, familiar i laboral del personal al servei de les administracions públiques de Catalunya.
- Canet M, Catalán C. "Dificultades de intervención en el sistema sanitario sobre la violencia doméstica" en La salud de la mujeres IV Jornada de la Red de Médicas y Profesionales de las Salud. Madrid 2002.



# Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano en España

**Si estás de acuerdo, entra a la web y firma, como ya lo han hecho 3.756 personas: [www.caps.pangea.org/declaracion/](http://www.caps.pangea.org/declaracion/)**

El CAPS, asociación científica socio-sanitaria, independiente y sin ánimo de lucro, aloja en su web este documento, que firman profesionales y ciudadanía independiente, a título personal.

Recientemente el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha dado luz verde a la inclusión en el calendario vacunal en España, con cargo al sistema sanitario público, de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Esta decisión se ha tomado a pesar del alto precio de las dosis y de las dudas más que razonables sobre su eventual capacidad y eficiencia para prevenir un número sanitariamente relevante de muertes por cáncer de cérvix en mujeres españolas, comparado con las actuales prácticas preventivas.

Si la vacuna se aplicara a partir del año que viene supondría, sólo en costos de compra del producto (464,58 por persona), sin tener en cuenta el aparato logístico que deberá desarrollarse ex novo para alcanzar una cobertura significativa en cada cohorte de niñas, del orden de unos 125 millones de euros anuales. Para cuando se empiecen a prevenir los primeros casos de cáncer de cuello uterino, dentro de al menos 30 años, el SNS se habrá gastado unos 4.000 millones de euros. Prevenir una sola muerte por cáncer de cérvix, entonces, habrá costado al SNS 8 millones de euros, sin ahorrar un solo euro en el dispositivo actual de detección precoz por citología y tratamiento, pues se recomienda seguir desarrollando estas prácticas aún en poblaciones vacunadas. Lo abultado de las cifras arroja serias dudas sobre el costo oportunidad de la medida, con esta cuantiosa inversión. ¿Cuántas otras iniciativas en prevención o atención sanitaria, se podrían hacer y no se harán? ¿Qué se dejará de hacer de lo que ya se hace, para nivelar los presupuestos?



Los altísimos costos de la vacunación, atacan a la sostenibilidad financiera no sólo del calendario vacunal español, sino de todo el sistema de servicios de salud pública. Sin embargo, el coste no es el único problema grave: la vacuna del VPH ha sido promocionada ante la opinión pública, los sanitarios y los decisores políticos como una vacuna eficaz en la prevención del cáncer de cuello uterino y el sufrimiento que acarrea en las mujeres, cuando esto no es cierto. Sencillamente, esta evidencia científica aún no existe. Los ensayos sobre la vacuna no han podido ver su efecto en la prevención del cáncer, ya que éste tarda mucho en desarrollarse; además, hay posibilidades reales, comprobadas, de cortar el proceso antes de que el cáncer se desarrolle, tanto mediante la inmunidad natural como con el cribado de lesiones precancerosas y su tratamiento. El ensayo que más tiempo de seguimiento ha tenido hasta ahora ha sido de 6 años (y es un ensayo de fase II) y el ensayo en fase III con mayor seguimiento hasta

ahora tiene tan sólo 3 años. Dado que el cáncer que se pretende prevenir tarda 30, 50 o más años en desarrollarse, la brevedad de los ensayos es obvia. Por tanto, hará falta aún bastante tiempo para ver si las personas vacunadas en los ensayos clínicos desarrollan o no menos cánceres que las no vacunadas. En países como España, con una incidencia del problema tan baja, esperar debería ser la conducta lógica.

Ciertamente, con la información disponible es razonable esperar que la vacuna acabe demostrando dentro de años que previene algunos cánceres de cuello uterino. Sin embargo, hay que tener en cuenta los siguientes otros factores: la historia natural de la enfermedad (de evolución lenta), la efectividad de los programas de cribado (alta si el sistema cumple con sus obligaciones), que la vacuna no es efectiva contra todos los serotipos cancerígenos, y que España es un país con baja incidencia de cáncer de cérvix. Por todo ello, es probable que en nuestro país el número de cánceres prevenidos no será muy grande.

También se han planteado objeciones razonables relacionadas con la duración de inmunogenicidad —aún no se sabe si serán necesarias dosis de recuerdo o no—, y sobre el comportamiento de los serotipos no incluidos en la vacuna, que quizás ocupen el nicho ecológico de los ahora incluidos. Hay ejemplos recientes de las consecuencias del uso de la vacuna neumocócica sobre la aparición de serotipos no cubiertos con la vacuna que son multiresistentes a los antibióticos y que causan enfermedad neumocócica invasiva.

Ante esta situación de utilidad aún no demostrada, altos costes para el SNS y prevalencia baja, la decisión más racional sería, y es, esperar a que se acumule más evidencia científica.

¿Cómo podemos explicarnos que el SNS no tome la decisión más racional posible cuando se trata de defender el bien público? Obviamente, la industria farmacéutica y especialmente las compañías promotoras llevan años desarrollando estrategias de cooptación y creación de un clima de opinión favorable, exagerando riesgos con el fin de convencernos, primero, de que existía un problema, y de que luego ellos, precisamente, tenían la solución. Las estrategias de disease mongering –invención o exageración de enfermedades para introducir luego un producto farmacéutico– han sido criticadas duramente y con toda razón desde la deontología publicitaria por el abuso de la buena fe y de la aspiración a no sufrir enfermedades que naturalmente tienen la población y los políticos, a menudo legos en cuestiones sanitarias. El caso que nos ocupa supone la consideración novedosa, muy grave, de que toda infección por VPH es una enfermedad a prevenir, lo que es falso; y además con el énfasis, sin duda interesado, en la –no demostrada– prevención del cáncer de cuello uterino en España.

La industria farmacéutica tiene legítimos intereses financieros, pero no todos ni siempre están en sintonía con las necesidades de salud de la población. El escándalo reciente de la terapia hormonal sustitutiva, y la evidencia de que la industria escondió a la opinión pública durante 30 años graves efectos secundarios del tratamiento de una “enfermedad” previamente inventada, no coloca a este sector en una situación de gran credibilidad pública como garante de nuestra salud.

Por todo lo anterior, los firmantes de este texto pedimos al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Consejerías

de salud de las CCAA una moratoria en la aplicación de la vacuna del VPH. Nadie ha justificado que haya prisa para la aplicación de este nuevo programa; por ello, solicitamos abrir un periodo de reflexión, de seguimiento de los efectos de la vacuna en poblaciones reales y de realización de estudios para conocer el coste-efectividad a medida que haya nuevos datos. Todo ello permitirá solventar las dudas razonables que existen sobre la idoneidad de este programa de vacunación para España.

**Carlos Alvarez-Dardet.** Catedrático de Salud Pública Universidad de Alicante, Director Journal of Epidemiology and Community Health.  
e-mail: carlos.alvarez@ua.es

**Soledad Márquez Calderón.** Médica Especialista en Salud Pública, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Sevilla.

**Beatriz González López-Valcárcel.** Catedrática de Economía Aplicada Universidad de las Palmas de Gran Canaria

**Lucía Artazcoz,** Investigadora, Centro de Análisis y Programas Sanitarios

**Leonor Taboada.** Periodista. Directora de Mujeres y Salud

**Ildefonso Hernandez-Aguado.** Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Miguel Hernandez.

**Miquel Porta,** Catedrático de Salud Pública- Instituto Municipal de Investigación Médica y Universidad Autónoma de Barcelona

**Juan Gérvas.** Equipo CESCA, Madrid

**María José Rabanaque Hernández.** Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza.

**Carmen Valls Llobet.** Medicina Interna. Endocrinología

**Carmen Sanchez Contador Escudero.** Médica del Servicio de Promoción de la Salud - Consellería de Salut del Govern de les Illes Balears

**Carmen Mosquera Tenreiro.** Epidemióloga-Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias

**María José Hernandez Ortiz.** Médica, Presidenta de ADIBS (Asociación de Mujeres y Salud de las Islas Baleares)

**Jimena Jimenez Madrazo.** Médica. Instituto DIS (Dona i Salut). Baleares

**Y 3750 +**

## 1.- En 2004, los laboratorios norteamericanos han invertido más en publicidad que en Investigación.

El estudio, publicado en la revista Public Library of Science Medicine, reveló que las farmacéuticas norteamericanas en el 2004, último año disponible, invirtieron casi el doble en promoción de productos farmacéuticos que en investigación y desarrollo.

## 2.- GlaxoSmithKline y AstraZeneca: Investigadas por supuestos sobornos en Irak

*Sunday Times, 1 dic 07*

La Serious Fraud Office del Reino Unido investiga posibles violación del programa conocido por “Petróleo por alimentos”, que había sido desarrollado para permitir al depuesto régimen del asesinado dictador Saddam Hussein intercambiar petróleo por alimentos y medicamentos.

Tanto GSK como Astra niegan haber realizado cualquier maniobra ilegal. La noticia surge a partir de un informe recopilado para Naciones Unidas en el 2005 por el ex titular de la Reserva Federal, Paul Volcker.

## 3.- Wyeth: Condenado a pagar 99 millones de dólares a 3 mujeres por provocar cáncer de mama con terapia para menopausia-

*Agencias 16/10/2007*

La norteamericana Wyeth deberá pagar a tres mujeres un total de 99 millones de dólares luego de que un jurado del estado de Washoe County District, Nevada, la encontrara responsable de provocar cáncer de mama. El laboratorio se enfrenta a 5.300 demandas similares en todo el país. Las demandas se derivan por el consumo de Premarin, un fármaco de ↪



reemplazo de estrógeno y Prempro, una combinación de estrógeno y progesterona, recetados para suavizar los síntomas de la menopausia.

Ambas drogas aún están en el mercado en USA y, en España, la Sociedad para el Estudio de la Menopausia sigue promoviendo apasionadamente los beneficios de la terapia hormonal para la menopausia.

## 4.- Accionistas demandan a Sanofi por ocultar efectos secundarios de Acomplia (anti-obesidad)

PARIS (Reuters) -

La demanda, presentada ante una Corte de Nueva York "en nombre de todos los compradores" de valores de Sanofi-Aventis entre el 17 de febrero del 2006 hasta el 13 de junio del 2007, sostiene que "la compañía no reveló datos materiales adversos concernientes a la tendencia de Zimulti a causar un incremento, estadísticamente significativo, de problemas psiquiátricos, incluyendo pensamientos suicidas y otras conductas,".

En España, este medicamento aún no está comercializado. Sin embargo, en internet: Comprar Acomplia o comprar Rimonabant en España es muy sencillo en algunas webs..

*"Contamos con los mejores precios del Mercado y los envíos gratuitos a toda España. Acomplia (Genérico) 20mg 30 pills €90. service@medicfarm. com www.medicfarm.com"*

*"Comprar Acomplia de marca (Sanofi-Aventis) en España con euroClinix... Acomplia auténtica on-line con receta y consulta médica incluidas. www.euroclinix.es/acomplia.htm"*

## 5.- Los efectos negativos no se publican

17/11/08 CET BOSTON, EEUU (Reuters)

- Casi un tercio de los estudios realizados sobre medicamentos antidepresivos nunca llegan a aparecer en publicaciones médicas, y casi todos ellos parecen demostrar que el medicamento probado no funciona. En algunos de los estudios que sí se publican, los resultados desfavorables han sido remodelados para que el tratamiento parezca más efectivo de lo que realmente es, según el estudio liderado por Erick Turner, de la Universidad de Salud y Ciencia de Oregón.

## 6.- ¿Es Avandia, antidiabético, el próximo Vioxx?, se pregunta Time

<http://www.Time.Com/time/health/Harticle/0,8599,1623580,00.html?iid=sphere-inline>

Así titula Time el comentario sobre un estudio publicado en la revista 'JAMA' que asocia el uso de las tiazolidinedionas –la familia a la que pertenecen este antidiabético y su rival en el mercado, Actos (pioglitazona)- con un aumento del riesgo de insuficiencia cardiaca, infarto y muerte en personas mayores. Sin embargo, una revisión de la Agencia Europea del medicamento (EMA) asegura que los beneficios de Avandia (rosiglitazona) y Actos (pioglitazona) superan a sus riesgos.

## 7.- Demandas contra Merck por su fármaco Vioxx

**En USA: Merck pagará 4.850 millones de dólares para zanjar demandas por Vioxx**

9/11/07 TRENTON, Nueva Jersey

Merck & Co. anunció que pagará 4.850 millones de dólares para zanjar miles de demandas en uno de los mayores litigios civiles de Estados Unidos. Merck encaraba unas 26.600 demandas judiciales de 47.000 demandantes, más 265 demandas colectivas potenciales, incoadas por personas o familiares según los cuales la droga tuvo efectos fatales o lesionó a sus consumidores.

**En España: Primera condena contra Merck por su fármaco Vioxx**

02/08/07 El Mundo.

El juzgado de Primera Instancia número 56 de Madrid ha condenado a la farmacéutica Merck Sharp & Dohme (MSD en España) a indemnizar con 50.000 euros a una paciente de 54 años que sufrió un infarto cerebral tras tomar Vioxx durante más de dos años. Se trata de la primera sentencia condenatoria en España contra la multinacional farmacéutica por la comercialización de ese medicamento, que tuvo que ser retirado del mercado al detectarse que aumentaba el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares. Entonces, 300.000 personas en nuestro país consumían este moderno analgésico, perteneciente a la familia de las llamadas 'superaspirinas'. La juez entiende acreditado que la mera "comercialización de ese medicamento sin las debidas garantías de calidad en el suministro, hecho corroborado por la retirada" del fármaco, produce la posibilidad, "por mínima que sea", de que exista esa lesión.



## cuida tu corazón



La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en mujeres a partir de los 60 años en España y, en EEUU, la primera causa de muerte de mujeres en todas las edades. Sin embargo, el esfuerzo que hace el sistema sanitario, a través de la prevención primaria, por controlar los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) es menor para las mujeres que el dedicado a los hombres. Esto determina que, cuando se produce un problema coronario agudo (angina inestable o infarto de miocardio), las mujeres estén en peores condiciones que los varones (1).

## Riesgos cardiovasculares en Las mujeres primera causa de muerte entre mujeres

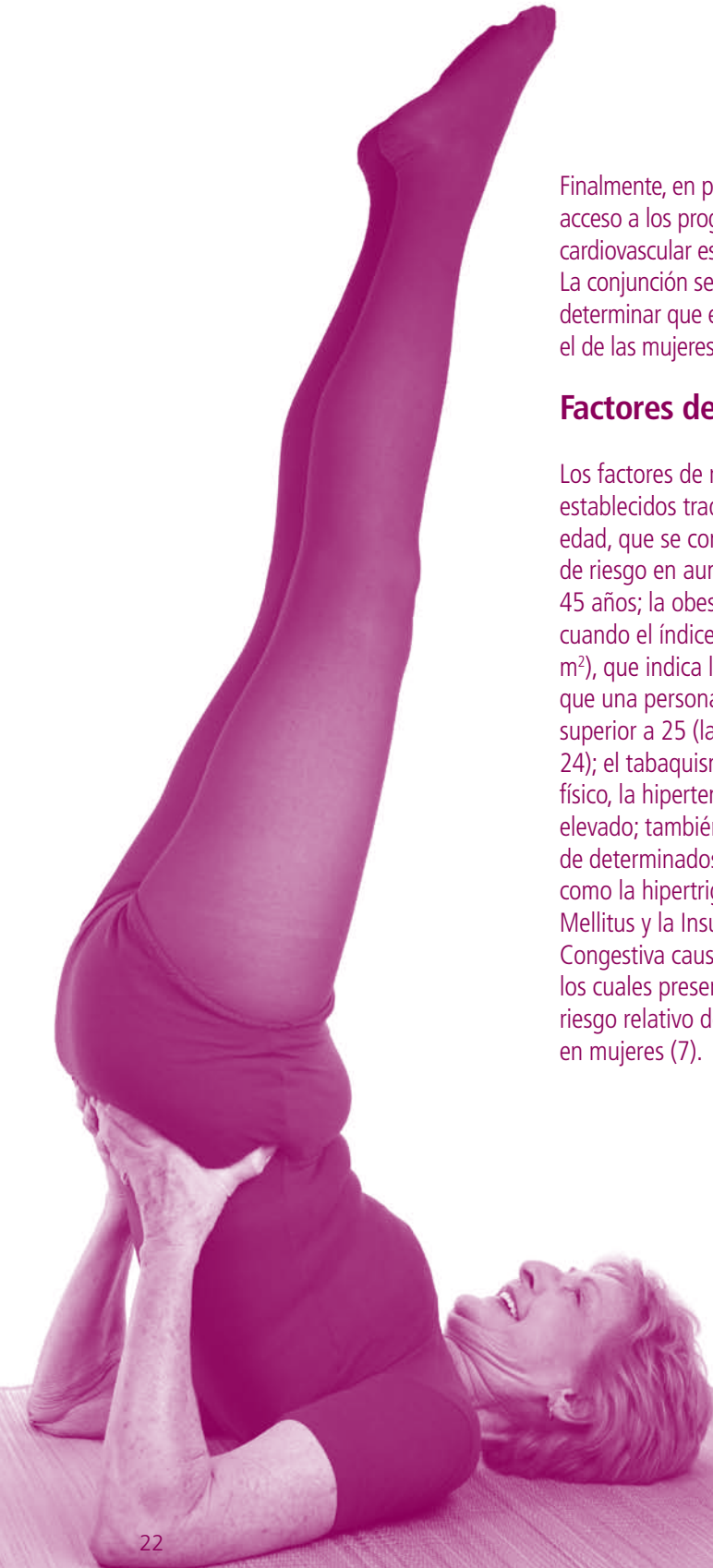


**Carme Valls Llobet.** Médica endocrinóloga

### Sesgo de género y prevención cardiovascular

Las mujeres presentan peor supervivencia ante un evento coronario agudo (2). Esto se explica, en parte, por la mayor comorbilidad a la que nos referiremos más adelante, pero también está ampliamente documentado, por un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Otra explicación clásica atribuye el exceso de mortalidad a la mayor edad de las mujeres, sin profundizar más en el tema. Se ha comprobado que las personas de mayor edad de ambos sexos presentan peor pronóstico, y se ha confirmado también como especialmente letal la combinación de sexo femenino y mayor edad. Estos dos factores determinan

que el grupo de mujeres mayores sea un grupo especialmente vulnerable (3). Sin embargo, en la prevención secundaria ante la enfermedad coronaria ya establecida, se utilizan menos los fármacos aconsejados (aspirina y betabloqueantes) respecto a los varones (4). También, en terapéuticas concretas, la industria farmacéutica ha seguido presentando datos globales (hombres y mujeres juntos) aunque hay algunos estudios en que se ha buscado ver el efecto diferencial de algunos fármacos según el sexo de los pacientes, como es el caso de la digoxina en la insuficiencia cardíaca, donde se ha encontrado, por cierto, mayor mortalidad en las mujeres tratadas con este medicamento respecto al placebo (5).



Finalmente, en prevención terciaria, el acceso a los programas de rehabilitación cardiovascular es menor en las mujeres. La conjunción sexo/edad vuelve a determinar que el grupo peor tratado sea el de las mujeres mayores (6).

## Factores de riesgo clásicos

Los factores de riesgo cardiovasculares establecidos tradicionalmente son: la edad, que se convierte en un factor de riesgo en aumento a partir de los 45 años; la obesidad, que se identifica cuando el índice de masa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), que indica la proporción de grasa que una persona tiene en su cuerpo, es superior a 25 (la idónea es entre 21 y 24); el tabaquismo, la falta de ejercicio físico, la hipertensión, el colesterol elevado; también la mayor presencia de determinados factores de riesgo como la hipertrigliceridemia, la Diabetes Mellitus y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva causada por la hipertensión, los cuales presentan también un mayor riesgo relativo de Enfermedad Coronaria en mujeres (7).

A pesar de todo ello, en muchos estudios se aprecia todavía una infrarrepresentación de mujeres.

Por ejemplo, la recomendación de usar aspirina a dosis bajas como prevención primaria del infarto de miocardio (ácido acetilsalicílico) no había sido estudiada en mujeres hasta hace muy poco y ahora sabemos que, mientras entre los hombres su utilización puede prevenir un 32% de infartos en todos los grupos de edad analizados, entre las mujeres ese papel preventivo no ha sido significativo (excepto en el subgrupo de mayores de 65 años) y, sin embargo, ha provocado un incremento de hemorragias gastrointestinales (8).

Otro fármaco, el Probuco, que se prescribe para reducir el colesterol, paradójicamente se ha asociado en mujeres con un aumento del riesgo de padecer taquicardias y arritmias, y se ha visto, además, que puede provocar el síndrome de QT largo adquirido o de Torsade de Pointes (anomalía del sistema eléctrico del corazón) lo que incrementa el riesgo de paro cardíaco (9).

Esto se debe a que tradicionalmente, en los estudios sobre factores de riesgo, se incluyen factores típicamente 'masculinos' como el tabaquismo o el consumo de alcohol, con más frecuencia que factores que parecen tener más peso en las mujeres, como serían la obesidad, el hipotiroidismo o nuevos factores como la proteína C reactiva o la homocisteinemia.

Afortunadamente, esta infrarrepresentación ha empezado a ser compensada en el año 2007 con la publicación en *Circulation* de una " *Guía basada en la evidencia para la prevención de enfermedades cardiovasculares en mujeres*", dirigida a los profesionales de atención primaria y basada en una sistemática revisión de las investigaciones científicas de la más alta calidad, que cubre tanto la prevención primaria como secundaria de las enfermedades cardiovasculares (10).

## Factores de riesgo emergentes

### Prediabetes y diabetes:

La diabetes es uno de los principales riesgos para la salud cardiovascular entre las mujeres y por ello su detección precoz y su corrección se han incluido en esta nueva guía de prevención cardiovascular específica para mujeres.

La diabetes aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por cualquier causa pero, además, recientes estudios han demostrado que los niveles basales de glucosa aumentada o los niveles alterados de glucosa durante el día son un factor de riesgo para la mortalidad por enfermedades cardiovascular en la población general y especialmente entre las mujeres. Estos estudios también reflejan que el riesgo de muerte por otras causas es el doble entre las personas diabéticas y hasta un 60 más en las personas con prediabetes comparado con el riesgo de las personas que tienen un metabolismo de la glucosa normal (11).

El editorial *del Annals of Internal Medicine* del 7 de Agosto de 2007 advertía del elevado riesgo de las mujeres diabéticas a morir por alguna enfermedad cardíaca (infarto de miocardio, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular) (12). Además, señalaba que mientras la mortalidad entre varones diabéticos tiende a disminuir, entre las mujeres se está incrementando. La doctora *Nanette Wenger* apunta que, evidentemente, las mujeres diabéticas no se están beneficiando de la tendencia favorable a la supervivencia por enfermedad cardiovascular que se ha ido produciendo en los varones desde el año 2000, por lo que pide un cambio de estrategia más decidida hacia el tratamiento cardiovascular de las mujeres diabéticas.

## Enfermedades y Afecciones Cardiovasculares

### • Aneurisma Aórtico

Un aneurisma es una protuberancia en un vaso sanguíneo, como la protuberancia en el interior de un tubo excesivamente inflado.

### • Aneurisma Cerebral

Un aneurisma cerebral es la dilatación o ensanchamiento de la pared de una arteria del cerebro.

### • Angina

La angina se caracteriza por una sensación de dolor, malestar, constricción o presión incómoda en el centro del pecho. Estos síntomas generalmente duran unos pocos minutos.

### • Arritmias

Una arritmia es una alteración del ritmo cardíaco.

### • Ataques al Cerebro

Un ataque al cerebro ocurre cuando se obstruye o se rompe uno de los vasos sanguíneos que suministra oxígeno y nutrientes al cerebro.

### • Ataques al Corazón

Un ataque al corazón ocurre cuando el flujo de sangre al músculo del corazón se reduce drásticamente o se detiene.

### • Aterosclerosis

La aterosclerosis se caracteriza por la acumulación de sustancias grasas en las paredes interiores de las arterias.

### • Endocarditis Bacteriana

La endocarditis bacteriana es una infección del revestimiento interno del corazón (endocardio) o de las válvulas del corazón.

### • Enfermedad de las Arterias

Periféricas (PAD)

En alguien que padece de la enfermedad de las arterias periféricas, depósitos de sustancias grasas se acumulan — y restringen el flujo sanguíneo — en las arterias de los brazos, piernas, pies, estómago, riñones, o pelvis.

### • Fibrilación Auricular

La fibrilación auricular se caracteriza por la presencia de un ritmo cardíaco irregular.

### • Insuficiencia Cardíaca

Tener insuficiencia cardíaca significa que el corazón no está bombeando sangre con máxima eficiencia.

### • Miocardiopatía

La cardiomiopatía se caracteriza por inflamación del músculo cardíaco y una reducción en la capacidad de bombeo del corazón.

### • Muerte Cardíaca Súbita

La muerte cardíaca súbita (también conocida como infarto súbito) es el fallecimiento a consecuencia de la pérdida abrupta de la función cardíaca (paro cardíaco).

### • Paro Cardíaco

El paro cardíaco es la interrupción inesperada y repentina del funcionamiento del corazón.

### • Síncope

Un síncope es una pérdida temporal de conciencia y postura, descrita como un "desmayo" o "desvanecimiento".

## GUIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: RECOMENDACIONES CLINICAS PARA MUJERES. Intervenciones sobre estilos de vida.

### Tabaquismo

Las mujeres no deben fumar y deben evitar el ambiente con humo de tabaco. Hay que aconsejar dejar el tabaco, dar sustitutos de nicotina y otra farmacoterapia indicada junto a programas de rehabilitación de conducta o aplicación de programas formales para cesar el consumo de tabaco. (Clase I. Nivel B).

### Actividad física

Las mujeres deben realizar como mínimo 30 minutos de actividad física de moderada intensidad (por ejemplo andar rápidamente) cada día o la mayoría de días a la semana (Clase I, Nivel B).

Las mujeres que necesiten perder peso o mantener el peso perdido deben realizar como mínimo de 60 a 90 minutos de actividad física de moderada intensidad (por ejemplo andar rápidamente) cada día o la mayoría de días a la semana. (Clase I. Nivel C).

### Rehabilitación

Las mujeres que han padecido una intervención de coronarias o un síndrome coronario agudo, angor crónico o reciente, accidente cerebro vascular reciente, enfermedad arterial periférica, deben recibir un régimen integral de reducción de riesgos, como la rehabilitación cardiovascular o del ictus, o un programa de entrenamiento con ejercicio físico comunitario o guiado en los domicilios.

### Dieta

Las mujeres deben consumir una dieta rica en fruta y verduras; escoger harinas integrales, y comidas ricas en fibra; consumir pescado, en especial pescado graso por lo menos dos veces por semana\*; limitar la ingesta de grasa saturada a <10% de la energía, y si es posible a < de 7%, colesterol a menos de 300 mgrs/día; ingesta de alcohol que no supere una bebida fuerte al día,\*\* y una ingesta de sodio menor de 2,3 g/d (aproximadamente una cucharadita de sal al día). El consumo de ácidos grasos-trans debe ser tan bajo como sea posible (p.ej menos de 1% de energía) (Clase I. Nivel B).

### Reducción o mantenimiento de peso.

Las mujeres deben mantener o perder peso con programa apropiado de actividad física, ingesta acalórica y cambios de conducta para mantener o conseguir un IMC (Índice de Masa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> y una circunferencia de cintura menor de 89 cms. (Clase I. Nivel B).

### Ácidos Grasos Omega-3

En mujeres con enfermedad cardiovascular se puede considerar la administración de capsulas de ácidos grasos omega-3 (aproximadamente 850 a 1000mg de EPA y DHA) y dosis más altas de 2 a 4 g en mujeres con triglicéridos altos. (Clase IIb, Nivel B).

### Depresión

Explorar la posibilidad de que exista depresión en mujeres con enfermedad cardiovascular y tratar o derivar cuando esté indicado. (Clase IIa. Nivel B).

\*Las mujeres embarazadas y lactantes deben evitar comer pescado alto en metilmercurio (p.ej tiburón, pez espada) y deben comer unos 350 gramos por semana de pescado variado bajo en mercurio.

\*\* Una bebida fuerte es equivalente a una botella de cerveza de 350cc, o un vaso de vino de unos 150 cc, o unos 40 cc de alcohol de 80°.

### Clasificación de los niveles de evidencia. Fuerza de la recomendación

#### Clasificación

**Clase I** La intervención es útil y eficaz.

**Clase II.a** El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia.

**Clase II.b** La utilidad/eficacia está menos basada en la Evidencia/opinión.

**Clase III** La intervención no es útil/efectiva y puede ser peligrosa.

#### Nivel de evidencia

**A.** Suficiente evidencia por múltiples ensayos clínicos randomizados.

**B.** Evidencia limitada por un único ensayo clínico randomizado o por otros estudios no randomizados.

**C.** Basado en la opinión de expertos, estudios de casos o asistencia Standard.



## Hiperfosfatemia y Deficiencia de Vitamina D:

Un estudio reciente, que siguió a 3.300 personas durante dieciséis años, ha podido establecer una relación entre presencia de niveles altos de fósforo en el suero sanguíneo con un mayor riesgo gradual de padecer enfermedad cardiovascular (13). Sin embargo, los pacientes no padecían ningún grado de insuficiencia renal, que es la causa más común de que se hallen niveles altos de fósforo sérico, por mala excreción. La explicación podría hallarse en otro estudio, también reciente, que evidencia la relación de niveles bajos de vitamina D con una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular. La vitamina D es la responsable de facilitar la absorción en el intestino del fósforo que adquirimos con la dieta. En concreto los niveles bajos de 25 OH D3 (el calcidiol) estaba correlacionado con aumento de la incidencia y cuanto más bajos eran los niveles, el incremento era mayor. Recordamos que los niveles bajos de vitamina D son más frecuentes entre mujeres. Los autores sugieren que la corrección de las deficiencias de vitamina D podría contribuir a la prevención de la enfermedad cardiovascular (14).

## Anticonceptivos hormonales:

Desde la primera generación de anticonceptivos hormonales se conoce la relación de éstos con el aumento de las dislipemias (elevación de las grasas que circulan por la sangre). La primera vez que alguien señaló esta asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y la trombosis coronaria, fue ya en 1963. Por otra parte, los anticonceptivos hormonales de tercera generación que contienen otros progestágenos (gestodene o desogestrel), disponibles desde 1980, se han asociado con el doble de trombosis venosa (15). En 2001 se pudo establecer, además, un incremento de riesgo de infarto de miocardio entre las mujeres

que tomaban anticonceptivos de segunda y tercera generación, con un riesgo mayor entre las consumidoras de anticonceptivos de segunda generación (16). La base de estos anticonceptivos es el levonorgestrel, que también constituye, por cierto, la base hormonal del Lybrel, el anticonceptivo que pretende abolir la menstruación durante meses.

## Terapia Hormonal Sustitutiva en la Postmenopausia

El estudio Hers (1998) ya demostró que la administración de terapia hormonal sustitutiva (THS) en mujeres que padecían enfermedades coronarias incrementaba la incidencia de otros episodios de infarto, así como la mortalidad (17). En 2007, un análisis secundario del *Women's Health Initiative (WHI)* ha demostrado que hay una relación entre la administración de THS y el riesgo de padecer accidente vascular cerebral tanto por edad como por el tiempo después de la menopausia (18). Esto es muy importante señalarlo porque, como se recordará, durante muchos años el gran argumento para prescribir tratamiento hormonal en la postmenopausia fue que protegía a la mujer de padecer enfermedades cardíacas.

## El colesterol "malo" no es tan buen predictor.

### La Proteína C y el colesterol LDL.

Cuando en una persona la proteína reactiva (Proteína C) y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) están elevados, indican un riesgo cardiovascular. Sin embargo, aunque las LDL (el colesterol malo) sean un buen indicador de riesgo cardiovascular, a veces la trombosis arterial se presenta sin aumento de éste. Por otra parte, un estudio realizado entre 27.939 mujeres, aparentemente sanas, seguidas durante ocho años, ha demostrado que entre las mujeres el nivel de Proteína C reactiva es un predictor de enfermedades cardiovasculares mucho más fuerte que el nivel de colesterol LDL (20).



## Aprende a reconocer los síntomas del infarto en las mujeres

### Síntomas comunes a hombres y mujeres

- Sensación de opresión, ahogo o dolor en el centro del pecho que dura unos cuantos minutos, o que se va y vuelve
- Dolor que se expande a los hombros, cuello o brazos
- Malestar en el pecho con aturdimiento, desmayo, sudor, náusea o falta de aire

### Síntomas de infarto que suelen tener, y no reconocer, las mujeres

- Dolor que sube desde el esternón hasta la mandíbula
- Dolor atípico en el pecho, estómago o abdomen
- Náusea o mareo
- Falta de aliento y dificultad para respirar
- Ansiedad inexplicable, debilidad o fatiga
- Palpitaciones, sudor frío o palidez

Asociación Americana del Corazón

# corazón corazón corazón corazón

## **Preeclampsia y enfermedad cardíaca, una asociación bidireccional**

Hace tiempo que se sabe que tener alguno de estos factores de riesgo cardiovascular antes del embarazo constituye un riesgo, a su vez, de padecer eclampsia gravídica (crisis hipertensiva en el momento del parto). Pero un estudio reciente realizado en 3.500 mujeres, en el que se estudiaron los factores de riesgo cardiovascular antes de quedar embarazadas, durante el parto y cuatro años después, ha reflejado que las mujeres con la tensión arterial más elevada antes del embarazo tuvieron siete veces más riesgo de padecer preeclampsia que las demás, y dos veces mayor para las que presentaron un alto índice de masa corporal, mayor circunferencia de cintura o altos niveles de colesterol LDL (21).

## **El estrés laboral como factor de riesgo cardiovascular**

Desde los trabajos pioneros en la última década del siglo XX de la profesora Marianne Frankenhauser y el profesor Ulf Lundberg, ya era conocida la participación de las condiciones de trabajo laboral y doméstico en la génesis de la hipertensión y las alteraciones en el ritmo cardíaco. Ellos compararon los niveles de tensión arterial y de las hormonas

suprarrenales de ejecutivos y ejecutivas suecos que compartían las mismas condiciones de trabajo y la misma situación familiar. Vieron que durante la jornada laboral la tensión arterial de los hombres aumentaba y la de las mujeres bajaba o se mantenía estable. Los mayores incrementos hormonales se daban predominantemente entre los hombres. Sin embargo, por la tarde, al llegar a casa, la tensión arterial de a la mujeres, así como la secreción de adrenalina, aumentaban, mientras ambas disminuían entre los hombres (22).

El exceso de las hormonas causantes del estrés neuroendocrino durante la tarde y noche impide que por la noche se pueda tener un reposo nocturno reparador. Las consecuencias físicas serán insomnio nocturno o sueño con intermitencias, dolor en la zona del trapecio, taquicardias, dolor abdominal o colon irritable y contracciones musculares involuntarias (fasciculaciones). Todos estos síntomas serían efectos secundarios del estrés crónico sea por exceso de estrés en el trabajo o por la doble jornada que por ahora comparten la mayoría de mujeres del mundo.

En un reciente estudio de la Universidad canadiense de Laval publicado en JAMA, las personas que

han sufrido un infarto de miocardio tienen el doble de riesgo de volver a repetir un accidente cardiovascular si están inmersas en un estrés laboral crónico. (*ver minidosis, contraportada*)

## **Rabia y hostilidad:**

Se ha demostrado que sentir rabia o mostrar actitudes hostiles incrementa la presencia de síntomas cardiovasculares en mujeres y hombres. En el caso de las mujeres, ahora sabemos que también hay un riesgo cardiovascular, aunque no sea apreciable angiográficamente, cuando la rabia no se expresa hacia fuera, sino que produce síntomas como dolor torácico sin que haya una angina de pecho (19). Dado que las mujeres a menudo reprimen la exteriorización de la rabia, es importante, pues, tener en cuenta las distintas formas de expresar o no la agresividad, y los síntomas que provocan, a la hora de evaluar los síntomas de las mujeres cuando se sospeche enfermedad coronaria.

**Las malas relaciones personales también pueden enfermar el corazón**  
(*ver minidosis, contraportada*)

**Sobre estos nuevos riesgos, invisibles hasta ahora, aún no se están desarrollando estrategias de prevención.**

## **Recuerda!!!**

- Haz dieta mediterránea
- Haz ejercicio moderado pero continuado
- Controla tu IMC y tu ICC
- Controla el estrés (aprende a parar)
- No te tragues la rabia
- Evita las malas relaciones



# corazón corazón corazón corazón

## Pruebas de detección recomendadas por la American Heart Association

Para mantener la salud cardíaca, es importante hacerse pruebas de detección.

Si usted es una persona adulta de 20 años de edad o más, consulte esta tabla (basada en las recomendaciones de la American Heart Association) para saber que pruebas se recomiendan, y con qué frecuencia:

Prueba recomendada	¿Con qué frecuencia?	¿A partir de qué edad?
Presión arterial	En cada chequeo médico o al menos una vez cada 2 años si su presión es menos de 120/80 mm Hg.	20
Colesterol ("perfil de lipoproteína en ayunas" para medir el colesterol total, HDL y LDL; y los triglicéridos)	Para las personas de riesgo normal, cada 5 años; con mayor frecuencia si usted: <ul style="list-style-type: none"><li>• tiene colesterol total por encima de 200 mg/dL</li><li>• es hombre mayor de 45 años o mujer mayor de 50</li><li>• tiene colesterol HDL (bueno) por debajo de 40 mg/dL</li><li>• tiene otros factores de riesgo para las enfermedades coronarias o ataques cerebrales</li></ul>	20
Peso (índice de masa corporal [BMI, por sus siglas en inglés])	En cada chequeo médico	20
Circunferencia de cintura	Según sea necesario, para evaluar su riesgo cardiovascular	20
Prueba de glucosa en sangre	Cada 3 años	45

Después de sus pruebas de detección, hable con su médico acerca de sus resultados.

## ¡Calcula tu índice de masa corporal IMC!

$$\text{IMC} = \text{masa (kg)} : (\text{altura(m)})^2$$

**IMC = de 18,5 a 25,5 normal (>25,5, sobrepeso, <18,5, infrapeso)**

e.j.: peso 74kg y estatura 1,75 m

$$\text{IMC} = 75 : 1,75^2 \rightarrow 75 : (1,75 \times 1,75 = 3,06) = \text{IMC } 24,5$$

## ¡Calcula tu índice de cintura cadera ICC!

$$\text{ICC} = \text{cintura (cm)} : \text{cadera(cm)}$$

**ICC = 0,71-0,85 normal para mujeres. ICC = 0,78-0,94 normal para hombres.**

Medir la cintura por debajo de la última costilla flotante y la cadera a la altura de lo glúteos, en el lugar más ancho.

$$\text{e.j.: } 75 \text{ cintura} : 95 \text{ cadera} = \text{ICC } 0,78$$

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hochman et al. Sex, clinical presentation and outcome in patients with acute coronary syndromes. *N-England-J-Med.* 1999;341:226-232.
2. Marrugat et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *JAMA* 1998;280:1405-1409
3. Lidon RM et al. Infarto agudo de miocardio: diferencias de tratamiento en la mujer anciana. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:325-330
4. Dudley et al. Age and sex-related bias in the management of heart disease in a district general Hospital. *Age Ageing.* 2002;31:37-42
5. Rathore et al. Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of hearth failure. *N Engl J Med.* 2002;347:1403-1444
6. Benz LA et al. Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation progrmas? A review of multilevel factors affecting referral, enrollment and completion. *J Women Health Gend Based Med.* 2002;11:773-791
7. Barrett-Connor et al. Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men?. *JAMA.* 1991;265:627-631
8. Kjeldsen et al. Influence of gender and age on preventing cardiovascular disease by antihypertensive treatment and AAS. The HOT Study. *J Hypertens* 2000, 18:629-642
9. Reihnoel j, Frankovich Debra, Machado Christian, Kawasaki Raymond et al. Probucof-associated tachyarrhythmic events and QT prolongation:Importance of gender. *Am Heart J* 1996; 131:1184-91
10. Mosca lori, Bnaka Carole, Benjamin Emelia, Berra Kathy, Bushnell Cheryl, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Woemn: 2007 Update. *Circulation* 2007; 115:
11. Barr Elizabett et al. Risk of cardiovascular and all-cause mortality in individuals with diabetes mellitus, imapires fasting glucose and impaired glucose tolerance. The Australian dibetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Circulation* 2007
12. Wenger Nanette. Heightened Cardiovascular risk in diabetic women: can the tide be turned? *Ann Intern Med* 2007;147
13. Dhingra R, Sullivan LM, Fox CS, Wang TJ, D'Agostino RB Sr, Gaziano JM, Vasan RS. Relations of serum phosphorus and calcium levels to the incidence of cardiovascular disease in the community. *Arch Intern Med.* 2007;167(9):879-85.
14. Wu-Wong JR. The potential for vitamin D receptor activation in cardiovascular research. *Expert Opin Investig Drugs.* 2007 Apr;16(4):407-11.
15. Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ.* 2001 Jul 21;323(7305):131-4.
16. Tanis C Bea, van den Bosch J A.A, Kemmeren JM, et al Oral contraceptives and the risk of miocardial infarction. *N Engl J Med* 2001;345:1787-93.
17. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progesterin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progesterin replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA.* 1998 Aug 19;280(7):605-13.
18. Rossouw Jacques E, Prentice Ross L, Manson Joann E, Wu Lieling, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age an years since menopause. *JAMA* 2007; 297:1465-1477.
19. Ktantz David, Olson Marian et al. Anger, hostility and cardiac symptoms in women with suspected coronary artery disease: the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Journal of Women's Health.* 2006; 15: 1214-23
20. Ridker Paul, Rifai N, Rose Lynda, Buring Julie, Cook Nancy. Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first vascular events. *N Engl J Med* 2002; 347:1557-65
21. Magnussen EB, Vatten LJ, Lund-Nilsen TI, Salvesen KA, Davey Smith G, Romundstad PR. Prepregnancy cardiovascular risk factors as predictors of pre-eclampsia: population based cohort study. *BMJ.* 2007 Nov 10;335(7627):978.
22. Frankenhaeuser, Marianne; Lundberg, Ulf y Chesney, Margaret. (eds.) (1991). *Women, Work and health. Stress and opportunities.* New York: Plenum Press.



## Revisión de Las guías para el tratamiento con estatinas



**Maryann Napoli,**

Center for Medical Consumers © 2007. New York

Es razonable esperar que las guías del gobierno de Estados Unidos sobre el tratamiento del colesterol estén firmemente basadas en la evidencia científica. Desde luego, esa fue la afirmación del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol cuando apareció actualizada en 2004. Lo que ha alarmado a algunos investigadores y defensores de los derechos de los consumidores ha sido la expansión del uso de las estatinas para incluir a personas que no presentan riesgos de enfermedades del corazón sino "riesgo moderadamente elevado" de desarrollarlo.

La guía actualizada pondría a 23 millones de americanos más a tomar estatinas por el resto de sus vidas. Una nube de dudas pende sobre la cuestión desde que se supo que la mayoría de los médicos que establecieron las guías tenían vínculos económicos con las empresas fabricantes de estatinas.

Las estatinas, las más vendidas de la historia, son medicamentos para reducir el colesterol. Incluyen los siguientes principios activos: atorvastatina (nombre comercial, Lipitor), lovastatin (Mevacor), pravastatin (Pravachol), fluvastatin (Lesol), simvastatin (Zocor) y rosuvastatin (Crestor). Su beneficio sobre las personas enfermas del corazón está probado, pero hay controversia respecto al uso de esos medicamentos en cualquier otro caso. Tres cuartas

partes de la ciudadanía americana que está actualmente en terapia a largo plazo con estatinas, no están enfermos del corazón.

En un número reciente de la revista médica Lancet, John Abramson, de la Harvard Medical School, y James Wright, de la Universidad de British Columbia, Vancouver, comentaron el tema conjuntamente en un artículo titulado "¿Están las guías sobre reductores de lípidos basadas en la evidencia?". Ambos realizaron un análisis de todos los ensayos clínicos más grandes realizados en los que los participantes habían tomado estatinas o placebo según el grupo al que habían sido asignados al azar.

Los siete ensayos que incluían adultos entre 30 y 80 años de edad que habían tenido enfermedades de corazón demostraron claramente que las estatinas disminuyen el riesgo de muertes cardíacas así como las muertes por cualquier causa. Sin embargo, sus análisis sobre los ensayos que incluían gente sana pero de alto riesgo, sin enfermedad cardíaca, demostraron que **las estatinas no deben administrarse a mujeres de ninguna edad que no estén enfermas del corazón** o de diabetes, ni a hombres mayores de 69 años que no están enfermos del corazón o diabetes, porque no demostraron ningún beneficio en ellos. Hay un modesto beneficio en los hombres de 30 a 69 años que

corren alto riesgo de desarrollar enfermedades del corazón. Por cada 50 hombres que tomen estatinas cada día durante cinco años, sólo uno evitará un evento cardíaco- o sea, un ataque cardíaco o una muerte relacionada con el corazón. Dicho de otra manera, por cada 50 hombres que toman estatinas durante cinco años, 49 se arriesgan a una reacción adversa del medicamento, sin ningún beneficio a cambio.

\*\*\*\*\*

### Entrevista al Dr. John Abramson autor del libro "Overdosed America".

*Marianne Napoli.*

**MN:** Siempre que escribo sobre estatinas me llaman lectores que indican que están confundidos sobre sus riesgos. Lo típico es la mujer sana mayor de 65, presionada para tomar estatinas por un médico que le dice que tiene alto riesgo de ataque cardíaco por su edad y el alto colesterol.

**JA:** 1) La evidencia demuestra que cuanto más alto el colesterol, más vivirá; 2) ningún ensayo demuestra que la terapia con estatinas la beneficie; 3) la gente mayor de 65 que hace ejercicio habitualmente, come dieta estilo mediterránea, no fuma y bebe moderadamente, tiene un porcentaje de muertes 60% más bajo que la gente que no lo hace.

# corazón corazón corazón corazón

**MN:** El ensayo con gente mayor de 70 (Prospective Study of Pravastatin in Elderly at Risk), suele tergiversarse.

**JA:** Este ensayo demuestra claramente los limitados beneficios de las estatinas en los mayores. A aquellos que ya tienen enfermedad cardiovascular, las estatinas le reducen el riesgo de ataque cardíaco o muerte cardiovascular. Pero también demuestra que la gente de esa edad con más riesgos, pero que no están enfermas del corazón, no se benefician tomando estatinas. Y también es importante que el estudio también muestre que hay un cáncer extra por cada 70 personas que las toman durante cuatro años.

**MN:** ¿Y la gente que ha tenido un ataque cardíaco?

**JA:** Las estatinas ayudan a la gente que ha tenido un ataque cardíaco. Aún y así, el "Lyon Diet Heart Study" demuestra cuánto más efectiva es una dieta saludable para reducir el riesgo de ataque cardíaco de esas personas. Los participantes fueron divididos entre los que recibieron consejos sobre la dieta mediterránea y los que no. Los que siguieron la dieta mediterránea presentaron 72% menos enfermedades que los del grupo de control. También hubo 56% menos muertes y 61 % menos cánceres. La dieta mediterránea es tres veces más efectiva que las estatinas para prevenir la recurrencia de enfermedad cardíaca y las muertes por esta causa. Lo más sorprendente es que no tenían el colesterol más bajo que los que comían dietas estándar. Recuérdelo cuando su médico le diga que baje su colesterol.

**MN:** A los estilos de vida no se les presta mucha atención

**JA:** La mayoría de las informaciones sobre enfermedades del corazón están influenciadas por los laboratorios. Se concentran en el colesterol, más que

en la dieta, el ejercicio y no fumar porque su objetivo primordial es maximizar sus ingresos. Todos los grandes estudios sobre estatinas, menos uno, fueron financiados por los laboratorios que las producen. Entre los catorce incluidos en la revisión más actual, sólo el ALLHAT (Lancet, octubre 2005), incluyó una variedad suficiente de hombres y mujeres con y sin enfermedad cardíaca o diabetes. La mitad de los participantes fueron asignados al azar para ser tratados con una estatina y la mitad fueron remitidos a sus médicos y médicas de cabecera para hacer lo que él o ella considerara correcto. Al final del estudio, el 26% de la gente asignada a la "atención habitual" recibió recetas de estatinas y el 77% de ellos seguían tomándolas (los otros dejaron de hacerlo por efectos secundarios, otras razones médicas, etc.). **Pero los resultados demostraron que no hubo menos enfermedad cardíaca ni menos muertes en el grupo donde más gente (el triple) tomó estatinas.**

**MN:** Esos resultados parecen ser en general mal comprendidos

**JA:** Una de las razones es el editorial engañoso que acompañó la publicación del ALLHAT en el JAMA. Decía: "Los profesionales de la medicina pueden sentirse tentados a llegar a la conclusión de que este amplio estudio demuestra que las estatinas no funcionan; sin embargo, se sabe bien que sí". Eso no es lo que yo llamo medicina basada en la evidencia. El editorialista **tuvo la cara** de sugerir que las estatinas pueden ser menos efectivas cuando la prescriben profesionales de atención primaria en vez de cardiólogos (ahora está empleado en Merck, que fabrica la estatina Zocor).

**MN:** Todos menos dos ensayos con estatinas fallaron en informar sobre efectos adversos serios, es decir,

sobre cualquier evento funesto que amenace la vida, requiera hospitalización o desemboque en una incapacidad significativa.

**JA:** Los ensayos de estatinas que informan sólo los efectos en la enfermedad cardíaca no dicen bien todo lo que necesitamos saber. La cuestión más importante es: ¿Cuál es el efecto general de tomar el medicamento?. En otras palabras, si una estatina disminuye el riesgo de enfermedad cardíaca pero no reduce el riesgo de enfermedades graves o muertes no relacionadas con la enfermedad cardíaca, ¿vale la pena tomarla?. La dificultad de responder a esta pregunta debe llevar a la gente a preguntarse si no hay formas alternativas de reducir el riesgo de enfermar del corazón.

**MN:** ¿Porqué las revistas permiten que los laboratorios publiquen solamente los resultados relacionados con el corazón?

**JA:** Las revistas médicas no asumen sus responsabilidades al omitir los serios efectos adversos y las muertes por todas las causas globalmente hablando.

**MN:** ¿Algún mensaje de despedida?

**JA:** La gente pregunta "¿ Por qué no puedo tomar una píldora, comer lo que quiero y olvidarme de ir al gimnasio? Y yo les digo: Si la píldora funcionara, sería una buena cuestión, pero no hay ninguna evidencia en los ensayos clínicos que demuestren que las estatinas benefician a mujeres u hombres mayores que no padezcan enfermedad cardíaca o diabetes. Los hábitos saludables son más efectivos, más baratos y la forma más segura de reducir los riesgos para el corazón y de mejorar las posibilidades de mantenerse saludable.

*Traducción L.T.*



**Pilar Parra**  
Bióloga especialista  
en nutrición

## omega 3 Y enfermedad cardiovascular



### ¿Qué son y cómo actúan los omega-3?

En el presente artículo vamos a contemplar la importantísima y evidente relación entre la presencia en el cuerpo de una cantidad insuficiente de unos determinados grasos esenciales, los omega-3, y la enfermedades cardiovasculares.

Empecemos por averiguar qué son los omega-3: químicamente son ácidos grasos poliinsaturados, su nombre indica la situación en la molécula de los dobles enlaces que les da el carácter de insaturados y los hace líquidos a temperatura ambiente.

Se les llama esenciales porque no podemos sintetizarlos en nuestro organismo, los tenemos que obtener a través de la dieta, al igual que las vitaminas; de hecho, cuando fueron

descubiertos, se les llamó vitamina F. Los encontramos en todas las células del organismo, se almacenan en la membrana celular y están en una concentración muy alta en el cerebro.

A partir de los ácidos grasos esenciales, cada célula del cuerpo sintetiza unas hormonas autocrinas extraordinariamente potentes, los eicosanoides, que las células secretan para comprobar cuál es el medio ambiente exterior, para luego informar de nuevo a la célula de lo que hay fuera de sus límites externos.

Basándose en esta información, la célula emprende entonces la acción biológica apropiada para responder a cualquier cambio en su ambiente, por lo que son los primeros modificadores de la respuesta biológica creados por los seres vivos y son los responsables de los múltiples efectos biológicos de los ácidos grasos esenciales.

Como ejemplos más conocidos de clases de eicosanoides podemos citar las prostaglandinas, los tromboxanos, los leucotrienos, etc., y siguen descubriéndose nuevos tipos cada año (1).

Algunas acciones fisiológicas de los eicosanoides derivados de los omega-3:

- Inhiben la agregación de plaquetas
- Son vasodilatadores
- Antiinflamatorios
- Controlan la proliferación celular
- Intensifican el sistema inmunitario

# corazón corazón corazón corazón



**Las principales fuentes** de ácidos grasos esenciales omega-3 son las algas y el plancton, que nos llegan a través del pescado y el marisco, que los acumulan en sus tejidos grasos. Los pescados azules, más ricos en grasa, son la mejor fuente de omega-3: la caballa, las anchoas, las sardinas, los arenques, el atún, el abadejo, la trucha, el pez espada y el salmón.

Siendo los pescados de piscifactoría, debido a que la grasa de su dieta es a menudo aceite de soja (rico en omega-6), mucho más pobres en omega-3 que los salvajes (2).

También existen fuentes vegetales de omega-3, pero requieren una etapa suplementaria en el metabolismo para transformarse, etapa que en nuestro organismo es muy poco eficiente, lo que implica tener que comer mucha cantidad para obtener muy poco omega-3. Se trata de las semillas de lino, el aceite de colza, el aceite de cáñamo, las nueces, todas las hortalizas verdes (como espinacas, etc), las algas marinas y la espirulina (alimento tradicional de los aztecas).

La hierba y las hojas naturales de las que se alimentan los animales también contienen aceites omega-3, por esa razón, los animales de caza suelen ser mucho más ricos en omega-3 que los de granja; cuanto más grano se utiliza para alimentar a estos últimos, menos omega-3 contiene su carne.

## Eicosanoides "buenos" - eicosanoides "malos"

Para comprender el efecto de los ácidos grasos sobre el organismo hay que remontarse a los orígenes de la humanidad. En el momento en que el cerebro del Homo Sapiens se desarrolló, es decir, cuando accedió a la conciencia de sí mismo, la humanidad vivía alrededor de los grandes lagos del Este africano. El acceso a un ecosistema único muy rico en pescado y crustáceos podría haber sido el desencadenante de un desarrollo prodigioso del cerebro. Se cree que la alimentación de esos primeros seres humanos era perfectamente equilibrada, siendo la proporción entre el aporte de omega-3 y omega-6 (otro tipo de ácido graso esencial precursor de eicosanoides proinflamatorios) de 1-1.

Esta proporción ideal suministraba al cuerpo exactamente la alimentación que necesitaba para producir neuronas de una calidad óptima, y así dar al cerebro capacidades totalmente nuevas que permitieron la fabricación de herramientas, el lenguaje y la conciencia; este proceso culminó su evolución hace unos diez mil años, desde entonces nuestros genes no han cambiado (3).

Actualmente, con el desarrollo de la agricultura, de la cría intensiva de

animales en la que se les alimenta con grano en lugar de hierba silvestre, y la presencia de aceites vegetales ricos en omega-6 en la alimentación occidental, esa proporción varía entre 1-10 y 1-20.

Los ácidos grasos esenciales omega-6, aunque importantes para el organismo, si están en exceso producen reacciones de oxidación e inducen reacciones de inflamación por todo el cuerpo.

Todas las grandes enfermedades crónicas en auge en el mundo occidental se ven agravadas por dichas reacciones inflamatorias: las enfermedades cardiovasculares —como los infartos y los accidentes vasculares cerebrales— pero también el cáncer, la artritis e incluso el mal de Alzheimer.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en el mundo occidental, y está siendo ahora establecido que el origen de ese tipo de enfermedades, está primariamente ligado a hábitos dietéticos inadecuados. De acuerdo con la OMS, el 30% de las enfermedades cardiovasculares se podrían prevenir con una correcta dieta. La baja incidencia de estas enfermedades entre esquimales y japoneses ha sido atribuida a su dieta rica en omega-3.





# corazón corazón corazón corazón

En los últimos diez años se han llevado a cabo más de cinco mil estudios tan sólo sobre los omega-3.

En el caso que nos ocupa en este artículo, si observamos las principales causas de los infartos de miocardio, vemos que todas ellas tienen mucho que ver con niveles excesivos de eicosanoides derivados de los omega-6 o eicosanoides "malos" y déficit de eicosanoides derivados de los omega-3 o eicosanoides "buenos":

## Formación de un coágulo

Una producción excesiva de eicosanoides "malos" engaña a las plaquetas para que crean que hay una herida en las arterias, de modo que se aglutinan en lugares indebidos, reduciendo el flujo sanguíneo.

## Inestabilidad de la placa.

Los eicosanoides "malos" son también los principales mediadores en la inflamación a nivel molecular, lo que aumenta la posibilidad de que una placa arterioesclerótica inestable se rompa; cuando se agrieta, las plaquetas lo contemplan como una herida y se aglutinan en respuesta a los restos que se secretan. Los nuevos coágulos que se forman pueden llegar a taponar la arteria, interrumpiendo el flujo sanguíneo, con lo que las células musculares del corazón mueren por falta de oxígeno.

## Espasmo vascular.

Son calambres potencialmente letales, que impiden que la sangre llegue al corazón, son la tercera causa de ataque al corazón. Los eicosanoides "malos" actúan como unos poderosos constrictores de las arterias y pueden llevar a espasmos vasculares.

## Caos eléctrico (muerte súbita).

El corazón es un músculo muy grande que debe tener todas sus células contrayéndose y relajándose de un modo sincronizado para poder bombear la sangre de forma efectiva, este ritmo está controlado por una corriente eléctrica. Si esta red eléctrica se ve trastornada por demasiados eicosanoides "malos", las células musculares empezarán a trabajar a un ritmo descoordinado y dejará de latir, parando el flujo sanguíneo.

## Efecto compensador de los omega-3

Como hemos visto, los omega-3 tienen efectos muy importantes que contrarrestan los de los omega-6, por lo que es de vital importancia el equilibrio en la proporción entre ellos.

Las evidencias de los efectos positivos de los omega-3 sobre el sistema cardiovascular se acumulan a través de los años, estos son algunos ejemplos:

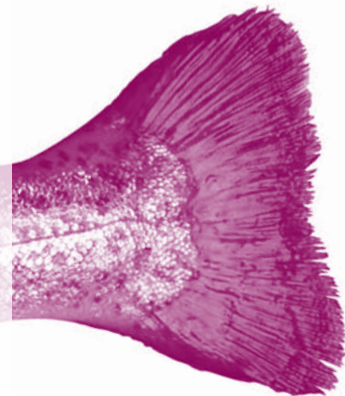
- Numerosos estudios epidemiológicos han asociado el consumo regular de pescado con un descenso en el índice de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Estos estudios han resaltado el efecto protector de los omega-3 al reducir la morbilidad-mortalidad sin necesariamente reducir el colesterol.

- Dos estudios de prevención: el Physician's Health Study y el MRFIT respectivamente mostraron que los sujetos con más alta concentración sérica de omega-3 se beneficiaban de un 81% de reducción en el riesgo de muerte súbita, y que el consumo de más de 0.7 g de omega-3 por día permite un 40% de reducción en el riesgo de ataque cardíaco.

- El primer estudio a gran escala, realizado por S. Renaud y cols. y publicado en The Lancet mostró que los pacientes que seguían una dieta rica en omega-3 contaban con hasta un 76% menos de probabilidades de morir en los años posteriores a haber sufrido un infarto que aquellos que seguían las recomendaciones establecidas por la American Heart Association.

- En un segundo estudio de prevención (GISSI, en Italia, con supervivientes de un primer accidente cardiovascular) se demostró que los pacientes que tomaban omega-3 cada día redujeron el riesgo de sufrir un infarto de miocardio mortal un 45%, una reducción del 30% en su riesgo total de muerte cardiovascular, y una reducción del 20% en su mortalidad general. Este estudio confirmó los resultados de otro previo (estudio DART), que mostró que los hombres que previamente habían sufrido un infarto y comían una vez a la semana pescado azul, veían reducido su probabilidad de un segundo infarto en un 29%.

Todos estos estudios sugieren que los omega-3 de cadena larga (EPA y DHA), debido a su metabolismo, tienen una acción preventiva en ciertos factores de riesgo envueltos en las enfermedades cardiovasculares:



# corazón corazón corazón corazón

## Coagulación y agregación plaquetaria

Inhiben la agregación plaquetaria y promueven la dilatación de los vasos sanguíneos. Tienen una acción antihemostática y antitrombótica. Varias sustancias que modulan la función plaquetaria tienen una importante influencia en la severidad del infarto de miocardio. La acción antihemostática y antitrombótica de los omega-3 se mantiene dentro de un límite fisiológico y no lleva a un incremento de riesgo hemorrágico a dosis diarias entre 1 y 3.5 g de EPA y DHA.

## Dislipemia

Un elevado nivel de triglicéridos plasmáticos está ahora reconocido como un factor de riesgo cardiovascular, los omega-3 reducen su nivel en el plasma, con dosis de 1 á 7 g por día además de subir el colesterol "bueno" (HDL).

## Arritmia

La incidencia de muerte por paro cardiaco es menor en sujetos cuyas membranas celulares contienen mayor nivel de omega-3.

Los estudios han mostrado que las arritmias ventriculares decrecen al tomar 2.4 g al día de omega 3. La severidad de las arritmias puede estar correlacionada con el contenido de omega 3 de las membranas cardiacas (4). Un claro efecto antiarrítmico se observa cuando el DHA representa un 20% del contenido lipídico de la membrana cardiaca (5). Sólo con una fuente dietética directa de DHA, y no de sus precursores, se pueden alcanzar estos niveles de omega-3, haciéndose evidente que los omega-3 presentes en la célula cardiaca la hacen más resistente a la arritmia.

## Las recomendaciones

De ahí que las múltiples recomendaciones que no se pueden ignorar sobre el efecto positivo de los omega-3 como prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, podríamos resumirlas en tomar tres veces a la semana 120-200 g de pescado azul o, en su lugar, 1 – 5 g diarios de aceite de pescado altamente purificado (6).

Los cardiólogos apenas empiezan a admitirlo, a pesar de los estudios realizados en ese campo y las actuales recomendaciones oficiales de la American Heart Association (7).

Algunos países y organizaciones internacionales como la OMS y la Agencia Francesa de Seguridad Alimentaria (AFSSA) recomiendan una dosis diaria de 2 g de omega-3, aunque algunos expertos no la consideran lo suficientemente alta para reducir la enfermedad coronaria en Norteamérica.

Todo lo dicho hasta ahora forma parte de una revolución en curso: la demostración científica de que la alimentación tiene un impacto profundo sobre casi todas las enfermedades de las sociedades occidentales.

Resulta sorprendente que hayan tenido que pasar dos mil quinientos años para que la ciencia moderna caiga sobre esta constatación, algo que todas las medicinas tradicionales, sean tibetanas o chinas, ayurvédicas o grecorromanas, ya tenían presente desde sus primeros tratados.

Decía Hipócrates: "Deja que tus alimentos sean tu remedio, y que tu remedio sea tu alimento". Hace dos mil cuatrocientos años.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barry Sears. En la Zona con omega-3. Urano (2005).
2. David Servan-Schreiber. Curación emocional. Kairos (2004).
3. Chamberlain, J. The possible role of long-chain, omega-3 fatty acids in human brain phylogeny. *Perspectiv. Biol. & Med.* 39(3): 436-445 (1996). Broadhurst, C. y cols. Rift Valley lake fish and shellfish provided brain-specific nutrition for early Homo. *Br. J. Nutr.* 79(1): 3-21 (1998).
4. Christensen, JH y cols. N-3 fatty acids and the risk of sudden cardiac death. *Lipids* 36: S115-8 (2001). Leaf, A. y cols. Prevention of fatal arrhythmias in high-risk subjects by fish oil n-3 fatty acid intake. *Circulation* 112(18): 2762-8 (2005).
5. Leaf, A. Electrophysiologic basis for the antiarrhythmic and anticonvulsant effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids. *World Rev. Nutr. & Diet.* 88: 72-8 (2001). Madsen, T y cols. C-reactive protein, dietary n-3 fatty acids, and the extent of coronary artery disease. *Am. J. Cardiol.* 88(10): 1139-42 (2001).
6. Jean Seignalet. La alimentación, la 3ª medicina. RBA Integral (2004). Drama Singh Khalsa. La alimentación como medicina. Urano (2004). Patrick Holford. New optimum nutrition bible. Piatkus (2004). Karen Sullivan. Vitaminas y minerales. Könnemann (2000). J. Balch y col. Recetas nutritivas que curan. Océano. Ambar (2006). Jean Harper. Los alimentos. Medicina milagrosa. Amat Editorial (2004). Richard Firshein. La revolución de los farmanutrientes. Edad (2000).
7. Kriss-Etherton y cols. AHA Scientific Statment: Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. *Circulation* 106: 2747-57 (2002).

## Las mujeres y Las cosas DEL querer



**Jocelyn Guerrero.**

Psicóloga, psicoanalista.

[jocelynwarrior@hotmail.com](mailto:jocelynwarrior@hotmail.com)

### Introducción

Todos los humanos necesitamos, para nuestra confirmación como seres, a otros que validen nuestros sentimientos y acciones, que validen nuestro propio ser, nuestro propio existir. En este artículo me centraré en la importancia de todo lo concerniente al corazón, en cómo viven el amor las mujeres contrastándolo con la forma en que lo viven los hombres.

El diccionario nos dice que amor es "el sentimiento interno del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser".

Yo voy a hacer hincapié fundamentalmente en "la propia insuficiencia", la de los hombres y la de las mujeres, ya que ésta es intrínseca a la especie, y es lo que todos intentamos

subsanan, con amor fundamentalmente, a lo largo de nuestra vida.

La búsqueda de unión que nos lleva al amor no es la misma para todos, ya que no vivimos de la misma manera el amor los hombres y las mujeres. La mayoría de las féminas, a cambio de sentir el corazón satisfecho (esto es, sentirnos queridas y reconocidas en nuestras necesidades afectivas), estamos más dispuestas que ellos a soportar el sufrimiento y la sobrecarga emocional que nos produce el ser el pilar de la sociedad. Parece que estamos dispuestas a cualquier cosa cuando es por amor o el amor está por el medio.

Al referirnos al amor, partimos de dos conceptos diferentes si nos comparamos con los hombres: nosotras vamos a entregarlo todo, ellos a recibirlo. Este

# corazón corazón corazón corazón

es uno de los desencuentros más frecuentes entre ambos porque nosotras también nos dirigimos a ellos en **busca** de cuidado, afecto y protección, y lo que encontramos frecuentemente es su deseo sexual.

Para muchas mujeres, el amor y el deseo sexual se suele centrar en la misma persona, sin embargo, para gran parte de los hombres, no es necesario amar para satisfacer el deseo sexual. ¿Cuántas veces hemos oído que los hombres buscan sexo y las mujeres amor? Esta diferencia en la vivencia del amor entre hombres y mujeres nos lleva a analizar las razones que conducen a estas últimas a buscar la satisfacción de los deseos de su corazón como algo prioritario.

Podemos comenzar el análisis de las diferentes perspectivas amorosas haciendo una revisión de la sociedad patriarcal en la que hemos sido educadas. El patriarcado ha dividido los roles sociales según los géneros, pero no desde la igualdad-complementariedad, sino desde la desigualdad. Como consecuencia de ello, las restricciones psíquicas y morales para los diferentes géneros no son equitativas. Me refiero a que, a pesar de que todos los seres humanos tenemos las mismas necesidades, la educación ha hecho desde siempre priorizar unas e inhibir otras. En consecuencia, el resultado que se produce es un desencuentro afectivo entre ambos géneros.

En mi larga trayectoria profesional trabajando con mujeres, he encontrado continuamente que bajo los síntomas de depresión, ansiedad, angustia y dificultad para disfrutar (anedonia), siempre se encuentra una enfermedad del "corazón": la necesidad de ser amada. Necesidad que marca nuestras vidas y que es nuestro talón de Aquiles. La sensación de no ser amada a menudo es producida por la manera en que nos es demostrado el afecto por los demás. Este sentimiento nos invade, por ejemplo, cuando no somos besadas, acariciadas, reconocidas o tratadas cariñosamente.

Los tiempos han cambiado y actualmente, en mi consulta, ya no escucho de las pacientes jóvenes que sus madres las amenacen diciéndoles "no te va a querer nadie" cuando quieren ser ellas mismas. Sin embargo, en otras generaciones, cuando las chicas intentaban ser independientes y, por lo tanto, contradecían o desobedecían a las madres, esta era su amonestación. Pienso que estas palabras o amenazas eran sabias, pues no hay mayor desgracia para nosotras que el no ser amadas.

En la actualidad, muchas consultas también tienen relación con los "asuntos del corazón", pero el tema adquiere otros matices. Las chicas siguen teniendo como algo primordial el amor, pero también piden ser aceptadas en su autonomía y respetadas en sus decisiones, en definitiva, piden igualdad. Pero para acercarse a esta meta se ven obligadas a recorrer un arduo camino. En este recorrido, junto con la lucha por la igualdad social, también tienen que hacer un recorrido por su mundo interno, lo que las lleva a situarse frente al amor desde otra perspectiva, es decir, tienen que replantearse la relación amorosa.

Cuando nos enamoramos, la persona deseada ocupa el lugar de los ideales, creamos expectativas sobre ésta y esperamos que cubra todas nuestras "insuficiencias". Esto, evidentemente, es una utopía y se requiere una madurez psíquica que implica la aceptación de las limitaciones de uno y otro para poder sostener la relación cuando los ideales no quedan satisfechos por el otro/a.

## Las restricciones impuestas

A continuación describiré algunas de las restricciones del self -es decir de la totalidad del ser humano, incluyendo su yo, su parte somática y la suma de sus creencias- que sufrimos las mujeres y que nos inducen a priorizar el amor para mantener el equilibrio en la representación de nosotras mismas y en la interacción con los demás.

Durante nuestro desarrollo psíquico, la normativación de los géneros introduce un proceso de escisión en la complementariedad que convierte a los hombres en sujetos y a las mujeres en objetos. Como consecuencia, los hombres tienen legitimado socialmente la expresión del deseo, esperándose de las mujeres que seamos el objeto del mismo. El estar ocupadas en satisfacerlos nos lleva a poner en segundo lugar nuestros propios deseos. De esta manera, se dificulta que podamos estar más conectadas a nuestro mundo interno.

Por otra parte, otra de las restricciones de la educación que hemos recibido como género es la falta de autovaloración. Ésta no está puesta en nosotras mismas, en nuestros logros, ni en nuestros recursos, sino en la de las personas a las que cuidamos y amamos (parejas, hijos, familiares y amigos, fundamentalmente). Por lo que para sostener nuestra autoestima, a veces tendemos a fusionarnos con lo valorado.

Como he mencionado anteriormente, a las mujeres se nos ha enseñado a vivir en una complementariedad rígida donde ellos son los dominantes y nosotras las sumisas. No hay que olvidar que la sumisión produce rabia y, como consecuencia de ésta, surge la culpa. Esta culpa inconsciente produce depresión, estado emocional que sufren con más frecuencia las mujeres que los hombres.

La mayoría de mujeres no nos sentimos agentes de nuestras decisiones y esto es una restricción normativizada. Nosotras reconocemos a los demás pero, a cambio, nos limitamos en nuestras propias afirmaciones, sensaciones y convicciones. Este ejemplo de la desigualdad explica por qué somos nosotras las que más obedecemos a los representantes religiosos o personas significativas. Asimismo, esto se manifiesta también en el comportamiento: las niñas tienden a ser más obedientes que los niños.





El imperativo preponderante al que estamos sometidas es el cuidado hacia los demás. La moral de los cuidados hace que siempre nos sintamos mal con nosotras mismas, ya que ésta es más estricta que la de los hombres. Nuestra conciencia moral (superyo) desde una visión de género, está basada en el temor a no cuidar bien o a no alimentar adecuadamente el "corazón" de los demás.

Desde esta perspectiva, el no cumplimiento de este quehacer hace que se ponga en marcha el pacto que existe entre los hombres en contra de nosotras, reafirmando, de esta manera, la censura que recibimos. Hay que tener en cuenta que este pacto está incorporado en lo social como mandato de género tanto para ellos como para nosotras mismas y por eso tendríamos que evitar el perpetuar en nuestros vástagos estas normas tan estrictas.

Por todo ello, opino que la restricción más difícil de soportar en la mujer es la idealización de los cuidados, ya que esta obligación nos limita en lo profesional (no aceptación de ascensos, viajes, etc. para no descuidar el hogar) y, en otras ocasiones, en la realización de nuestras inquietudes. En cambio, casi nunca encontramos en los hombres culpa por no estar suficientemente en casa a causa del trabajo o actividad social; ninguno se lamenta o culpabiliza de no haber disfrutado de sus bebés, ni se inquietan cuando no pueden cuidar a sus padres enfermos o envejecidos.

## **Psicoterapia para mujeres.**

Por todo lo explicado anteriormente, en las mujeres se producen malestares psíquicos específicos de nuestro género, especialmente los relacionados con la forma de querer, con las injustas y rígidas restricciones impuestas y

con las expectativas que tenemos que satisfacer con el fin de ser reconocidas como mujeres.

A continuación describiré algunos aspectos que hay que tener en cuenta para llevar a cabo una intervención psicoterapéutica para mujeres. Antes, quisiera resaltar que la toma de conciencia por parte nuestra no implica una justificación de las deficiencias de los hombres. Ellos tendrán que resituarse frente a los cambios que les estamos creando y que también les producen malestar.

Dentro de un proceso psicoterapéutico, las profesionales tenemos que reconocer las influencias mutuas que existen entre lo consciente y lo inconsciente. Más adelante, cuando se pueden hacer interpretaciones a las pacientes, las psicólogas debemos tener presente las limitaciones propias de nuestro género.

# corazón corazón corazón corazón

Como se ha mencionado, las mujeres necesitamos ser reconocidas, tenidas en cuenta y sentirnos queridas. Para nuestra salud mental es conveniente el poder reconocer que estas expectativas no van a ser satisfechas siempre. Asimismo, es necesario hacer tomar conciencia a las mujeres de que los hombres tienen un déficit o inhibición en la limitada percepción de los sentimientos y conflictos; que para ellos los afectos no forman parte de su sistema prioritario de valores. Un hombre sentimental no es valorado socialmente, aunque las mujeres anhelemos compartir este tema con ellos.

Por otra parte, las mujeres somos las responsables de la dinámica que se produce en el núcleo familiar. Es decir, tenemos más poder de decisión en la esfera de la vida íntima, aunque percibimos que los agentes externos (relativos a la sociedad) no están bajo nuestro control y sentimos que no podemos modificarlos. Por ello, hemos desarrollado la utilización de lo sentimental como medio de influencia y poder sobre los demás.

Otra estrategia que utilizan muchas mujeres para hacerse oír es la intensificación de las emociones con el fin de intentar que las otras personas se percaten de su malestar y actúen en consecuencia. Estos actos producen una cierta inquietud en las personas a las cuales van dirigidas tales manifestaciones de inconformidad pero éstas no generan ningún cambio significativo. Cuando trabajo con mujeres intento que piensen en otros medios, otros métodos de actuación más efectivos, que las hagan sufrir menos y que produzcan un efecto definitivo.

En el proceso psicoterapéutico hay que desmitificar la fortaleza de los hombres. Ésta es aparente, ya que se tiende a interpretar como tal la represión de los afectos. Los hombres, por ejemplo, no manifiestan su malestar llorando y, supuestamente, nunca se derrumban. En consecuencia,

es más frecuente en ellos la expresión de rabia ante cualquier situación que los movilice internamente.

Esto explica por qué en ocasiones oigo en la consulta que las mujeres se critican o culpabilizan a ellas mismas sin suficiente razón cuando en realidad lo hacen con el fin de proteger al "protector". De esta forma evitan contactar con la sensación de desvalimiento que les provocaría reconocerlo débil.

Cuando lo afectivo está satisfecho, se equilibra y se regula nuestro psiquismo. Este resarcimiento ayuda a disminuir la angustia de fragmentación, produciendo sentimientos de vitalidad y de entusiasmo. En cambio, la ausencia de satisfacción en la esfera de lo afectivo hace que algunas mujeres busquen compulsivamente el satisfacer esta necesidad. Como consecuencia no pueden elegir correctamente a la pareja o idealizan a los hombres. En este caso hablamos del apego (relación de necesidad, de dependencia, de seguridad, que a veces suplanta al amor) para contrarrestar la angustia que produce la sensación de separación y de soledad. Con ello no quiero que se entienda que los hombres, como seres, no necesiten o tengan este apego, pero lo demuestran de otra forma: desde la posesividad, el mando y control sobre los suyos, desde la ley.

Otro tema importante que quisiera tratar es el relativo al espacio emocional en el cual las mujeres y los hombres casi nunca se encuentran. La mayoría de las veces las mujeres tenemos una sensación de soledad a pesar de estar acompañadas por hombres, sentimos que ellos están fuera de ese espacio. Muchas procuran tener en el hombre el sujeto de apego para la autoconservación de su narcisismo, de su sexualidad y para la regulación de sus necesidades psicobiológicas. Resumiendo, a las féminas se nos educa para estar más dispuestas a la añoranza de deseo de intimidad (esto es, la sensación de estar unidas a otro como en las primeras etapas de la vida).

Las mujeres tenemos que aprender a diferenciar cuando el sentimiento de soledad es producido por la ausencia del otro y cuando es por no sentir que nos encontramos en un mismo espacio mental. El sufrimiento entonces es el de no sentir que nuestro amor o necesidad tiene resonancia en el otro, es lo que definimos como el "desencuentro emocional".

El tema de la resonancia emocional nos lleva a la empatía. En muchas de nosotras la empatía excesiva con el que sufre nos permite alcanzar un sentimiento de intimidad con ese otro. Es frecuente encontrar mujeres a las que les falta distancia entre ellas como individuos y el otro/a. Con ello quiero decir que el malestar del otro es vivido en primera persona. Esto se manifiesta en la consulta cuando las pacientes ponen mucho énfasis en el dolor o sufrimiento de los demás más que en el de ellas mismas, reviviendo así, el sentimiento infantil con el que fueron criadas. Es una forma de sentir un encuentro íntimo con el otro. Por todo lo anterior reitero que es difícil, por ahora, que las mujeres y los hombres vivan en el mismo estado afectivo porque el desarrollo de la emotividad en ellos no es igual. En esta sociedad el padre es instrumental y proveedor, fundamentalmente, pero es más difícil que represente una figura de apego. Por suerte, parte de la nueva generación está reivindicando más contacto con lo afectivo.

Con lo expuesto en el presente artículo, no he pretendido decir que debamos ser más frías y distantes en las demostraciones del querer sino que lo más equitativo sería que tanto los hombres como las mujeres, pudiéramos compartir el sufrimiento y las alegrías que nos produce el amar y cuidar. En definitiva, que la diferencia en las manifestaciones del querer no continúen siendo un abismo entre ellos y nosotras.

Quiero terminar este recorrido por "las cosas del querer" reivindicando el amor, afecto que nos hace ser más humanos, nos cura y nos alivia en nuestra levedad del ser.

## Factores PSICOLÓGICOS y cardiología



**Cristina Silvente.**

Psicóloga

csilvente@hotmail.com

### Introducción

Como Psicóloga siempre me he planteado la influencia de los factores psicológicos en los procesos de salud y enfermedad. Durante el Máster de Medicina Preventiva y Promoción de la Salud que se impartía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, me quedé perpleja al ver que no se tenían en cuenta dichos factores. Por ello, decidí que mi tesina trataría sobre una búsqueda bibliográfica del efecto de las emociones, los pensamientos, el comportamiento sobre la salud. De aquí surgió pues, que investigara sobre variables psicológicas y cardiología, que os resumo a continuación.

Mi trabajo trataba básicamente de La Cardiología Conductual, término acuñado por Pickering y colaboradores. Es una rama de la Medicina Conductual que explica la influencia de la mente sobre el corazón a través de 2 vías: los estilos de vida y los efectos del estrés psicosocial. Representa una alternativa en la prevención que muchas veces se pasa por alto en la literatura médica.

Al igual que otros trastornos, las enfermedades cardiovasculares están influidas por variables psicológicas. Existe una extensa y creciente literatura que demuestra la influencia, en mayor o menor grado, de factores psicológicos en el inicio, mantenimiento o curación de una gran gama de enfermedades como cáncer, SIDA, enfermedades autoinmunes, cicatrización de las heridas...

Las vías por las que los aspectos psicológicos pueden incidir en el continuo salud-enfermedad son múltiples. Fundamentalmente las podríamos clasificar en fisiológicas y conductuales, aunque normalmente la distinción no es clara. Por ejemplo, a nivel fisiológico se ha demostrado que estresores sociales pueden elevar sustancialmente hormonas clave relacionadas con el estrés, como las catecolaminas y el cortisol, y dichas hormonas tienen múltiples efectos inmunomoduladores. Respecto a las vías conductuales, un buen ejemplo lo podemos encontrar en algunos estudios que muestran que las personas afligidas o angustiadas tienen más tendencia a presentar conductas no saludables como descanso insuficiente, mayor propensión al abuso de alcohol y drogas, peor nutrición y poco ejercicio físico. Estos comportamientos tienen consecuencias tanto inmunológicas como endocrinas que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

### El campo de acción de la Cardiología Conductual

Los factores de riesgo cardiovascular son bien conocidos. De entre los clásicos destacan: diabetes, hipertensión, consumo de tabaco, colesterol, inactividad física, obesidad/sobrepeso, dieta y consumo de alcohol, aparte de factores personales e inamovibles como son la edad, sexo y antecedentes genéticos.

“ No existe ninguna enfermedad puramente psíquica ni puramente física, sino sólo un hecho vital que tiene lugar en un organismo viviente que está vivo únicamente en virtud del hecho de que en él se unen lo psíquico y lo somático ”  
**Fritz Mohr**





# corazón corazón corazón corazón

Otro factor de riesgo emergente o no tan clásico sería el consumo de cocaína. Recientemente, también se ha apuntado la relación entre VIH y enfermedad cardiovascular.

En todos ellos (excepto en los factores de edad, sexo y antecedentes genéticos) el comportamiento humano se halla implicado y, por lo tanto, puede ser modificado.

Aunque la descripción de estos factores de riesgo desde el punto de vista psicológico puede ser apasionante, nos detendremos en las que han sido identificadas como variables clave en relación a posibles riesgos psicológicos y psicosociales en el inicio y progreso de enfermedades arteriocoronarias: estrés agudo y crónico; rasgos conductuales de hostilidad y depresión, apoyo social y estatus socioeconómico.

## Estrés

Los efectos del estrés sobre la salud han sido ampliamente estudiados, conociéndose la producción de cambios hemodinámicos, endocrinos e inmunológicos, siendo aceptados sus efectos sobre el desarrollo y progresión de la arteriosclerosis o de las enfermedades cardiovasculares.

Tanto estresores agudos como los exámenes en la comunidad universitaria, como estresores crónicos provocan cambios en múltiples facetas de la respuesta inmunitaria y de sus mediadores, retrasando incluso la cicatrización de las heridas o alterando la respuesta a las vacunas.

Se han descrito vínculos patofisiológicos del estrés psicosocial con las enfermedades cardiovasculares, contribuyendo en todos aquellos mecanismos subyacentes a casos cardíacos.

Según una publicación de la Fundación Española del Corazón, los mecanismos inducidos por el estrés que intervienen en la enfermedad coronaria son:

- 1) Activación del sistema nervioso simpático (liberación de catecolaminas, cortisol, mineralocorticoides, activación del hipotálamo).
- 2) Elevación en los niveles séricos de lípidos.
- 3) Alteraciones en la coagulación sanguínea.
- 4) Daño vascular celular (contribuyendo al proceso de arteriosclerosis).

Aparte del estrés ocupacional (del que se ocupa más ampliamente el artículo de Carme Valls), otro de los estresores estudiados es la tensión familiar o marital, especialmente cuando interactúa con el estrés laboral: las madres que trabajan fuera de casa tienen más riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares que las que no trabajan fuera de casa. Por otro lado, parece que las mujeres caracterizadas por una gran satisfacción en sus matrimonios muestran mayores ventajas en cuanto a salud comparándolas con aquellas mujeres no casadas o con baja satisfacción en sus matrimonios según un estudio de Gallo et al. (2003). Las mujeres con baja satisfacción muestran mayores niveles de factores de riesgo cardiovascular que las que sienten gran satisfacción.

## Patrón de Conducta Tipo A

Este patrón de conducta, también llamado Personalidad tipo A, fue descrito en los años 50 por Friedman y Rosenman y hace referencia a aquellas personas que físicamente hablan rápido y alto, tienen gran actividad psicomotora, cuyas actitudes y emociones características son la hostilidad, la impaciencia, la ira y la agresividad, están motivadas por la competitividad, se guían por el ansia de éxito y ambición, se muestran alertas, de forma hiperactiva, muy implicados en sus trabajos y que, cognitivamente, tienen mucha necesidad de control de su ambiente. Normalmente experimentan gran activación simpática, incremento de la frecuencia cardíaca y de la reactividad cardíaca ante una situación estresante.

El elemento tóxico del Patrón de Conducta Tipo A consiste en su propensión a presentar altos niveles de hostilidad y/o ira que, tanto si la expresan incontroladamente como si la intentan esconder (el caso de las mujeres) está relacionada con el incremento de riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión o muerte prematura. Esto ha sido demostrado en un estudio





# corazón corazón corazón corazón

alemán donde se comparaban personas sanas (grupo control) con personas con hipertensión y con personas con enfermedad cardiovascular. Estos últimos, si expresaban su ira, seguidamente se sentían culpables.

## Depresión

Tradicionalmente se ha relacionado la depresión o la sintomatología depresiva únicamente en el momento posterior a un evento cardíaco. Y aunque es uno de los factores de riesgo en la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares, algunos autores han descrito la depresión como un factor de riesgo significativo también en su desarrollo. Existen mecanismos fisiológicos que subrayan la relación entre depresión y enfermedad cardiovascular: los patrones de respuesta neurohormonales límbico-hipotalámicos que se dan en el estrés y los trastornos afectivos ayudan a la generación de procesos patogénicos; los cambios en el equilibrio simpático-parasimpático en la depresión pueden estar relacionados con la arritmia y muerte súbita; la disminución en la función serotoninérgica podría mediar tanto en las características bioconductuales

(incremento del consumo de tabaco, comida, alcohol) como en la alteración del equilibrio autonómico implicado en las enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, los síntomas depresivos pueden esconder o disfrazar sintomatología coronaria, especialmente en mujeres. Se da el caso de mujeres que presentan quejas y síntomas que sugerirían enfermedad cardiovascular, reciben un tratamiento menos agresivo en comparación con hombres con quejas similares. Si ya están diagnosticadas de trastorno depresivo, dichos síntomas se atribuyen más fácilmente a su estado psicológico o son minimizados.

Tal como ocurría en el caso del estrés, existen numerosos tipos de intervenciones para reducir la depresión, dada la diversidad de psicoterapias y psicofármacos, pero también existen otros como el apoyo social, el ejercicio físico, la dieta, que pueden ser complementarios y efectivos.

## Apoyo social

El apoyo social parece mostrarse como protector para la salud, y sus efectos

han sido comprobados específicamente en el campo de las alteraciones cardiovasculares. Las relaciones sociales influyen en la presión sanguínea ambulatoria, así como se ha visto que un bajo apoyo social podría asociarse con un incremento del riesgo para alteraciones coronarias en personas mayores.

Por otro lado, el apoyo social también ha sido relacionado con mayor cumplimiento médico, uso de la medicación y otros comportamientos relacionados con la salud, así como implica una reducción del estrés y la depresión.

Se tiene que apuntar que puede haber diferencias en cuanto al sexo, y también en cuanto a la zona de residencia (personas en áreas urbanas requerirán mayor apoyo social que personas en áreas rurales). También se han estudiado diferencias entre personas que se sentían solas y aquellas que no (independientemente de sus actividades diarias, ya sean estudiar, trabajar, etc.), parece ser que las personas jóvenes con mayor soledad perciben mayores amenazas en su vida diaria que las que no y ello conlleva un incremento del riesgo cardiovascular.

Nombre y Apellidos  
Profesión  
Asociación  
Dirección  
Ciudad C.P.  
Tel./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 previo.

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

# corazón corazón corazón corazón

## Estatus socio-económico

Otro de los factores psicosociales que contribuye a aumentar el riesgo cardiovascular en personas sanas es el bajo nivel socio-económico, evaluado a través el nivel educativo y de la ocupación. En concreto está asociado con conductas de riesgo. Parece ser que cuando su una a otros factores de riesgo, el nivel socio-económico los magnifica.

## Otras consideraciones

En el estudio de los factores de riesgo tanto tradicionales como psicosociales tienen que tenerse en cuenta otras variables que pudieran alterar o contaminar los resultados. Por ejemplo, conviene analizar el entorno del estudio (rural versus urbano), las características étnicas o costumbres del grupo que se estudia (ciertas comunidades tenderán a tener unos estilos alimentarios determinados que conlleven a una alimentación rica en grasas, condimentos y sal). De la misma manera, a la hora de implementar intervenciones preventivas también se tendrían que tener en cuenta dichas consideraciones.

## BIBLIOGRAFÍA <sup>1</sup>

- Bishop, G.D.; Enkelman, H.C; Diong, S.M.; Ang, J. and Khader, M. (2003). Job Demands, Decisional Control, and Cardiovascular Responses. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 8, No. 2, 146-56.
- Fundación Española del Corazón: <http://www.fundaciondelcorazon.com>. Los efectos del estrés sobre el corazón. Consulta del 03/02/2004.
- Gallo, L.C.; Troxel, W.M.; Mathews, K.A. and Kuller, L.H. (2003). Marital Status and Quality in Middle-Aged Women: Associations With Levels and Trajectories of Cardiovascular Risk Factors. *Health Psychology*, Vol. 22, No. 5, 453-63.
- Krantz, David S. and McCeney, Melissa K. (2002). Effects of Psychological and Social Factors on Organic Disease: A critical assessment of Research on Coronary Heart Disease. *Annu. Rev. Psychol.* 53:341-69.
- Palmero, Francesc; Díez, José Luis; Brea Asensio, Alicia. Type A Behavior Pattern Today: Relevance of the JAS-S Factor to Predict Heart Rate Reactivity (2001). *Behavioral Medicine*, Vol. 27, 28-38.
- Pickering T; Clemow L; Davidson K; Gerin W (2003). Behavioral Cardiology- has its time finally arrived?. *Mount Sinai Journal of medicine*; 70 (2), 101-12.
- Schwartzman, Judith and Glaus, Kathleen (2000). Depression and Coronary Heart Disease in Women: Implications for Clinical Practice and Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31, No. 1, 48-57.
- Schwartzman, Judith and Glaus, Kathleen (2000). Depression and Coronary Heart Disease in Women: Implications for Clinical Practice and Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31, No. 1, 48-57.
- Sivik, Tatjana; Rose, Gisela (1994). Gender, Psychological Well-Being and Somatic cardiovascular risk factors. *Integrative Physiological & Behavioral Science*. Oct-Dec, Vol. 29, Issue 4, 423-31.

*1 Para pedir la revisión completa: [csilvente@hotmail.com](mailto:csilvente@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
- 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES
- 21 LAS MUÑECAS NO TIENEN LA REGLA PERO LAS MUJERES SÍ
- 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA?

# EN FEMENINO Y PLURAL

en movimiento en movimiento



GRUPO: "DONES EN FORMA" de Torre Llobeta (Barcelona). cctorrellobeta@yahoo.es

¿Quiénes somos? Una asociación con casi cien mujeres. Nos encontraréis en el distrito de Nou Barris (nueve barrios) de Barcelona. El Centro Cívico Torre Llobeta es donde tenemos nuestro espacio, es una preciosa masía del siglo XV, con un sabor muy especial.

Dones en Forma nació hace casi quince años por el deseo de unas poquitas mujeres "mayores" que queríamos, como siempre decimos: "abrir ventanas". Nuestros hogares se nos quedaban pequeños porque nuestras vidas empezaban a cambiar y queríamos hacer cosas distintas. Deseábamos tener un espacio propio para la relación y el aprendizaje, para crear, para compartir nuestros saberes y para empezar un proceso de transformación del cual aún no teníamos demasiada conciencia pero que se podía intuir, sobre todo por la ilusión y la alegría con la que iniciábamos esta nueva etapa de nuestras vidas.

Los objetivos iniciales de crear un espacio de relación, de facilitar instrumentos para la promoción social y cultural de las mujeres y para propiciar una ciudadanía activa y participativa nos llevaron a realizar una serie de actividades organizadas a partir de las inquietudes de las mujeres y para ellas mismas: video-forum, charlas, debates, salidas culturales, excursiones,

etc. Siempre alrededor de un centro de interés hemos trabajado temas como el arte, las nuevas tecnologías, inmigración, medios de comunicación, el amor, la ciencia, la salud, entre otros..

Así como va pasando el tiempo y va creciendo el número de mujeres, han ido creciendo también las posibilidades de hacer cosas nuevas: la revista "LA VEU de TORRE LLOBETA", las tertulias literarias, el "Café y tertulia", el grupo de teatro. Todas estas actividades se han convertido en espacios de creación de encuentros, de relaciones, de conocimientos nacidos de saberes que nunca habían estado reconocidos: los saberes de las mujeres, los que todas hemos desarrollado para llegar donde ahora nos encontramos: el afecto, la solidaridad, el cuidado de los otros, las estrategias para sobrevivir. Estos saberes, ahora sí reconocidos, circulan crecen y nos empujan hacia delante creando circuitos de autoridad femenina que nos enaltescen a todas. La sabiduría propia, la sabiduría de las mujeres, la de la cultura popular como algo valioso y digno de ser valorado, pero también yendo a nuestro aire y poniéndolo al servicio de los demás y de la comunidad

Hemos contado aquí quienes somos "les dones en forma", qué hacemos, cómo lo hacemos, cómo hemos creado vida y cultura, pero, sobre todo, queremos

aproximar a esta página una experiencia viva, que crece, que se multiplica y que además crea un nuevo modelo de envejecimiento alejado de los estereotipos homogenizadores.

Estamos ante un cambio demográfico nunca vivido, vivimos muchos años y vivimos bien. Las mujeres mayores somos un colectivo muy numeroso y hemos vivido muchos cambios que nos han hecho permeables a otros nuevos. Ahora sabemos lo que queremos y cómo, podemos pensarnos y construirnos a nosotras mismas decidiendo, y reflejarnos en otras mujeres que son referentes. También construimos nuevas redes de relaciones que nos permiten vivir mejor, sostenidas y sosteniendo a otras. Estas solidaridades que tejemos nos permiten asumir la vejez como una etapa de la vida que nos brinda nuevas oportunidades: menos preocupaciones, tiempo libre, espacios propios, y aún muchas cosas por hacer, mucho que aprender, mucho que gozar.

**por Celia Juárez**

*Dones en forma  
Centre Cívic Torre Llobeta  
C/ Santa Fe, 2 bis. 08031 Barcelona  
cctorrellobeta@yahoo.es  
teléf. 93.358.56.14  
jueves a las 18 horas.*

## LAS MALAS RELACIONES AUMENTAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Las tensiones que se generan en una mala relación con las personas más cercanas en la convivencia, pueden incrementar en un 40% el riesgo de accidentes cardiovasculares entre las personas que no habían padecido antes un infarto. Este estudio, realizado en Inglaterra entre 9.011 personas ha sido publicado en *Archives of Internal Medicine*. Tener una relación estrecha con otra persona que aporta, sobre todo, sentimientos negativos, hostilidad, y enfados puede desembocar en infarto. Este aspecto de la convivencia pesa más en el riesgo de accidentes cardiovasculares que el hecho de que la persona en sí sea pesimista y dada a conflictos. La alteración crónica de las hormonas relacionadas con el estrés como la adrenalina y la noradrenalina constituyen la base neuroendocrina del incremento del riesgo cardiovascular.

*De Vogli R, Chandola T, Marmot MG. Negative aspects of close relationships and heart disease. Arch Intern Med. 2007 Oct 8;167(18):1951-7*

## ESTRÉS LABORAL CRÓNICO Y RIESGO DE INFARTO REPETIDO

Hay pruebas de que la tensión de trabajo aumenta el riesgo de sufrir un infarto. Pero este estudio demuestra que en aquellas personas que ya han sufrido un primer infarto, el principal factor de riesgo para sufrir otro es el estrés laboral y no el infarto en sí. El estudio se realizó a lo largo de diez años con 972 mujeres y hombres de entre 35 y 59 años que volvían al trabajo tras haber padecido un infarto. Aquellos cuyo trabajo no implicaba elevados niveles de estrés tuvieron un índice de repetición muy inferior al de aquellos cuyo trabajo presentó niveles constantes de estrés.

Se comprobó, además, que al cabo de dos años (primera fase) las recaídas no eran significativas pero sí a los nueve, lo que significa que lo más perjudicial es el estrés sostenido a lo largo del tiempo pues sus efectos se acumulan.

*Aboa-Eboulé C, Brisson C, Maunsell E, Mâsse B, Bourbonnais R, Vézina M, Milot A, Théroux P, Dagenais GR. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. JAMA. 2007 Oct 10;298(14):1652-60.*

## LOS ATAQUES DE PÁNICO INCREMENTAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS.

Las mujeres que experimentan la ansiedad, el ritmo cardíaco acelerado y las dificultades para respirar de un ataque de pánico tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular, según un estudio realizado con 3369 mujeres de 51 a 83 años. Ellas, fueron seguidas durante cinco años en el estudio observacional del WHI. El riesgo de padecer enfermedad coronaria entre las mujeres que habían padecido ataques de pánico fue de 4,20 (porcentaje de riesgo) y el de morir por cualquier causa (no sólo cardiovascular) fue de 1,75. Si bien en estudios previos se demostró que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, aún se desconoce si las alteraciones de la ansiedad también constituyen un factor de riesgo. Por otro lado, según la evidencia reciente, las mujeres posmenopáusicas tienen más ataques de pánico que lo que se sospechaba.

*Smoller JW, Pollack MH, Wassertheil-Smoller S, Jackson RD, Oberman A,*



*Wong ND, Sheps D. Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Observational Study. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:1153-1160.*

## EL PARCHO ANTICONCEPTIVO, 10 VECES MÁS EMBOLIAS

Mayor riesgo de complicaciones con EVRA (parche anticonceptivo semanal) que con los anticonceptivos hormonales por vía oral. Nuevos estudios epidemiológicos han encontrado que las usuarias del parche semanal tienen un mayor riesgo de sufrir tromboembolismo venoso y embolismo pulmonar. Los datos provienen del Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Estos datos eran ya conocidos desde la aparición de medicamento y con esta noticia se refuerza la idea. Parece que la dosis circulante de etinilestradiol es 10 veces superior con el parche que con la vía oral.

*FDA Approves Update to Label on Birth Control Patch. FDA News. January 18, 2008*

Subvencionado por:



Generalitat de Catalunya  
Institut Català de les Dones

A través de:

