



POR FIN IGUALDAD DE DERECHOS LABORALES PARA LAS EMPLEADAS DEL HOGAR

"El empleo de hogar sostiene la vida de miles de hogares cotidianamente y, sin embargo, es un trabajo invisible, infravalorado. Queremos que esto cambie y que se equipare con el Régimen General, un paso importante en el reconocimiento de su valor. Y que las trabajadoras sin papeles puedan disfrutar de los mismos derechos que el resto..." rezaba un manifiesto de trabajadoras del hogar de hace unos años.

Después de 30 años de reivindicación organizada, de asociaciones de mujeres trabajadoras del hogar y de mujeres sindicalistas, la ley 27/2011 las integra en el Régimen General de la Seguridad Social, aun en un régimen especial, que mejora las pensiones, los ingresos para la Seguridad Social y la protección social, aunque queda pendiente todavía negociar la prestación por desempleo, una mayor indemnización por despido y una mayor protección en materia de salud y seguridad.

Desde MyS que nos hemos comprometido con los cuidados de las personas y de la vida y vemos tan pocos avances, nos alegramos de este éxito conseguido con tanto esfuerzo y apostamos para que se amplíe y, sobre todo, que se cumpla.



(PORQUE EL OFF YA QUEDA PEQUEÑO)

DE NUEVO RELEGADAS Y TUTELADAS

Estamos cansadas, hartas de decir que somos personas, que tenemos derechos, que los que hemos arrancado han servido para mejorar la vida de las mujeres, y hemos mostrado los datos.

Y encima su crisis, sirve para enmascarar y diluir todos los recortes de derechos que cada día van anunciando, en sanidad, en enseñanza, servicios sociales... que repercuten directamente sobre la vida de las mujeres, pero el recorte fundamental a la libertad es al DERECHO DE LAS MUJERES A DECIDIR sobre nuestro propio cuerpo, nuestra sexualidad... nuestra anticoncepción... No es que este derecho lo tuviéramos garantizado, solo habíamos arrancado un poquito 14 semanas sin tutela de médicos, jueces, maridos... Es el baremo de las libertades de todas las sociedades, y se atreven más con nosotras... y por eso sabemos que retrocedemos, el derecho a decidir (aunque sea poquito) sigue siendo en todo el mundo moneda de cambio para la iglesia, para la derecha, para quien sea, si da votos... alianzas... De nuevo ellos quieren más poder sobre nuestros cuerpos, además hablando de libertad y ciencia...

Seguimos siendo muchas y algunos muchos que seguiremos dando razones y creando redes donde la libertad no pueda ser encerrada, ni manipulada...

Con tiritas pero con la dignidad intacta.



Leonor Taboada

Directora Mys

leonortaboada6@gmail.com

cambiar por fuera, cambiar por dentro

Las órdenes están muy claras. Hay millones que ganar en todo el mundo. Las mujeres tienen que cambiar. Hay que hacerlas a medida. A medidas imposibles. Que parezcan lo menos posible ellas mismas, sino todas "la" misma.

Esa misma va cambiando; la moda es la moda. Así, la que se puso tetas como globos ahora las quiere desinflar. Y aunque no quiera desinflarlas tendrá que pasar por otras cirugías para mantenerlas. Y la que se puso toneladas de bótox en los labios ahora los quiere más finos. Y ya veremos que pasa cuando las que se dejan mutilar los genitales vean otro photoshop de moda en Internet donde los labios de la vulva sean más turgentes.

Los cirujanos plásticos ganan cuando ponen y cuando quitan. Cuando recortan y cuando añaden. Ya se sabe, las mujeres son de quita y pon. Y todas pagan.

Ellas pagan. Con tal de no parecerse a si mismas, que no cotiza nada en bolsa, se dejan meter bisturí, agujas antiage, extractores de grasa.

Las mujeres tienen un papel importantísimo que jugar en la economía: mantener a las hordas de listillos que explotan este-reotipos porque saben que tendrán todo el apoyo que haga falta. Los medios de comunicación, deslumbrados por sus anuncios. Los sistemas de control de la salud, brillantes en su ausencia. ¿Por qué vigilar lo que se está haciendo a las mujeres en nombre de la belleza. ¿Por qué averiguar y controlar lo que les entra por la piel cuando les inyectan quien sabe qué?

¿Por qué desmentir afirmaciones rotundas de rejuvenecimiento facial en diez días si eso conlleva perder el tiempo comprobando? Nuestro mundo se globaliza y nuestra inseguridad también. Para ser aceptadas, tenemos que reinventarnos, rehacernos, rediseñarnos; deshacernos de nuestra identidad, someternos a cánones imposibles.

¿Para esto décadas de feminismo?

Lejos los tiempos en que para cambiar y liberarnos sexualmente y controlar la reproducción nos mirábamos la vulva y la vagina en grupo, nos adueñábamos de nuestros cuerpos y celebrábamos la diversidad.

Dice Naomi Klein: "Nos encontramos en medio de una violenta reacción contra el feminismo que utiliza las imágenes de la belleza como un arma política contra el avance de las mujeres: el mito de la belleza".

Claro que las mujeres que acuden a la cirugía para cambiar su apariencia necesitan un cambio, pero un poco más profundo: allí donde reinan la autoestima, las ansias de libertad y el deseo humano de dejar huellas en este mundo. Las suyas. Individuales. Personales. Únicas. Perfectas en su exclusiva imperfección.



Carme Valls-Llobet
endocrinóloga
redcaps@pangea.org

Hipotiroidismo, un asunto de mujeres

¿Cómo es y cómo funciona el tiroides?

La glándula tiroidea está situada en la parte inferior del cuello encima de la tráquea, en la base del cartílago tiroideo. Tiene forma de alas de mariposa y pesa aproximadamente de 15 a 20 gr. Se divide en unos lóbulos, en el interior de los cuales se encuentran los folículos, unas estructuras parecidas a quistes, en los que se acumula una sustancia viscosa llamada coloide. El coloide contiene, a su vez, una proteína propia del tiroides, la tiroglobulina, que es una proteína que puede servir para controlar la actividad de los nódulos de tiroides. Las hormonas que produce el tiroides son la Tiroxina (T4) y la Triyodotironina (T3), la primera que contiene 4 átomos de yodo y la segunda tres. La T4 se convierte en T3 en los tejidos y ésta última es la más activa.

Las hormonas tiroideas, como las demás hormonas, tienen efectos sobre casi todos los tejidos del organismo, regulan el metabolismo basal, la termorregulación y afectan al crecimiento, al peso corporal, y como decía Marañón "dan permiso para que el resto de hormonas actúen en los demás sistemas". La glándula tiroides también sintetiza la calcitonina, hormona que juega un papel importante en la homeostasis del calcio.

Hay una hormona, la TSH (hormona estimulante del tiroides), que se produce en la hipófisis, que se encarga, como su nombre indica, de estimular al tiroides cuando en el organismo hay déficit. Actualmente, la determinación de TSH, es el método más adecuado para poder diagnosticar los estados clínicos y subclínicos de mal funcionamiento de la glándula. Si está produciendo un exceso de hormonas, la TSH disminuirá al máximo y si, por el contrario, la producción hormonal es baja o bien, por alguna razón, ésta no llega a las células del cuerpo en suficiente cantidad para su metabolismo, la TSH aumentará primero lentamente y después de forma exagerada.

La decisión de qué nivel de TSH es normal es crucial para el diagnóstico de las enfermedades tiroideas y para evaluar de forma rigurosa la dosis necesaria para normalizar su función. Ya en los primeros estudios de población que realizó Turnbridge en 1978 en el país de Gales, con técnicas de determinación que podríamos denominar aún muy groseras,

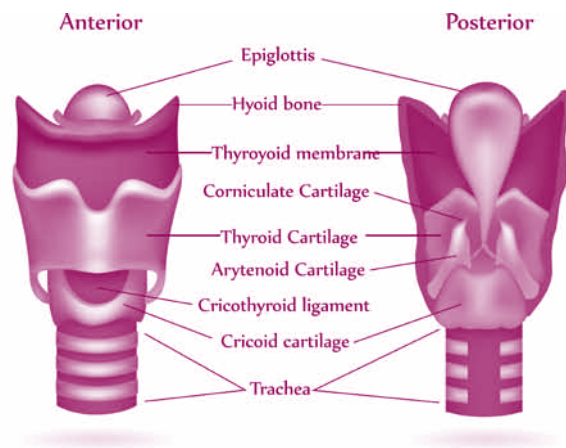
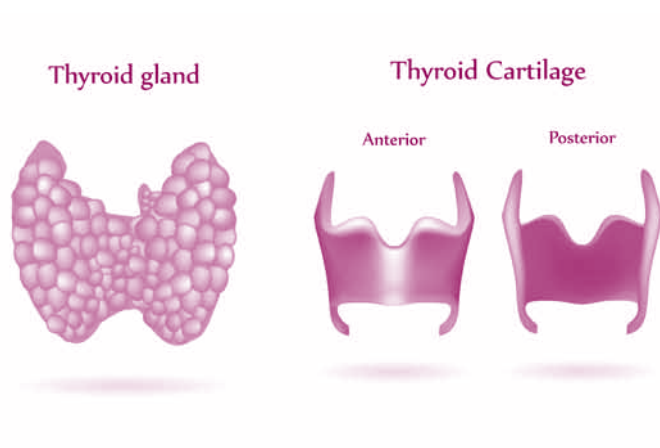
determinaron que la mayoría de la población sana tenía unos niveles de TSH alrededor de la unidad, y treinta años después Saaf en Alemania, entre población laboral, y con técnicas de determinación más modernas, encontró el mismo valor entre una población sana. Estas evaluaciones se han comprobado también con voluntarios sanos, por lo que se considera en la actualidad que las cifras normales de TSH oscilarían entre (0,3-2,5 UI/L) tanto para mujeres como para hombres.

Cifras superiores o por debajo de este rango de valores se relacionan con clínica de hipotiroidismo o hipertiroidismo. Estudios profundos recientes han demostrado que cifras más elevadas de 2,5 ya producen alteraciones en las grasas circulantes y favorecen cambios en las células endoteliales coronarias, incrementan la tensión diastólica y son un factor de riesgo cardiovascular. Asimismo prestigiosos autores de la Ginecología Reproductiva ya han comprobado que cifras superiores a 2,5 de TSH impiden la ovulación y favorecen la esterilidad, por lo que al aplicar las tecnologías Reproductivas se recomienda que previamente se normalice la función tiroidea para conseguir un embarazo.

Los criterios para denominar como subclínico el hipotiroidismo o hipertiroidismo, que se utilizaban hasta cierto grado de alteración de la TSH, han quedado superados por diversos estudios clínicos que demuestran que el cansancio existe en todos los casos y se han objetivado alteraciones en la salud mental, la salud reproductiva, el metabolismo óseo, el peso corporal, la memoria y la capacidad de concentración. Por ello actualmente la clasificación internacional propone hablar de hipotiroidismo o hipertiroidismo leve, moderado y grave.

Las mujeres y el tiroides

Todas las enfermedades endocrinas, las de la glándula tiroides, del páncreas, o de las suprarrenales, presentan una alta prevalencia entre el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobre todo las relacionadas con patología autoinmune, que son aquellas en las que células del propio cuerpo se



hacen extrañas para el organismo que reacciona fabricando anticuerpos contra ellas. La tiroiditis autoinmune, o tiroiditis de Hashimoto, se presenta en una proporción entre mujeres y hombres de 50 a 1, y el 25% de las tiroiditis postparto, son tiroiditis autoinmunes.

Además, hay tiroiditis inducidas por fármacos como amiodarona, litio, interferón alfa e interleukina 2, las cuales también son más prevalentes entre el sexo femenino. De la misma manera, las estatinas administradas a mujeres con hipotiroidismo o tiroiditis incrementan el riesgo de inducir fibromialgia o patología muscular.

La patología tiroidea más frecuente en mujeres es el hipotiroidismo. Desde el clásico estudio Whickham (1977), en que se publicó una prevalencia de hipotiroidismo del 3,5% en hombres y el 17,5% en mujeres, y a medida que han mejorado los métodos de diagnóstico y la sensibilidad de las determinaciones hormonales, se aprecia un incremento de la prevalencia del hipotiroidismo clínico y subclínico en la población

Sintomatología

El hipotiroidismo, incluso en el caso de que sea leve, se manifiesta con cansancio y dolor muscular (miopatía). En el estudio sin publicar, llevado a cabo por mi equipo, en el que relacionábamos deficiencia de hormona tiroidea con calidad de vida a través del cuestionario de PCE (Perfil de Consecuencias de la Enfermedad), encontramos que las mujeres con hipotiroidismo, tenían dificultades en tener un ocio activo, ya que tenían capacidad para acabar su trabajo habitual, pero por la noche no podían hacer nada más, ni siquiera acabar su trabajo doméstico. También tenían problemas en la conducta de alerta, tropezaban o presentaban olvidos frecuentes y repetidos y sentían dificultades en la relaciones psicosociales, y en la conducta emocional. Todos estos aspectos mejoraron después del tratamiento con las dosis necesarias de levotiroxina sódica que normalizaron la hormona estimulante del tiroides (TSH) a las cifras más cercanas a la unidad.

En las tablas 1 y 2, podemos ver los síntomas de hipotiroidismo agrupados, primos por edades y luego por sistemas corporales. Presentar varios de estos signos puede hacernos sospechar una deficiencia tiroidea, no es preciso sufrirllos todos. También he incluido aquí la lista de síntomas del hipertiroidismo (tabla 3).

Medicamentos y alimentos que interfieren

Hay un aserie de medicamentos y alimentos que pueden interferir en el correcto metabolismo de las hormonas tiroideas, en unos casos impidiendo el paso de T4 a T3 (tabla 4), en otros impidiendo el transporte adecuado de las hormonas tiroideas (tabla 5) o, por último, impidiendo la captación celular de T4 y T3 (tabla 6). Hay además una serie de alimentos que impiden la absorción de yodo por lo que se desaconseja su consumo a las personas con bocio o hipotiroidismo (tabla 7).

Tratamiento en los casos de hipotiroidismo

Toda la sintomatología descrita desaparece con la administración de levotiroxina sódica, que es una hormona sintetizada biodéutica que permite normalizar la hormona estimulante del tiroides (TSH) a las cifras recomendadas más arriba (en torno a la unidad). Actualmente se dispone de comprimidos de levotiroxina en dosis muy fraccionadas que permiten ajustar perfectamente la dosis y evitar el tratar en exceso. Como debe tomarse en ayunas, lo mejor es tomar el comprimido al levantarse, y dejar un período de una media hora hasta el desayuno.

El tratamiento es de bajo costo y, además de hacer desaparecer toda la sintomatología descrita, puede prevenir un amplio número de efectos negativos derivados de padecer hipotiroidismo. Sin embargo, a pesar de todo lo dicho y de

que una de cada cuatro mujeres mayores de 40 años va a presentar un hipotiroidismo, y cada día en edades más tempranas por efectos de los xenoestrógenos ambientales, es frecuente en España (aunque no en otros países) que no se trate el hipotiroidismo hasta que en lugar de leve ya sea más avanzado. Las razones aducidas son vagas, y se relacionan con el gran número de mujeres a tratar que una actitud diferente supondría, y a posibles efectos secundarios no probados.

En lugar del tratamiento adecuado, se les da, sin embargo, antidepresivos y/o ansiolíticos. Las razones por las que se prefiere tratar una depresión con psicofármacos de alto costo antes de tratar un hipotiroidismo con un tratamiento de muy bajo coste, es algo que dejo a la sagacidad de la lectora o lector. Sabemos que la alta prevalencia del problema hace necesaria la implicación de los profesionales de atención primaria en el tratamiento de la patología tiroidea, como ha

ocurrido en el caso de al diabetes, enfermedad que no ha sido negada alegando las posibles complicaciones que pudiera tener tratarla. ¿Por qué, entonces, se menosprecia la patología tiroidea, tan prevalente en mujeres, con la excusa de que no puede matarlas, "sólo afectará su calidad de vida"?

Respecto al tratamiento del Hipertiroidismo, éste dependerá de la causa y, al ser menos frecuente y en general con una clínica más florida, existe menos controversia en el tratamiento. Se pueden utilizar comprimidos con inhibidores de la formación de tiroxina, o en casos de nódulos hipercaptantes, el tratamiento de elección es con Yodo 131 que en las dosis actuales muy calculadas han permitido aumentar los casos de curación total.

Como la bibliografía disponible está en inglés, las interesadas en consultarla dirigiros al Centro de Documentación de CAPS redcaps@pangea.org

TABLA 1 SÍNTOMAS DEL HIPOTIRODISMO Por grupos de edad

En niños y niñas:

- Lactantes: no expulsan meconio, estreñimiento, voz ronca, dificultad a la deglución. Ictericia intensa. Subnormalidad si persisten alteraciones tres meses después del nacimiento sin tratar.
- Disminución de velocidad de crecimiento.
- Dentición retardada (en especial dificultad a la segunda dentición, no caen los dientes de leche y no están mineralizadas las raíces dentales).
- Lengua más grande.
- Hernias inguinales.
- Dificultad memoria y concentración.
- Dificultad en acabar los trabajos escolares (matemáticas y tareas que exigen abstracción).
- Delgadez y pérdida de apetito.
- Retraso de edad ósea.
- Pubertad precoz (con aumento de vello).

En personas adultas:

- Astenia.
- Lentitud en la ideación y en la ejecución de los trabajos.
- Somnolencia.
- Tendencia al estreñimiento.
- Tendencia al edema de manos y pies.
- Retención hídrica, Diuresis no proporcional a la ingesta de líquidos. Hiponatremia.
- Intolerancia al frío y termorregulador estropeado.

TABLA 2 SÍNTOMAS del HIPOTIRODISMO Por sistemas corporales

En la piel:

- Piel seca (en especial codos y talones).
- Hiperqueratosis en antebrazos y piernas. (Sensación de piel rugosa).
- Sequedad y caída del cabello.
- Palidez de piel (tono amarillento).
- Hipercarotinemias en manos y pies (según ingesta de zanahorias).
- Aumento peso con igual ingesta.

- Voz ruda.
- Edema cara. Bolsas bajo ojos.
- Lengua algo hinchada con los bordes dentales marcados.

En el sistema nervioso central y periférico:

- Ansiedad. Nerviosismo.
- Pérdida de memoria reciente.
- Dificultad de concentración.
- No comprensión rápida de las ideas.
- Dolor cabeza, con sensación de cabeza espesa. Dolor en las sienas.
- Depresión por déficit de secreción de serotonina.
- Letargia.
- Resistencia a los psicofármacos habituales.

En el sistema musculoesquelético:

- Calambres y parestesias en extremidades superiores e inferiores.
- Dolor muscular generalizado.
- Dolor a la palpación de las masas musculares en especial musculatura proximal de extremidades superiores e inferiores.
- Dolor a la movilización.



MARGARITA
LÓPEZ CARRILLO

La importancia de Lo importante

- Disminución de reflejos, rotuliano y aquileo.
- Síndrome del túnel carpiano.
- Osteopenia por falta de estímulo osteoblastos.
- Estimula formación del metabolito de la vitamina D más activa en el riñón.

En la salud reproductiva:

- Ciclos menstruales cortos.
- Hemorragias menstruales excesivas.
- Incremento de prolactina.
- Déficit de fase luteínica.
- Dificultades para ovulación.
- Abortos en primer trimestre.
- Esterilidad.
- Eclampsia y preclampsia.
- Dificultades o ausencia de dilatación.

En relación con el sistema digestivo:

- Dificultades a la digestión.
- Dispepsia hipoesténica. Dificultad de vaciado, No secreción de jugos gástricos.
- Estreñimiento.
- Meteorismo.
- Saciedad precoz.
- Hinchazón abdominal en segunda parte del día.
- Malabsorción de ácido fólico y B12. Anemia macrocítica.

TABLA 3 SÍNTOMAS DEL HIPERTIRODISMO:

- Astenia.
- Adelgazamiento con apetito excesivo.
- Nerviosismo. Irritabilidad
- Taquicardia. Palpitaciones.
- Diarreas.
- Hiperideación pero falla ejecución.
- Temblor fino. Dedos y lengua.
- Calor en piel. Intolerancia al calor. Sudoración excesiva.
- Piel caliente y húmeda. Cabello fino.
- Oligomenorrea o Amenorrea.
- Debilidad y dolor muscular. No puede levantarse en cuclillas.
- Dolores óseos. Osteoporosis.
- Ojos saltones. Bocio evidente. Mirada fija.

TABLA 4 MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS QUE IMPIDEN EL PASO DE TIROXINA 4 A LA 3

- Drogas no yodadas: Propiltiouracilo, Dexametasona, Propanolol.
- Drogas con yodo: Contrastes iodados solubles en lípidos, no los solubles en agua. Ácido ipanoico, ipodato sódico, tiropanato.
- Amiodarona.
- SOJA.
- Déficit de Selenio.

TABLA 5 MEDICAMENTOS QUE IMPIDEN EL TRANSPORTE ADECUADO DE LAS HORMONAS TIROIDEAS

- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Furosemida en dosis orales <100 mgr y en las dosis intravenosas.
- Flavonas. Un flavonoide sintético (EMD 21388) inhibe unión con T4, aumenta TSH, inhibe la desiodonización. Los flavonoides naturales hacen el mismo efecto

TABLA 6 MEDICAMENTOS QUE INHIBEN LA CAPTACIÓN CELULAR DE T4 Y T3

- Amiodarona.
- Benzodiazepina inhibe captación de T3.
- Bloqueantes de calcio inhiben captación T3: Nifedipina, verapamil, y diltazem.
- Inducen el complejo citocromo p450: Antiepilépticos, Rifampicina

TABLA 7 ALIMENTOS QUE IMPIDEN LA ABSORCIÓN DE IODO

- Nabos
- Coles
- Rábanos
- Coles de Bruselas

*Las cosas importantes de la vida...
no son cosas*

Proverbio Indú

En estos tiempos difíciles en que muchas cosas que creíamos seguras se muestran insospechadamente vulnerables, y la muerte prematura de algunas compañeras de la Red nos recuerda que la vida, igual que el agua, es una posesión que no puede aferrarse con las manos, necesitamos más que nunca compartir la alegría.

Ayer fui a cenar con una de mis mejores amigas. Solemos hacerlo una vez al mes; las dos solas. Aunque estábamos reventadas, cada una por sus razones, nos pusimos guapas y nos metimos en un restaurantito coquetón del barrio de Gràcia. Era un poco caro para nosotras pero, por una noche, desviamos la mirada de los hipnóticos ojos de la crisis para posarlos con deleite en las exquisiteces de la carta. Comimos con el excelente apetito con que nos ha "bendecido" la menopausia; disfrutamos del vino como siempre; hablamos de todo o casi todo: de los proyectos que compartimos y de los personales; de nuestras madres, tan mayores, de nuestros hijos "tan mayores"; de nuestros exmaridos, de nuestros novios o amantes; de las amigas comunes; de los momentos desesperantes, chuscos o entrañables de las recientes Navidades familiares... A ratos nos pusimos serias y profundas, a ratos nos reímos como locas.

Un camarero nos trató con displicencia y nosotras le contestamos con altanería. Llegamos pronto y nos fuimos tarde. Cuando caminaba deprisa hacia casa, al filo de las doce, por las desiertas calles de l'Eixample impregnadas de humedad, arrebujada en el abrigo, espabilada y feliz, pensé de pronto: ¡Dios mío, qué sería de mí sin mis amigas!

¿cuánto cotizan Los valores de Los cuidados de La dependencia?



Enrique Gavilán Moral

Médico de Familia

enrique.gavilan@yahoo.es

Dolores es la cuidadora habitual de Engracia, su vecina. Le hace la compra, la ayuda a bañarse, va a por sus medicinas y le echa una mano cada vez que hay que rellenar papeles para algo. Engracia vive sola, y sus únicos familiares, dos sobrinos, viven lejos. El marido de Dolores, de 62 años, ha caído enfermo y está ingresado en el hospital. Me llama Engracia a los pocos días. Un dolor de cabeza, nada importante. Encima de la mesilla de la salita los cartoncitos de las medicinas. "Si a usted no le importa, podría hacerme las recetas, ya que está aquí".

Carmen comenzó hace unos años a hacer auxiliar de geriatría, pero no llegó a acabarlo porque tuvo mellizas, y ahora está oficialmente desempleada. A cambio de algunos euros al mes, por las mañanas cuida a Isabel, enferma de demencia, porque Pedro, su marido, está ya también muy mayor. La mayoría de las veces que voy a ver a Isabel, a la hora del almuerzo, Carmen ya no está. Aún así deja mantel, hijas y marido para hacer la visita conmigo y enterarse de lo que le pasa y de los cambios que hago en su tratamiento. Una noche Isabel se cayó y se hizo una herida en la cabeza que tuvimos que coser. Carmen, en compañía de unas vecinas, se quedó un rato haciendo "horas extra" para bañarla y limpiar la casa de los restos de sangre.

Olena vino de Ucrania hace 3 años y medio, dejando atrás a marido y tres hijos. Aunque desde hace 2 años tiene papeles, su contrato de trabajo es ilegal. Cuida las 24 horas del día, 6 días a la semana, a una anciana, Eulalia, que padece de esquizofrenia. Está agotada. A veces cree perder la cabeza cuando a Eulalia la dan las crisis, que le toca a ella sola lidiar. Los hermanos de Eulalia no parecen hacer mucho caso. La última vez que la veo me confiesa que se vuelve a su casa. Echa de menos a sus hijos, a su marido, a su país.



Estos tres ejemplos reales de fragilidad, solidaridad y precariedad, respectivamente, son vivos testimonios del día a día de multitud de personas mayores y de sus cuidadoras en nuestro encanecido país. Y probablemente lo sean con mayor frecuencia en el futuro inmediato, ya que nuestro país es de los más envejecidos de la Unión Europea. La Ley de Dependencia debía ser un instrumento para situarnos en la cabeza de los países de nuestro entorno en cuanto a la atención a las personas dependientes, pero la crisis económica, los recortes sociales y la falta de compromiso de las instituciones están dejando en evidencia que la situación, lejos de mejorar, parece estar empeorando.

Históricamente ha sido la familia la encargada de los cuidados informales (no profesionales, sin remuneración y generalmente basados en relaciones de afecto) de las personas con dependencia, y dentro de la familia las hijas o hermanas menores. Pero este patrón está cambiando, sobre todo en el medio rural, donde no es nada raro que las personas dependientes vivan solas y alejadas de sus familiares, que emigraron años atrás allá donde tenían futuro y trabajo. Es entonces donde la consistencia de la red social y la solidaridad de familiares lejanos, vecinos y conocidos se pone a prueba, y cuando entran en juego cuidadoras más o menos profesionalizadas que no encuentran otra salida laboral. Cuando la red es débil, como en el primer ejemplo, se quiebra a las primeras de cambio dejando a la persona dependiente en terrenos movedizos y en situación de vulnerabilidad; cuando es sólida, como en el segundo caso, todos respiramos más tranquilos.

Lo que no cambia a lo largo de los años, a pesar de la evolución de la sociedad y de las políticas de igualdad y de integración sociosanitaria, es el hecho de que estos cuidados recaigan habitualmente en las mujeres, y que el patrón habitual sea el de una mujer de edad media, generalmente con estudios primarios y de clase media-baja. La mayoría lo realiza de una forma altruista, pero muchas mujeres ven en esta actividad una posibilidad de poder obtener unos ingresos extra necesarios para sacar adelante su propia familia. De hecho, en algunos pueblos es la única oferta profesional a la que pueden aspirar muchas mujeres, y más cuando el desempleo alcanza como ahora cotas nunca antes vividas.

Sin embargo, los cuidados no profesionales de las personas con dependencia suelen ser trabajos mal remunerados, duros, con una carga horaria difícil de predecir (ya que se adapta a las necesidades de los mayores, como vemos en el segundo ejemplo) y sin una cobertura social adecuada (como en el tercer caso). Estas circunstancias lastran las escasas posibilidades que tienen estas mujeres de promoción personal y laboral y de tener pensiones contributivas conforme a lo que ellas dan a cambio a la sociedad. Por estos motivos no es de extrañar que estos trabajos recaigan con mucha frecuencia (en algunos estudios hasta el 90% de los casos) en mujeres inmigrantes como Olena, que habitualmente se ven forzadas a aceptar contratos "low cost" en condiciones de indecente explotación laboral. Y aún siendo así, trabajan con esmero y cariño, la mayoría de las veces de forma autodidacta y con mucha, mucha paciencia.

Este trabajo "invisible" e imprescindible tiene su valor. Y como (casi) todo en esta vida, cuantificable. Imaginaos por un momento un mundo sin Carmenes ni Dolores ni Olenas. O que, de repente, improbablemente, comenzaran a fluir las posibilidades de empleo, y que tuvieran todas ellas otras ofertas de trabajos bien pagados y tuvieran la necesidad de cogerlos. ¿Qué pasaría? Si asumimos que el Estado se hiciera cargo de todos estos servicios sociosanitarios a partir de cuidados formales y profesionalizados, ¿cuál sería el volumen de estos servicios necesario para cubrir su ausencia? Esa es la pregunta que se han hecho tres investigadores en un informe presentado recientemente por el Instituto de Estudios Fiscales, y que corroboran los datos emitidos por el Instituto de la Mujer en el 2008.

Resulta que dicho coste casi se ha triplicado en el periodo de bonanza económica desde 2002 a 2008. En este último año, las 4600 millones de horas que las personas dependientes han recibido de sus cuidadoras, muchas de ellas a costa de su propio tiempo de ocio y desarrollo personal, supondrían ente el 3,2 y el 5,4% del PIB nacional, lo cual es un cálculo virtual, ya que en la renta nacional sólo se incluyen los bienes y servicios que se intercambien por dinero... Si la administración pública tuviera que asumir esos costes, las cuidadoras tendrían que expender "facturas sombra" por un importe total que oscilaría entre 35.295 y 58.488 millones de euros anuales. Un coste inasumible, según muchos. Como también lo serían los derivados de no realizar dichas labores, dejando a las personas dependientes a su suerte. Quien algo quiere, algo le cuesta. En palabras de Cristina Carrasco, de la Universitat de Barcelona, en vez de contemplarlo como un coste, y por tanto una pesada carga que "no hay más remedio que recortar", considerémoslo una "prioridad social". Bajo esta última óptica es de donde surgen propuestas para incentivar la contratación digna de muchas de estas mujeres,

que han sido recogidas en el programa electoral de algunos partidos políticos¹. A cambio de esta impagable labor, las mujeres que cuidan no reciben habitualmente más que el cariño de las personas que atienden. No hay "rescates" para ellas. Ni ventajas fiscales. Ni jubilaciones anticipadas. Ni planes lujosos de pensiones. Ni programas sistemáticos de formación o de apoyo emocional. Ni primas ni sobresueldos. Ni tan siquiera los achaques que su dedicación laboral provocan son considerados "enfermedades profesionales". En definitiva, no cuidamos a nuestras cuidadoras.

Es hora de poner en valor a las cuidadoras. De hacer visible y pública su labor. Simplemente porque se lo debemos.

Izquierda Unida, en su programa electoral de 2011, contempla un plan de empleo social que daría trabajo a 20.000 personas para el desarrollo de la Ley de Dependencia, con un coste aproximado de mil millones de euros. Dicho gasto "se compensaría" por más cotizaciones a la Seguridad Social, más ingresos por IRPF y menos pagos de prestaciones de desempleo. Público, 29/07/2011.

Bibliografía

- Carrasco C. El cuidado: ¿coste o prioridad social? Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado". Emakunde/ Instituto Vasco De La Mujer y Comunidad Europea-Fondo Social Europeo. Vitoria-Gasteiz 2004. - Disponible en: http://www.emakunde.euskadi.net/u72-publicac/es/contenidos/informacion/pub_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf.
- Larrañaga Padilla I. La aportación de la familia en los cuidados informales. Osasunaz. 2006;7:9-18.
- Jiménez Martín S, coord. Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, 2007. Disponible en: <http://www.fedea.es/pub/otros/librodependencia-FAZ-Sergi.pdf>.
- Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor de los cuidados informales prestados en España a personas en situación de dependencia. Instituto de Estudios Fiscales. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/investigacion/seminarios/economia_publica/2011_11Julio.pdf.
- Red2Red Consultores. Cuidados a las personas dependientes prestados por mujeres. Valoración económica. Instituto de la Mujer. Ministerio de la Igualdad. Madrid, 2008. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mi-cuidados-02.pdf>.
- Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:393-405.



SOJA: verdades, mitos y Leyendas(II*)

Pilar Parra

Bióloga y Nutricionista

pilarparra1@orange.es

PRODUCTOS DE SOJA

Un breve apunte de los productos de soja que podemos encontrar más fácilmente:

- **Judías de soja**, se cocinan igual que las legumbres, remojo incluido.
- **Brotos de soja**, con alto contenido en folatos, magnesio y vitamina C, se pueden comer como ensalada o cocinados.
- **Tofu**, o requesón de soja, con alto contenido en daidzeína (una isoflavona), es el resultado de añadir un coagulante a la leche de soja, que lo divide en requesón y suero, el requesón se comprime formando bloques esponjosos. Es un producto alto en grasas. No se fermenta.
- **Tempeh**, está fabricado con soja cocida, a la que se ha hecho fermentar con *Rhizopus*, un elemento proveniente de la planta del hibisco. Debido al proceso de fermentación, tiene vitamina B12, que normalmente se encuentra sólo en los animales, tiene menos proteínas que el tofu, un nivel alto de fitoestrógenos y un alto contenido en fibra. Lo mejor es cocinarlo al grill previa etapa de marinado.
- **Leche de soja**, es una combinación de agua, soja molida y sal, es la base del tofu, los yogures de soja y los quesos de soja. Se extrae directamente de la soja cruda y es rica en proteínas y pobre en azúcar, grasas saturadas y sodio
- **Salsa de soja**, además de la soja lleva harina de trigo y los agentes utilizados para fermentarlo, como por ejemplo levadura. Posee un contenido alto de sodio y tiramina, que sube la presión arterial si se consume junto con antidepresivos inhibidores de la MAO.
- **Aceite de soja**, es el aceite más utilizado en EEUU, rico en omega 3 y 6.
- **Lecitina de soja**, se extrae del aceite de soja. Su consumo parece ser beneficioso porque no comparte las contraindicaciones, que luego comentaremos, de la soja. Se usa como emulsionante y estabilizante (E-322). Se extrae de la soja de forma mecánica o química (con hexano). Aporta fósforo orgánico, vitamina E, e inositol. Facilita que las grasas no se depositen en las paredes de

arterias y es muy beneficiosa para reducir el colesterol y los triglicéridos. Es hepatoprotectora. Los jugos biliares tienen un alto contenido de lecitina fabricada por el hígado, para ayudar con la digestión de las grasas en el tracto digestivo. A partir de ella en el cuerpo se fabrica colina, que es el precursor del neurotransmisor acetilcolina, importante para la memoria; la colina sólo podemos obtenerla de la dieta o fabricarla en el hígado.

- **Miso**, es una pasta de soja fuerte y espesa hecha a base de soja, sal y un agente fermentador que suele ser el hongo de cultivo *Aspergillus oryzae*. A veces se añade arroz o cebada, para potenciar el sabor. Es un desayuno líquido muy popular en Japón. Tiene un contenido bajo en proteínas y alto en sodio, enzimas digestivas y vitamina B en todas sus variedades pero también contiene tiramina.
- **Natto**, es soja cocida y fermentada. Los japoneses la utilizan para untar en el pan o en sopas. Tiene un alto contenido en proteínas, fibra y menos sal que el miso y la salsa de soja, además de vitamina B. Tampoco deben tomarla las personas que toman antidepresivos inhibidores de la MAO pues la tiramina que contiene sube la presión de forma peligrosa.
- Además podemos citar las harinas de soja, la proteína texturizada de soja, y otros productos, que se utilizan cuando interesa aumentar el consumo de proteína para diferentes fines.

EL LADO OSCURO DE LA SOJA

Eponsorizados o no, muchos investigadores piden precaución antes de recomendar los alimentos a base de soja como remedios naturales. Esto es debido en parte a que la soja o sus componentes podrían ser peligrosos.

Alfredo Embid (coordinador de la Asociación de Medicinas Complementarias), la página web de Soy Online Service y la Fundación Weston A. Price (institución sin ánimo de lucro que publica estudios sobre nutrición humana) señalan que hay que tener en cuenta varios aspectos en relación a la soja:

- En contra del mensaje interesado de la industria, en Asia la soja no se consume de forma directa ni frecuente sino en pequeñas cantidades, de vez en cuando y siempre transformada en subproductos fermentados. Rara vez se ha utilizado la leche de soja para consumo de niños, se considera dañina. En China, sólo se vende en las calles y la toman ancianos, como bebida caliente rica en proteínas, en lugar de té.



- En Asia se consume la soja *** previamente fermentada para eliminar sus antinutrientes. Su consumo habitual es como complemento alimenticio y condimento en forma de miso, salsa de soja, tempeh o natto, que apenas se toman en Occidente.
- Los procesos de elaboración de la mayoría de los productos a base de soja se realizan a altas temperaturas que desnaturalizan las proteínas y los ácidos grasos poliinsaturados, convirtiéndolos en ácidos grasos trans.
- Es deficitaria en hierro, B12 y B1, y los aminoácidos cistina y lisina.
- Contiene diversos antinutrientes:
 - Inhibidores de enzimas digestivos como la tripsina y otros necesarios para la digestión de las proteínas, que han sido acusados de provocar problemas pancreáticos.
 - Ácido fítico, presente en el salvado o la cáscara de todas las semillas, especialmente de las legumbres. Los fitatos pueden unirse a iones metálicos y bloquear la asimilación y biodisponibilidad de minerales esenciales: calcio, magnesio, cobre, hierro y, especialmente, zinc. Por lo que, contra lo que se publicita, su uso diario puede provocar descalcificación. Se incrementan en el organismo las necesidades de B12, D, E y K. Datos a tener en cuenta por los vegetarianos que consumen tofu y madres que alimentan a sus hijos con fórmulas de soja. Sólo una larga fermentación reduce el contenido de fitatos.
- Contiene hemaglutinina, que forma coágulos de glóbulos rojos, un riesgo para las enfermedades cardíacas. Tanto los inhibidores de tripsina como la hemaglutinina son inhibidores del crecimiento y se neutralizan durante el proceso de fermentación.

- Las fórmulas infantiles de soja pueden contener hasta 200 veces más manganeso que la leche de la madre, el 8% de este manganeso se acumula en el cerebro, muy cerca de las neuronas dopaminérgicas, responsables en parte del desarrollo biológico adolescente, lo que provocaría alteraciones de comportamiento a partir de la adolescencia. Además, un bebé alimentado con leche de soja recibe el equivalente en estrógenos -respecto a su peso corporal- de al menos cinco píldoras anticonceptivas al día.
- La soja produce, entre otras, alteraciones alérgicas, del sistema nervioso, del comportamiento, del sistema inmunitario y endocrinas, especialmente del páncreas, de las gónadas masculinas (disminución de la fertilidad y de andrógenos) y del tiroides. En relación a este último órgano hay que recordar que la soja es bociógena; la genisteína es un inhibidor de la peroxidasa tiroidea (necesaria para fabricar las hormonas T3 y T4) más poderoso que los medicamentos antitiroideos, provocando hipotiroidismo, bocio difuso, tiroiditis autoinmune subaguda y cáncer de tiroides.
- En cuanto a otros tipos de cáncer, hay que tener en cuenta que en el procesamiento industrial de la soja se produce lisinealina y quedan residuos de hexano, dos compuestos cancerígenos. La mayoría de los estudios no muestran ninguna correlación entre el consumo de soja y la prevención o curación de ciertos cánceres.
- El 95% de la soja que consumimos es transgénica, con la incertidumbre que esto conlleva por sus posibles efectos no conocidos.

Por todo lo anterior, las citadas fuentes desaconsejan el consumo de soja, leche de soja incluida, salvo en los productos fermentados anteriormente citados, y aún así con moderación.

En mi labor como terapeuta en nutrición y ante las últimas evidencias, he pasado a desaconsejar el consumo diario de soja en todas sus variantes, creo que ha de ser ocasional y en cantidades limitadas. Aquí una vez más se cumple el dicho de que todo en exceso es malo, que en el tema de la nutrición se repite constantemente.

* *Ver Soja: Verdades, Mitos y Leyendas I en MyS 29* (<http://mys/matriz.net>)

Bibliografía

- W.C. Willett. Eat, drink and be healthy. The Harvard Medical School Guide to healthy eating. Free Press. (2005).
- M. Nestle. What to eat. North Point Press. (2007).
- R. Winter. Soja, la legumbre milagrosa. Ediciones Obelisco. (2002)
- Discovery DSalud
- FAO

FEMINISMO, cuerpo y salud



Esperanza Aguilà Ducet

Enfermera

y agente de igualdad

El abordaje integral de la salud y el trabajo multidisciplinar aportan sentido a mi profesión, a mi particular manera de entenderla, como observadora, traductora y mediadora. Me encuentro cómoda en medio de vuestras voces: médicas, psicólogas, trabajadoras sociales, antropólogas, sociólogas, historiadoras y también colegas enfermeras, buscando lo que nos une y lo que nos separa y probando de tender los puentes e impulsar los proyectos comunes que hagan realidad el enfoque bio-psico-social que pregonamos. Desde hace tiempo hay un aspecto que me preocupa especialmente, la dificultad de muchas mujeres feministas, profesionales de la salud o no, para integrar los aspectos biológicos y los culturales de las diferencias y las desigualdades del sistema sexo-género, no tanto desde el aspecto analítico, académico e intelectual sino desde el de la experiencia corporal (física y psicológica) vivida e integrada como propia, dando luz y coherencia a los conocimientos y porqué no, transformándolos.

Últimamente escucho con bastante frecuencia comentarios de preocupación sobre el retroceso que pueden significar algunas posturas sobre la maternidad, la lactancia prolongada (es una manera de decirlo, en realidad las exigencias del mundo laboral obligan a acortarla), la decisión de dejar el trabajo remunerado para dedicarse a jornada completa al cuidado de los hijos (con la subsiguiente dependencia económica del compañero), el reconocimiento de los valores inherentes a las diferencias hormonales vinculadas al ciclo femenino y a sus efectos, no obligadamente negativos, sobre la vida cotidiana de las mujeres. Probablemente son opiniones nacidas del miedo razonable que subyace a estas opciones cuando se manipulan y se politizan, cuando las mujeres renuncian a tomar las riendas de su vida, pero ¿hasta dónde somos libres para elegir? ¿Hasta donde negociar y conciliar? ¿Podemos las mujeres vivir nuestra maternidad como queremos? ¿Puede una mujer vivir la ovulación y la menstruación respetando su cuerpo o ha de sentirse en la clandestinidad?



El feminismo ha avanzado mucho desde que Jerelynn Prior escribió que: a nivel emocional muchas de nosotras como mujeres, hemos conseguido darnos cuenta o vivir de una forma razonable esta igualdad con los hombres pero distanciándonos emocionalmente nosotras mismas de nuestros cuerpos de mujer. Este proceso de distancia implica ignorar nuestros ciclos menstruales, controlar nuestra fertilidad, y a veces solicitar la extirpación quirúrgica de órganos que nos trastornan e interfieren en nuestro trabajo. Sin embargo, la posición de que las mujeres son cultural y fisiológicamente iguales a los hombres nos produce mucho más esfuerzo emocional. Después de todo, la mayoría de nosotras menstruamos, y podemos tener síntomas premenstruales físicos y emocionales, y debemos vivir con mamas, riesgo de quedarnos embarazadas y finalmente atravesar la menopausia. Si tomamos la perspectiva de que los cuerpos de las mujeres son iguales a los de los hombres (y que la cultura y la biología son irrelevantes), cuando nuestros cuerpos de mujer interfieren con lo que deseamos realizar nos sentimos resentidas o incluso pensamos que se ha abusado de nosotras.

de Las mujeres



CARME VALLS LLOBET

EXPERIMENTANDO
CON LA POBLACIÓN:

¿hasta cuando?

Digo que el feminismo ha avanzado, pero más, mucho más, en el análisis de las culturas predominantes y androcéntricas, y casi nada en la investigación de las diferencias biológicas. Hemos sido capaces de profundizar en el impacto de las culturas, diversas y cambiantes, en los sesgos de género y en la construcción de la subjetividad femenina. He percibido la fascinación de algunas mujeres feministas por la teoría queer, por sus planteamientos sobre la construcción social de la identidad sexual y la defensa de la no existencia de papeles sexuales biológicamente inscritos en la naturaleza humana. Pero seguimos frente al abismo cuando hemos de integrar los factores biológicos y psicológicos de la diferencia como un valor y no como una discapacidad, con la misma dificultad para aceptar las diferencias biológicas y psicológicas como lo que son, un clima y unas condiciones para desarrollarse como persona, ni buenas ni malas intrínsecamente, que nos perjudican cuando no las entendemos ni las estudiamos.

Los escasos avances en la investigación médica no se difunden y la mayoría de las mujeres tenemos dificultades frente a nuestros cuerpos y su lenguaje. Incluso las que conocemos las teorías del abordaje bio-psico-social a menudo no nos escuchamos, no nos entendemos y no nos cuidamos como nos merecemos porque andamos desconcertadas y temerosas siempre de comportarnos como nuestras abuelas y no como mujeres progresistas y feministas de pro abocadas a medir sus fuerzas con nuestros compañeros. Creo que al feminismo sigue dándole miedo el cuerpo femenino y no es capaz de progresar en la alquimia del abordaje bio-psico-social de la salud. Leemos a mujeres como Miranda Grey y Pinkola Estés, empeñadas en construir un nuevo modelo de ser mujer, sin ser aún suficientemente atrevidas para romper ciertas inercias, sentimientos arraigados y negativos contra nuestros cuerpos, cíclicos y poderosos.

Sigo oyendo a muchas mujeres quejarse de sus síntomas como de algo ajeno que sobreviene inesperadamente, en los talleres de salud y en boca de compañeras y amigas, y recordando mi estupor frente a un diagnóstico de hipotiroidismo de Hashimoto que arrojaba algo de luz a mi cansancio extremo, a mi falta de concentración y sobre todo a mi sordera, a una gran dificultad para interpretar los avisos que mi cuerpo enviaba desde hacía años. Había aprendido algo como observadora de los demás, pero era ciega para conmigo. Algunas de nosotras sabemos que estamos abocadas a vivir sentimientos contradictorios, nuestra intuición frente a nuestros conocimientos académicos. Sobre éstos últimos creo que conocemos el camino, con perseverancia y múltiples dificultades hacemos nueva ciencia y la difundimos. Ante nuestras experiencias vitales, la escucha y el respeto al cuerpo, creo firmemente que es el momento de darle un lugar preferente a nuestra intuición, darle valor a la escucha y al respeto al cuerpo, compartir este saber y difundirlo. Tal vez así consigamos colocar la vida en el centro de la vida, esto es, la reproducción y el cuidado que son tareas de hombres y mujeres, ordenando los espacios laborales y armonizando los tiempos, los que dedicamos a los demás y los que son nuestros.

La reciente retirada del mercado del antidiabético Avandia (Rosiglitazona) por el incremento de riesgos cardiovasculares y de muertes por infarto entre los pacientes diabéticos que los estaban usando, vuelve a plantear, como ocurrió con los inhibidores del Cox 2 (Vioxx), la gravedad de los efectos secundarios de medicamentos que ya se han comercializado y usado de forma amplia en población enferma. ¿Es sólo la presión competitiva entre las compañías la que hace que no se valoren suficientemente los efectos secundarios de algunos medicamentos? ¿Se conocían éstos previamente y no se publicaron como ocurrió con Vioxx? Tanto la diabetes como el dolor son de predominio femenino, ¿fue el sesgo inconsciente de que las mujeres no podían presentar problemas cardiovasculares el que aumentó el riesgo? Quizás no hubiéramos podido saberlo sin el trabajo minucioso, que Glaxo trató de silenciar, del Dr Stive Nissen que, a través de los datos publicados en diversos ensayos, y sumando la mortalidad de todos ellos en un metanálisis, consiguió demostrar un exceso de efectos secundarios que no había publicado el laboratorio. Hemos de felicitar al laborioso investigador que con su trabajo ha conseguido que se retire este fármaco y evitado muertes con ello.

Los ensayos clínicos de la industria farmacéutica se han mostrado insuficientes y ha sido el ensayo clínico masivo con la población, que supone la comercialización de un fármaco, quien ha dado la voz de alarma (como ya ocurrió con la primera generación de anticonceptivos hormonales y con la terapia hormonal sustitutiva). El número de muertos de más provocados por Avandia, Vioxx y estas terapias, que han sufrido sobre todo las mujeres, no lo sabremos probablemente nunca. Sin embargo, sí sabemos que había resultados negativos que nos se publicaron en los primeros ensayos del Vioxx, y que Nissen ha descubierto los riesgos de Avandia trabajando con datos publicados por la misma industria. ¿Ojos que no ven o que no quieren ver?



VACUNA DEL PAPILOMA: Infórmate y decide

Se necesita comunicación directa
e información completa
para tomar decisiones sobre la salud

Artículo publicado en el *Daily Iowan* el 29 de noviembre de 2011.
Traducción, Adibs.

Diane Harper.

M.D., M.P.H., M.S.,

Directora del Gynecologic Cancer Prevention Research Group en la Universidad de Missouri-Kansas City

Como médica que trata regularmente a mujeres y hombres afectados por enfermedades derivadas del VPH, mi experiencia incluye: sentarme a la cabecera de una mujer con cáncer cervical terminal, realizar centenares de miles de colposcopias, intervenir en operaciones por lesiones cancerosas por VPH, participar activamente en programas de investigación sobre prevención de cáncer cervical por VPH en el National Cancer Institute, Dartmouth y en la University of Missouri-Kansas City; servir como Directora del Estado para los programas de Detección Precoz de Cáncer Cervical y de Mama del CDC; ser consultora para Merck (fabricante de la vacuna Gardasil, utilizada en hospitales y clínicas de la Universidad de Iowa) y para GSK (fabricante de la vacuna Cervarix), en el diseño de los ensayos clínicos de la vacuna en la fase-II y fase-III para la su aprobación por la FDA. Ser consultora para la OMS; Profesora Invitada en más de 70 países para la prevención del cáncer cervical y enfermedades asociadas al VPH. Así, resulta refrescante un editorial ("Recomiende test de Papanicolau¹, no vacunas", 29 Nov. 2011, *The Daily Iowan*) que, siendo crítico, ni avergüenza ni asusta a las mujeres que se vacunan.

En Estados Unidos el actual programa de citología cervical da una incidencia anual media de 8 por 100.000 casos de cáncer cervical. Las mujeres negras y latinoamericanas son las que tienen tasas más altas: 11,1 por 100.000 y 12,8 por 100.000 respectivamente. La citología puede reducir la incidencia de cancer de cuello de útero al 2 o 3 por cada 100.000 mujeres, por los falsos negativos.

Si se ignora la citología cervical y se supone generosamente que el Gardasil cubrirá toda la vida (para lo que no existen pruebas, sólo especulaciones), que su eficacia se mantendrá al 100% durante toda la vida (nuevamente sin pruebas, sólo especulación), que proporcionará protección total contra el VPH-16 y -18 y parcial contra el VPH-31 y, que cada mujer recibirá las tres vacunas a su tiempo, la incidencia de cáncer cervical más baja que el Gardasil podría alcanzar sería del 14 por 100.000 y ello tras 60 años de uso.

Con similares suposiciones acerca del Cervarix pero teniendo en cuenta su protección contra seis de los cánceres causados por el VPH, la incidencia más baja sería del 9,35 por 100.000.

...Si hay que elegir entre citología cervical y vacuna, la citología representa el modo de detección precoz de lesiones en 15 de los tipos de cáncer causados por VPH que pueden ser tratados, previniendo así el cáncer de cuello de útero. Y, en caso de que decida añadir vacunación a la citología, hay que optar por una de las dos vacunas. En este caso, tendrá que imaginarse su efecto combinado ya que no existen datos. Todos los modelos coste-efectividad publicados en un gran número de países muestran que si la vacuna es administrada a los 11 o 12 años de edad y no dura al menos 15 años (periodo de máxima actividad sexual y riesgo de padecer una infección por VPH), no se habría prevenido cáncer alguno. Los cánceres seguirían desarrollándose, solo que ahora en edades más tardías.

Si se presuponen que la vacuna dura toda la vida sin advertir una eficacia menguante, el número de cánceres que se podrían prevenir por encima de lo que cubre actualmente la citología cervical (sin contar mejoras en divulgación, acceso a pruebas y tratamiento), es tan pequeño que estadísticamente no reduciría la incidencia de cáncer cervical entre la población, por encima de lo que hace la citología actualmente.

Si bien muchas organizaciones médicas recomiendan vacunarse contra el VPH contra el cáncer de cuello de útero, ninguna organización profesional la ordena. Todas reconocen que más del 95% de las infecciones por VPH no degeneran en cáncer y que la citología de cuello de útero es absolutamente necesaria en la detección precoz y el tratamiento de cáncer de útero.

La mayoría de las organizaciones reconocen que las vacunas del VPH son una opción a considerar en su programa de prevención del cáncer cervical—como opcionales son las virutas en un helado de cucurucho— y por eso son recomendadas.

Todo lo que se hace en medicina causa beneficios y daños. Lo importante será su capacidad para conseguir información desde distintas perspectivas sopesando así los beneficios y daños que la vacuna del VPH representa para usted.

LA TIRANÍA DE LA BELLEZA

CIRUGÍA del aspecto, sacrificio del cuerpo



Silvia Tubert

Doctora en Psicología, Psicoanalista, Escritora...
stop@cop.es

Hasta la irrupción de la crisis financiera, España era el primer país de la Unión Europea en número de intervenciones estéticas, y el cuarto del mundo, detrás de Estados Unidos, Brasil y Argentina. Tal fue el auge de la cirugía estética que se la incluyó en el Índice de Precios al Consumo, como un artículo de consumo más, para calcular la inflación anual. A pesar de la crisis, en 2009 su volumen económico superó los 100 millones de euros, con más de 100 mil intervenciones. *

En este auge convergen factores socio-culturales y motivaciones personales de las usuarias. Toda sociedad construye representaciones que se proponen -o imponen- a las personas como ideales. Estos modelos estereotipados no presionan sólo desde el entorno; son interiorizados convirtiéndose en parte de la personalidad: el Ideal del Yo, regulador de la auto-estima. La necesidad de sostener la auto-valoración conduce a someterse a las exigencias del ideal.

Un corpus de discursos, imágenes, símbolos y prácticas, orientados por valores éticos y estéticos, toma cuerpo en el organismo, sujeto tanto a su propia materialidad y finitud como a relaciones de poder que establecen las condiciones de posibilidad -o imposibilidad- de su existencia. La posición subjetiva también se sostiene en el cuerpo, con sus posibilidades y limitaciones, como sede de la necesidad, el goce y el dolor. La potencialidad erótica, pulsional, del cuerpo constituye la fuerza energética que sostiene su funcionamiento.

Entre las representaciones mencionadas, ocupan un lugar preeminente los modelos de feminidad y masculinidad, referentes no sólo a valores personales sino también a una imagen corporal ideal. Las

representaciones del cuerpo producidas por discursos científicos, filosóficos, estéticos, religiosos, no sólo modelan sino construyen el cuerpo viviente. Foucault afirma que el poder no necesita emplear la violencia física para imponer sus reglas; basta una mirada vigilante que cada cual interioriza, acabando por auto-controlarse. Como las mujeres están más sujetas a este control -por su subordinación social y familiar- esta maquinaria normalizadora reproduce las diferencias y relaciones de poder entre los sexos. ¹ Berger observa que en la cultura patriarcal se espera que las mujeres estén disponibles para satisfacer deseos ajenos; el deseo de ser reconocidas como deseables contribuye a que se configuren como objetos destinados a satisfacer a los otros más que como sujetos de su deseo. Este deseo de ser deseadas resulta de la identificación de las mujeres con la mirada masculina, con la consiguiente división subjetiva. Los hombres miran a las mujeres y estas observan cómo son miradas, lo que determina no sólo el funcionamiento de las relaciones entre hombres y mujeres sino también la relación de la mujer consigo misma. Al observarse con una mirada masculina, se sitúa como objeto, sobre todo visual: su existencia corporal parece reducirse a una imagen. ² Cuanto más idealizados -e inalcanzables- son los modelos, mayor insatisfacción generan con



* Este artículo recoge parte de mi contribución a un estudio financiado por el Instituto de la Mujer (2009-2010), coordinado por Begoña López-Dóriga.

el propio cuerpo. La comparación con el canon conduce a una disminución de la auto-estima y al deseo de realizarla intentado ajustarse al ideal. Y la exigencia de amoldarse al ideal corporal es más intensa para las mujeres. Luego, no sorprende que recurran con mayor frecuencia a dietas o a intervenciones estéticas, intentando aproximarse al ideal corporal, que ha ido “adelgazando” cada vez más, aunque recientemente impone “formas” abultadas (pechos y traseros). Así, los imperativos que afectan a la auto-imagen y auto-estima de las mujeres, limitan su autonomía, generando factores de riesgo para su salud y calidad de vida. No obstante, ellas experimentan estas prácticas como fuentes de poder, libertad y control; las perciben como medios para lograr belleza, aceptación y éxito en el plano social, laboral y sexual; “poder y placer no son excluyentes” (Foucault).

Las intervenciones estéticas supuestamente destinadas a proporcionar belleza a las mujeres contribuyen a asignarles los valores imaginarios de la femineidad, confirmando su “adecuada” pertenencia a su género.

LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL

Esta preocupación se vincula también con las ansiedades que puede generar el cuerpo, en tanto sede de la necesidad, el placer y el dolor. El cuerpo abre posibilidades, pero impone exigencias y limitaciones que pueden obstaculizar nuestros proyectos. El cuerpo, y su la imagen, es el medio material por el que nos incluimos en el espacio social, privado y público. Ese espacio está regido por convenciones que no sólo afectan a los comportamientos y actitudes sino también a la dimensión estética del cuerpo. A las limitaciones de la especie, al sexo codificado como género y a la finitud, se suman las derivadas de convenciones del mercado, ya sea laboral, relacional o erótico. Las mujeres incorporan la idea de que no basta con tener un curriculum vitae adecuado a un puesto de trabajo, y necesitan dedicar tiempo, dinero y esfuerzo al cuidado de su imagen. Cuando pasan los años, no se trata solo de tener un aspecto “agradable”, sino que se requiere mantener una apariencia juvenil. Si la cosmética no basta, se recurre a la cirugía.

En el siglo XX se modificaron las identidades de género y las relaciones entre los sexos, lo que también produce inquietud. Un cambio importante es la presencia creciente de las mujeres en el espacio público y su mayor capacidad para tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo. No es casual que la moda, la publicidad y diversas tecnologías codifiquen cada vez más rigurosamente los cuerpos femeninos. Las intervenciones pueden tener fines aparentemente opuestos: desde garantizar su función procreadora (técnicas de reproducción asistida) hasta consolidar una forma ideal (intervenciones estéticas). Esto conduce a la manipulación —no exenta de riesgos— de los cuerpos, al servicio del ideal.

SIGNIFICACIÓN DE LA AUTO-ESTIMA

La auto-estima se refiere a la valoración de la imagen que cada persona tiene de sí. Aunque en las primeras fases de la vida psíquica se origina como representación del cuerpo, la imagen corporal incluye otras dimensiones, que se desarrollan en la historia personal, en función de la imagen de sí que la niña ve reflejada en la mirada del otro, inicialmente la madre. Esa imagen, con la que se identifica, será positiva o negativa según lo que los otros perciban, proyecten y transmitan. Esto depende de que se trate de una hija deseada, de sexo esperado, y de lo que padres y entorno atribuyen a la femineidad y masculinidad, según el modo en que hayan experimentado el ser hombre o mujer.

Los modelos interiorizados en el Ideal del Yo regulan el comportamiento para mantener el equilibrio narcisista. La auto-estima depende de la relación de la imagen de sí con el ideal. Será positiva si se acerca al prototipo; la imposibilidad de amoldarse genera sufrimiento narcisista, disminución de la auto-estima o desvalorización de la propia persona.

EL CUERPO DE LAS MUJERES EN EL DISCURSO DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

Según el Diccionario de la R.A.E., medicina es la “ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”. Pero la Sociedad Española de Cirugía Estética define así su objeto: “Es la cirugía del aspecto de la persona. Dedicada a mejorarlo, modificarlo o adaptarlo, según los cánones que dictan los usos, las costumbres, gustos o modas.”³ (Cursivas mías.) Notemos el salto conceptual: no se cuida el cuerpo sino el aspecto; no se atiende a la salud y enfermedad sino a los cánones sociales.

Se multiplican los tratamientos para modificar la forma corporal (abdominoplastia, mamoplastia, liposucción) y los que prometen “rejuvenecimiento” mediante lifting, botulina u otras técnicas, que apuntan a un mercado creciente debido al envejecimiento de la población y a la intolerancia al envejecimiento.

La medicalización y patologización del “aspecto físico” refuerzan los estereotipos y confunden embellecimiento o rejuvenecimiento con salud. Los rasgos que no corresponden al canon estético son percibidos como anormales. El cirujano Rozsos afirma: “Se trata de restaurar la armonía...de eliminar asimetrías y dar a las mujeres la oportunidad de tener rasgos normales.”⁴ El canon estético es norma, con la consiguiente “patologización” de lo que no coincide con ella, y se propone quitar lo que “sobra” o colocar implantes donde “falta.”

El publirreportaje "Reducir redondeces excesivas" anuncia "tecnología de última generación para eliminar los depósitos de grasa que ocasionan irregularidades y desproporciones en distintas partes del cuerpo". Emulando a Pigmalión, prometen "esculpir la figura".⁵ Pero, ¿las redondeces son "excesivas" con respecto a qué? ¿Cómo se establece qué es "regular" y "proporcionado"? ¿Por qué se habla de esculpir la figura cuando se interviene en el cuerpo?

Meses después el mensaje es más descarnado: el mismo publirreportaje se titula ahora "Quitar de donde sobra", aludiendo a "la grasa que causa desagrado"

Notemos los cambios en la ilustración.

1ª: una camilla, un médico, la mujer con los ojos abiertos, un aparato sin contacto con el cuerpo. Paradójicamente, se realiza un tratamiento en un cuerpo perfecto, como supuestamente quedaría después del tratamiento.

2ª: la camilla es sustituida por un "nicho"; tres médicos; los ojos de la mujer cubiertos por un antifaz; dos aparatos separados del cuerpo y uno "penetrándolo"; curiosamente, se aplica en los genitales.

3ª: "Cirugía invisible para esculpir la figura", 4 profesionales, 3 son mujeres. En los reportajes anteriores no se veían sus rostros. Accionan aparatos a cierta distancia, no se habla del cuerpo sino de la "figura". La posición boca abajo y un pie sobre el otro evocan una persona en la playa, pero lo notable es que se trata de un cuerpo sin cabeza. 4ª: el escaner es operado por dos personas; la falta de contacto directo sugiere que la "Tecnología avanzada contra la grasa antiestética" no es invasiva.)

Llama la atención la terminología empleada: la elección de los vocablos traduce una visión de la cuestión. Un cirujano afirma que "la gente no quiere tener los estigmas del envejecimiento"; las connotaciones negativas del término indican que las huellas del paso del tiempo son patológicas o vergonzosas. Añade que algunas personas "están dispuestas a hacer grandes hazañas para borrarlos", sugiriendo que recurrir a la cirugía es un acto heroico. Otro clasifica a las mujeres en dos grupos, con una exageración tal de sus características que se tornan patológicas: unas "se obsesionan tanto que desarrollan trastornos de la alimentación o se operan"; otras "se abandonan y acaban obesas". Alguno afirma que los hombres prefieren las mujeres "cuanto más operadas y más hechas", "con atributos más abundantes...en cuanto a pechos, a glúteos, en cuanto a exageración".

Los cambios en los modelos conducen a repetir y banalizar las intervenciones. Un cirujano asevera: "los pechos no se llevan tan grandes como hace dos años...como la informática y todo eso, van cambiando muy rápido las cirugías...muchas mujeres se están quitando pecho, se están quitando labio...quieren cosas más naturales" que, paradójicamente, promete conseguir mediante la técnica. Se naturaliza la técnica al afirmar que "una nariz mal formada cambia la fisonomía", negando que es la cirugía la que efectúa el



cambio, y no el rasgo anatómico. La imagen ideal construida, no sólo cultural sino quirúrgicamente, adquiere primacía; la realidad corporal se percibe como fallida.

Afirmaciones paradójicas: la cirugía estética "va muy bien, mucho mejor, para gente joven...en una persona guapa y con buen tipo, es lo ideal...la estás dejando perfecta..." Pero ¿por qué operar a una persona joven y guapa? Y ¿es posible alcanzar la perfección?



CONSECUENCIAS

¿Cuál es el efecto de esta ilusión tecnológica, que promete la realización de todos nuestros deseos, especialmente los narcisistas, sin límite alguno? Se produce un cortocircuito en lo simbólico porque se intenta, a cualquier precio, colmar carencias y obturar conflictos inherentes a la existencia humana mediante la producción de una imagen o "aspecto" establecido como ideal. Se sustituye la reflexión, la elaboración de la angustia mediante el pensamiento, la sublimación, por el "pasaje al acto".

A diferencia de la unidad y la plenitud imaginarias, el acceso a lo simbólico, que supone falta de plenitud y multiplicidad del ser, genera incertidumbre y cuestionamiento de nosotros mismos, del mundo que nos rodea, del sentido de la existencia. Frente al carácter monolítico de una identidad imaginaria, la articulación simbólica introduce el reconocimiento de la diferencia, no solo entre el Yo y el Otro, sino dentro del sujeto, escindido por la alteridad del inconsciente. Con el colapso de este referente, las distintas dimensiones del cuerpo se disocian, se fragmentan, con la consiguiente alienación:

1. El organismo se torna transparente; potencialmente, todo se puede ver y modificar en el cuerpo, que pierde su unidad orgánica para convertirse en un conjunto de "órganos sin cuerpo", según la expresión de Rosi Braidotti.
2. La imagen especular se desprende del cuerpo real, desorganizando la corporalidad (experiencia subjetiva del cuerpo), pues el sujeto no se reconoce en esa imagen ni en su cuerpo.
3. Se borra el sujeto deseante al rebajarse el deseo a la categoría de necesidad o imperativo superyoico.
4. Se pierden los referentes de la sexualidad y la sexuación: la libido se desprende de los objetos eróticos para sucumbir a la exigencia narcisista.

5. La imagen narcisista ya no se articula con la percepción, experiencias corporales y subjetividad deseante; se exalta y ocupa el lugar del Ideal del Yo, anulando su función de orientar la actividad, los valores intelectuales, éticos y estéticos, la producción simbólica, la sublimación.
6. Pero la relación del sujeto con su cuerpo imaginario se articula con la mirada del Otro, de modo que se observa a sí mismo como objeto del amor del Otro. La cirugía estética alienta la esperanza de obtener un plus de amor y, al mismo tiempo, un plus de goce de su cuerpo.

RIESGOS PARA LA SALUD

A los riesgos de cualquier cirugía (sangrado, infección, hematomas) y anestesia (reacciones a medicamentos, problemas respiratorios o cardíacos, neumonía), se suman otros específicos. En cirugía de mamas: dificultad para amamantar, pérdida de sensibilidad en el pezón, cicatrices pequeñas (a veces gruesas y elevadas), posición desigual de los pezones, tamaño o forma diferente de las mamas, ruptura, filtración u ondulación del implante. Aunque es normal que se cree una "cápsula" de tejido cicatricial en torno al implante, a veces la cápsula engrosa cambiando la forma de la mama, endureciendo el tejido mamario, produciendo dolor. En abdominoplastia: daño a órganos internos o a nervios, que puede causar dolor o entumecimiento en parte del abdomen.⁶

Las intervenciones afectan a la calidad de vida de las mujeres. A las operaciones propiamente dichas les suceden revisiones, molestias, hematomas, cambios periódicos de los implantes, sin mencionar las complicaciones que requieren nuevos tratamientos. Se establece una dependencia del sistema médico: la necesidad física de más atención médica crea, a su vez, dependencia psicológica; se trata de efectos de alienación pues hasta la forma del propio cuerpo depende de la mediación de otro.

La calidad de vida también se perjudica porque la promoción de la cirugía estética refuerza los estereotipos centrados en la belleza, delgadez y juventud, acompañados de la exigencia de perseguirlos a cualquier precio.

Es necesario considerar la situación de mujeres con escasos recursos que, siendo igualmente blanco de la publicidad y demás factores que contribuyen a promocionar la cirugía estética, acuden a sitios no autorizados o a profesionales no capacitados, incrementando los riesgos para su salud.

La dermatóloga Wexler observa en algunas mujeres el "efecto máscara de látex": se sometieron a tantos peelings y láser que su piel carece de poros y líneas de expresión. "Piden que se les rellene una nariz que previamente ha sido reducida en cuatro ocasiones". El dermatólogo Lancer añade: "Con demasiado láser, la piel parece mármol; con demasiados peelings químicos, parece que padeces una inflamación crónica; y demasiado relleno te deja el aspecto de un pez globo. La mayor parte de los adictos a los tratamientos estéticos se han olvidado de cómo eran antes."⁷

Martelo, de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética reconoce la indefensión de las usuarias ante la "mercantilización de la cirugía, ante personas y empresas que en lugar de tratar de ayudar a solucionar los problemas de los ciudadanos lo que están haciendo es patologizar...a las personas. Crean esa demanda de operaciones para tener más negocio..." En muchos casos "tienes que decir que no operas a una persona que entra en la consulta pidiendo una operación que no necesita, porque lo que ves es que hay un problema de otra índole, psicológico, por ejemplo. Pero en muchos centros los operan porque sólo quieren vender."⁸ El cirujano Mitz dice que en algunos casos "se puede considerar que la cirugía estética es una auto-mutilación por interpósita persona: el cirujano", y atribuye al "ego monstruoso del cirujano" la aceptación de toda demanda.⁹ La cirujana Hélène Bodin, relata que, cuando en un quirófano intervienen varios cirujanos en un aumento de mamas, "ellos siempre quieren ponerlas algo más grandes, sin duda porque el pecho grande les parece más sexy. Pero yo siempre pienso que los senos grandes también molestan, por ejemplo al practicar deportes o al volver del mercado con la bolsa de la compra." Una mujer "piensa que los tiene que llevar al margen de un episodio de seducción, porque una mujer es una mujer incluso cuando no está frente a un hombre."¹⁰

LA DIMENSIÓN SUBJETIVA

La demanda de cirugía estética pretende restaurar un narcisismo herido. Sin embargo, aunque se busca modificar la imagen, las intervenciones se realizan en el cuerpo, que no es un mero organismo, pues en él se encarna un sujeto, con experiencias y una historia personal, familiar, amorosa, profesional, en la que se organizó su corporalidad. Historia y experiencias dejan huellas corporales. De modo que intervenir en el cuerpo comporta intervenir en la subjetividad y en la historia personal.

Las causas de insatisfacción son diversas; es necesario investigar en cada caso qué hay más allá de la demanda manifiesta. Pensar que en la petición de aumento o reducción de mamas sólo está en juego el deseo de parecerse a ciertos modelos es quedar en la superficie. Como las mamas son caracteres sexuales significantes de la feminidad, es probable que la demanda se vincule con el significado que cada mujer atribuye al hecho de serlo y con su vivencia de la feminidad.

Las influencias externas no actúan sólo cuando se solicita la operación sino que intervinieron en la historia previa, pasando a ser internas por identificación. Es el caso de niñas cuyo malestar con su cuerpo se origina en familias que no han aceptado su sexo, le han asignado significaciones negativas, o les han transmitido su rechazo de ciertos rasgos físicos.

Searle, presidente de la Asociación Británica de Cirujanos Plásticos Estéticos afirma que algunas pacientes desarrollan una verdadera adicción a la cirugía o al Botox. "Estas personas tienen una sensa-



ción de bienestar psicológico después de una intervención, y esto alimenta la idea de que podrían sentirse aún mejor si tuvieran otra." Un 40% de las pacientes que recurren al Botox para reducir las arrugas faciales manifiestan una compulsión a repetir los tratamientos. La tendencia a la repetición y a la adicción se instalan pues la intervención estética refuerza el síntoma que traslada al cuerpo un conflicto procedente de otra escena: se aspira a corregir en el cuerpo real una insatisfacción o distorsión de la imagen corporal. En ese plano corresponde intervenir.

Algunos cirujanos piensan que no es pertinente preguntar por las motivaciones, porque "se trata de algo personal", lo que confirma que se trabaja con el aspecto y no con la persona. Reconocen que hay problemas psicológicos pero para detectarlos piensan que basta preguntarle "si se lo ha pensado bien... no tiene por qué desvelar eso en una consulta de cirugía plástica." Cuando pasan a primer plano las emociones, el profesional considera que no se trata de una paciente ideal.

Si bien debemos atender a los diversos agentes que incitan al consumo injustificado o adictivo de intervenciones estéticas, es imprescindible considerar las motivaciones que subyacen a cada demanda, cuyas raíces se encuentran en la organización subjetiva singular, la historia que la ha configurado como tal, la vivencia del cuerpo, los posibles trastornos de la imagen corporal, y las relaciones intersubjetivas en las que participa cada mujer.

1. Foucault, M. Tecnologías del yo y otros textos, Barcelona, Paidós, 1990.
2. Berger, J. Modos de ver, Barcelona, Ed. Gustavo Gili, 2000.
3. www.sece.org. La Sociedad Española de Medicina Estética se refiere ambiguamente a "los aspectos inestéticos del paciente", www.seme.org. Y la Asociación Española de Cirugía Estética Plástica entiende que "El fin primordial de la Cirugía Estética es dar al paciente una imagen corporal más de acuerdo con su concepto de la belleza y con su ego." www.aecep.org.
4. newspuggal.com.
5. "El País", último trimestre de 2009. El anuncio no corresponde a un caso aislado, porque está suscrito por USP Institut Universitari Dexeus (Barcelona), Clínica Guimón (Bilbao), Clínica Ruber (Madrid), USP Clínica Sagrado Corazón (Sevilla), Clínica Quirón (Valencia y Zaragoza). El "publirreportaje" aparece periódicamente, modificando ligeramente el texto y cambiando la imagen infográfica.
6. www.nlm.nih.gov/medlineplus
7. Marie-claire.es/cirurgia-cuanto-es-demasiado.
8. lavozdegalicia.com, 14 mayo 2005.
9. Mitz Vladimir, "La chirurgie esthétique es-elle déjà une automutilation?" Revue de Psychanalyse et Clinique Médicale, avril 2002, n° 9, pp. 125-134 y 220-222.
10. Bodin Hélène, Intervención en el Coloquio "Autour de l'image du corps, chirurgie plastique et psychanalyse", Revue de Psychanalyse et Clinique Médicale, avril 2002, n° 9, p.145

implantes mamarios:



LO QUE USTED DEBE CONSIDERAR ANTES DE REALIZARSE UN IMPLANTE MAMARIO

Hay muchas cosas importantes que debe considerar antes de decidir tener una cirugía de implantes mamarios, lo que incluye entender sus propias expectativas personales y las razones por las cuales usted quiere tener esta cirugía. A continuación, una lista de consideraciones antes de decidir tener una cirugía de aumento, reconstrucción o de revisión de busto.

- Los implantes mamarios no duran toda la vida; cuanto más tiempo tenga los implantes, más es la probabilidad de que tenga que removérselos.
- Cuantos más tiempo tenga los implantes, más es la posibilidad que experimente complicaciones locales y resultados adversos.
- Las complicaciones locales y resultados adversos más comunes son la contractura capsular, reoperación, extracción del implante y ruptura o desinflado del implante. Otras complicaciones incluyen arrugas en los implantes, asimetría, cicatrices, dolor e infección en la zona de incisión.
- Usted debe asumir que usted necesitará cirugías adicionales (reoperaciones).
- Muchos de los cambios que sufrirán sus senos después del implante pueden ser cosméticamente indeseados e irreversibles.
- Si sus implantes son removidos pero no reemplazados, usted podría experimentar cambios en sus senos naturales tales como formación de hoyuelos, marcas, arrugas, pérdida de tejido mamario u otros cambios cosméticos indeseables.
- Si usted tiene implantes mamarios, debe monitorearlos por el resto de su vida. Si nota algún cambio anormal en sus senos, debe consultar a un médico inmediatamente.
- Si tiene implantes mamarios de gel de silicona, tendrá que pasar por pruebas de IRM periódicas para detectar rupturas de implante asintomáticas (“ruptura silenciosa”). Para una detección temprana de rupturas, la FDA y los fabricantes de dichos implantes recomiendan que las mujeres pasen por pruebas de IRM de detección 3 años después de haber recibido un implante mamario nuevo y, después, cada 2 años. La prueba de IRM para detectar una rotura de implante es cara y puede que no esté cubierta por seguros médicos.
- Si tiene implantes mamarios, usted podría tener un ligero mayor riesgo de desarrollar un raro tipo de cáncer llamado linfoma anaplásico de célula grande (LACG) en el tejido mamario alrededor del implante. (El LACG no es un cáncer de seno). Las mujeres diagnosticadas con LACG en el seno podrían necesitar un tratamiento con cirugía, quimioterapia y/o radioterapia.

SI LLEVAS PRÓTESIS DE SILICONA PIP, ¡REACCIONA YA!

Comprueba el tipo de prótesis implantada en la tarjeta que obligatoriamente te debería haber facilitado su cirujano plástico. Si es silicona PIP, de la empresa Poly Implant Prothèse, ya sabrás que el gobierno francés las mandó a retirar y recomendó cirugía con carácter preventivo y no urgente por el alarmante índice de roturas. Se trata de un **fraude**, una silicona industrial diez veces más barata que las otras, fabricada en China.

Las autoridades sanitarias españolas recomiendan acudir a su médico, y sólo en el caso de que se sospeche la rotura de las prótesis, su retirada. Y costeará las operaciones y la sustitución de los implantes a las afectadas por roturas que se hicieran una reconstrucción mamaria por problemas médicos (indicada para patologías como el cáncer de mama) en los hospitales públicos. También lo harán con los implantes defectuosos de las mujeres operadas en clínicas privadas que ya no existan o estén fuera de España. El Ministerio espera que el sector privado ofrezca el mismo servicio a sus pacientes. Las clínicas privadas deberán asumir los costes de las extirpaciones y la sustitución de las prótesis de

aquellas mujeres que se operaron por cuestiones de estética y que ahora tienen problemas. Las aseguradoras privadas tienen el deber de ofrecer seguimiento y cuidado apropiado a sus pacientes. La Fiscalía de Valencia ha abierto diligencias penales a instancias de la Asociación del Defensor del Paciente (ADEPA), que aconseja **no pagar nada** ni por la explantación ni por la nueva intervención y colocación de nuevas prótesis, y sostiene que es responsabilidad de las autoridades sanitarias y de los seguros hacerse cargo de todos los gastos y/o secuelas que se pudieran derivar. Además reclama la depuración de responsabilidades no sólo de los médicos que puedan resultar culpables, sino, también, de la administración, «que no se ocupó de retirar de inmediato todas las prótesis defectuosas».

Para contactar con la oficina del Defensor del Paciente:
91 465 33 22 · defensorpaciente@telefonica.net
 o con la Asociación de Afectadas por las Prótesis PIP
afectadaspip@hotmail.es

¿vale La pena?

www.fda.gov/breastimplants

COMPLICACIONES LOCALES Y RESULTADOS ADVERSOS

Esta es una lista de complicaciones locales y resultados adversos que ocurren en el uno por ciento (1%) o más de las pacientes en cualquier momento después de una cirugía de implante. Listadas en orden alfabético, y no en orden de frecuencia.

- Acumulación de calcio en los tejidos mamarios, también llamada "calcificación"
- Adelgazamiento y encogimiento de la piel, también llamado "atrofia del tejido mamario"
- Apariencia insatisfactoria debida al estilo o tamaño
- Arrugas u ondulaciones del implante
- Asimetría: cuando los senos son desiguales en apariencia en términos de tamaño, forma o nivel del seno
- Caída de los senos, también llamada "ptosis"
- Cambios del pezón o del seno, cambio en, o pérdida de sensibilidad del pezón
- Cicatrización
- Contractura capsular; endurecimiento del área del seno alrededor del implante
- Deformidades de la pared torácica; cuando la pared torácica o la caja torácica parece deformada
- Desinflado del implante mamario; cuando el material de relleno se fuga del implante mamario debido a una fuga de una válvula o un desgarre o corte en la cubierta del implante
- Desplazamiento o mala posición del implante: cuando el implante no está en la posición correcta en el seno
- Dificultades para dar de lactar
- Dolores en los senos
- Enrojecimiento o hematomas
- Erupción cutánea
- Extracción del implante: con o sin sustitución del implante
- Extrusión: cuando la piel se rompe y el implante aparece a través de la piel
- Hematoma: acumulación de sangre cerca del sitio de la cirugía
- Inflamación o irritación
- Infección, síndrome de shock tóxico inclusive: cuando durante la cirugía de implante mamario las heridas se contaminan con microorganismos, tales como bacterias u hongos
- Lesiones o daños iatrogénicos: cuando ocurren nuevas lesiones o daños al tejido o implante como resultado de la cirugía de implante
- Palpabilidad o visibilidad del implante: cuando el implante puede sentirse a través de la piel
- Necrosis: cuando hay piel o tejidos muertos alrededor del seno
- Nódulos linfáticos hinchados o agrandados, también llamados "linfedema o linfadenopatía"
- Reoperación: cirugías adicionales
- Retraso en la cicatrización de la herida
- Ruptura del implante mamario: cuando hay un desgarre o agujero en la cubierta externa del implante
- Seroma: la acumulación de fluidos alrededor del implante mamario
- Visibilidad del implante: cuando el implante puede verse a través de la piel



La fotografía muestra un implante mamario de solución salina desinflado en una mujer de 30 años. Fotografía cortesía de Walter Peters, M.D., Ph.D., F.R.C.S.C., University of Toronto.



La fotografía muestra una contractura capsular de Grado IV en el seno derecho de una mujer de 29 años, siete años después de un implante mamario de gel de silicona en ambos senos. Fotografía cortesía de Walter Peters, M.D., Ph.D., F.R.C.S.C., University of Toronto.

Si experimenta cualquier de las complicaciones arriba listadas después de la cirugía de implante mamario, podría necesitar tratamientos específicos, incluso una cirugía adicional. Mantenga un rol activo en el cuidado de su salud e informe a su médico inmediatamente si experimenta nuevos problemas de salud.



Jimena Jimenez
Médica

VULVA (2) interioridades de La vulva

no sabemos cómo llamarla,
nos es difícil verla
y mucho más conocerla

El desarrollo de la vulva comienza a los siete años, cuando las glándulas suprarrenales empiezan a segregar testosterona. Esta hormona produce un aumento de la musculatura de la pelvis, dando lugar a su rotación hacia delante. Hasta entonces, la posición de la vagina es vertical. Como consecuencia de la tracción hacia delante, la vagina, a partir de este momento, cambia su forma recta por una forma angular. Esta angulación será importante para la valoración del estado del suelo pélvico, pues permitirá detectar el tono muscular. Cuanto más abierto el ángulo, menor tono muscular.

En esta etapa de desarrollo aparece la grasa subcutánea del monte de Venus, un tejido semilíquido que servirá para la protección térmica de la vejiga.

El interior de la vulva normalmente no se ve ya que está cubierta por los labios mayores y menores y el vello púbico. Al separar los labios menores, si te miras con un espejo, descubrirás cosas en las que no reparas habitualmente. De arriba hacia abajo, verás que los labios menores se unen formando el capuchón del clítoris en la parte superior y un poco más abajo, vuelven a unirse formando el frenillo, que fija el glande con la vulva.

El clítoris

Debajo del capuchón del clítoris, está el glande, la parte visible del clítoris, fácil de ver y extraordinariamente sensible al tacto. El glande continúa internamente mediante el tallo del clítoris, compuesto por cuerpos cavernosos. Al llegar al hueso del pubis, se divide en dos profundas raíces que discurren por debajo de los labios menores. El tallo no lo vemos, pero se puede tocar.

Los labios menores son relevantes porque, aparte de sus múltiples terminaciones nerviosas, tienen glándulas sudoríparas y sebáceas que, durante la excitación, producen un exudado rico en feromonas (¡sí, eso que huele!).

La uretra

Más abajo veremos el orificio uretral o meato urinario. La uretra también es rica en terminaciones sensitivas que intervienen en la excitación y es entre la uretra y la pared vaginal anterior donde se encuentra una capa de tejido conjuntivo grueso, muy vascularizada, conocida como punto G.

Si se masajea esta zona se produce un exudado del sistema linfático y del plexo venoso de la zona que produce un aumento de excitación sexual y puede desembocar en un orgasmo con eyaculación uretral.

El masaje se hace introduciendo 2 dedos (índice y corazón) en la vagina, hasta la altura del clítoris mas o menos; en la pared vaginal delantera encontrarás un tejido rugoso que es el que hay que masajear moviendo los dedos hacia delante (también se venden vibradores adecuados para estimular esta zona).

El hímen

Es un resto fetal en forma de membrana fina e incompleta que cubre la entrada de la vagina, y que no se desgarró completamente hasta el parto.

Introito o entrada vaginal

El introito vaginal, en reposo, está cerrado. La vagina no se ve, porque los músculos están contraídos. Si la entrada se ve abierta significa que hay una alteración del tejido, producida generalmente por un parto muy largo y trabajoso en su fase expulsiva e indica una insuficiencia de la musculatura del suelo pélvico y del tejido conjuntivo, ambas, partes fundamentales del mantenimiento del suelo pélvico.

La vagina por dentro

Si introducimos un espéculo, veremos un tubo liso de unos siete centímetros. La vagina no tiene terminaciones sensitivas.

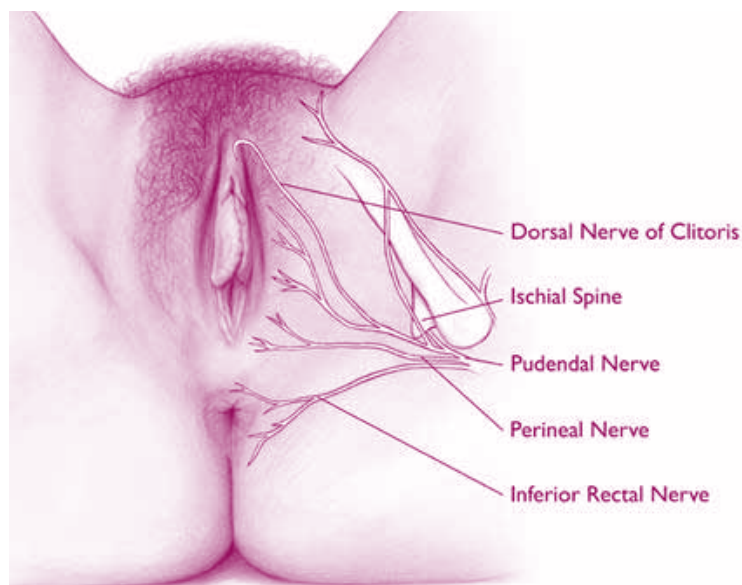
El periné y el ano

Entre el borde inferior de los labios menores y el ano se encuentra el periné. Es una zona importante porque allí se insertan músculos que son la base del suelo pélvico. También es una zona de gran sensibilidad sexual, como todo el eje clítoris- uretra- ano. Si al presionar el clítoris se produce una respuesta de la contracción del perineo y el esfínter del ano y la uretra, quiere decir que hay una buena innervación.

Es por esto que la episiotomía puede considerarse una mutilación sexual ya que puede disminuir seriamente la sensibilidad sexual.

PRÓXIMO:
VULVA (3), taller de reparaciones

Inervación vulvar



ESCUELA DE VULVA

Vulva va a la escuela y descubre que ella no existe...

Vulva va a la iglesia y descubre que es obscena...

Vulva descifra a Lacan y Baudrillard y descubre que ella es sólo un signo, una significación del vacío, de la ausencia, de lo que no es masculino... (se le entrega un lápiz para que tome nota...)

Vulva decodifica la semiótica constructivista feminista y se da cuenta de que ella no tiene ningún sentir auténtico; hasta sus sensaciones eróticas han sido construidas por proyecciones patriarcales, imposiciones y condicionamientos...

Vulva lee biología y comprende que ella es una amalgama de proteínas y hormonas de oxitocina que gobiernan todos sus deseos...

Vulva estudia a Freud y se da cuenta de que tendrá que transferir sus orgasmos clitóricos a su vagina...

Vulva lee a Masters y Johnson y comprende que sus orgasmos vaginales no han sido medidos por instrumento alguno y que ella sólo va a experimentar orgasmos en el clítoris...

Vulva lee Off Our Backs y explora el tribalismo; entonces suspira por las ásperas barbas de dos días del otro género, sus manos largas y su insistente verga...

Vulva lee a Gramsci y a Marx para examinar los privilegios de su condición cultural...

Vulva interpreta los textos del feminismo esencialista y pinta su rostro con su sangre menstrual, aullando cuando hay luna llena...

Vulva reconoce sus símbolos y nombres en los graffitis bajo los cabalotes de las ferrovías: raja, tajo, enchilada, conejo, rabo, semilla, coño y tajada...

Vulva se desnuda, llena su boca y concha con pintura y brochas, y corre al Cedar Bar a medianoche para espantar los fantasmas de De Kooning, Pollack, Kline...

Vulva aprende a analizar la política preguntando: "¿Es esto bueno para Vulva?"

Carolee Schneemann (1995)

CIRUGÍA COSMÉTICA GENITAL FEMENINA: ¿PORQUÉ NOS OPONEMOS?

Extraído de los argumentos de la Campaña Nueva Vista, contraria a la cirugía cosmética femenina www.newviewcampaign.org (Octubre, 2008). Traducción de ADIBS

La promoción y práctica de la cirugía cosmética genital femenina nos preocupa por dos razones:

- 1) No son médicamente necesarias y, sin embargo, pueden causar daño. Incluyen fundamentalmente técnicas tan drásticas como la amputación (parcial) de los labios de la vulva, sin apenas estudios de investigación sobre sus consecuencias. Publicidad inteligente en folletos y revistas de gran tirada con historias sobre estilos de vida¹ y elegantes páginas de internet, insinúan que la cirugía cosmética genital mejorará la satisfacción sexual de la mujer, su autoestima y la confianza² en sí misma. El material publicitario exagera supuestos beneficios a la vez que minimiza los riesgos y las posibles complicaciones derivadas de la cirugía.
- 2) No se han publicado pruebas independientes sobre la seguridad y eficacia de esas intervenciones ni sobre los beneficios prometidos³. No existen normas para educar a las mujeres sobre su anatomía genital aunque son muchos los estudios que muestran que las mujeres desconocen la diversidad genital existente. Las que se someten a este tipo de intervenciones deciden sin disponer de información suficiente y sin dar un consentimiento informado como en cualquier operación de cirugía electiva (Ver efectos secundarios más adelante). Además, dado que la episiotomía –intervención quirúrgica frecuente practicada sobre tejidos genitales sanos durante el parto– conlleva “mayor dolor y sequedad vaginal durante las relaciones sexuales”⁴, puede deducirse que la incisión y amputación genital practicada por razones estéticas y “mejora” de la satisfacción sexual, también conlleve dificultades.

La promoción y normalización de la cirugía cosmética genital tiene amplias implicaciones socioculturales. Los médicos que promocionan este tipo de cirugía comercian con los estrechos ideales de lo estético y sexual y promueven una visión muy distorsionada de la “normalidad” genital. De hecho, el tamaño, tipo y forma de los labios genitales femeninos pueden variar mucho a lo largo del tiempo. La exhibición de fotografías del “antes y después” de los genitales femeninos y un apoyo mediático tan poco crítico con este tipo de cirugía, incita a las mujeres a pensar que los labios genitales distintos a los pre-púberes necesitan “embellecimiento” o “mejora”. El material publicitario y de marketing induce a pensar que las vaginas de las mujeres maduras son sexualmente indeseables⁵.

El agresivo marketing de la cosmética genital femenina aliena y exagera la ansiedad e insatisfacción que algunas mujeres pueden sentir respecto a su vulva y vagina. Además, esta forma de marketing distorsiona la idea que la gente tiene respecto a lo que es normal y esta publicidad engañosa puede provocar insatisfacción entre mujeres que nunca antes se habían preocupado por esa parte de su cuerpo.

Aunque aparentemente estas prácticas no están aún muy extendidas, no existen registros (en ningún país). Según la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos hay un aumento de las intervenciones del 30% entre 2005 y 2006⁶.

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL REJUVENECIMIENTO VAGINAL

(Extraído de la web de profesionales de la cirugía cosmética en USA). <http://www.onlinesurgery.com/article/potential-side-effects-of-vaginal-rejuvenation.html>
Traducción: ADIBS

Introducción

El rejuvenecimiento vaginal no se recomienda para tratar problemas o disfunciones sexuales. Como en cualquier cirugía, hay potenciales

efectos secundarios que ponen en cuestión si este tipo de procedimiento es la mejor decisión para la salud óptima.

Daños en los nervios

El área genital de las mujeres está repleta de terminaciones nerviosas. Durante la cirugía de rejuvenecimiento vaginal los nervios pueden ser gravemente dañados, provocando la pérdida de sensaciones.

Puesto que los nervios no se regeneran, este es un efecto secundario permanente. Ningún cirujano puede garantizar que esto no ocurrirá, por lo que es importante considerar el riesgo antes de decidirse por la cirugía.

Cicatrices

El objetivo de los procedimientos de rejuvenecimiento vaginal es mejorar la apariencia genital. La mayoría de

¿Derecho a decidir?

La posibilidad de decidir es importante, pero no existe decisión sin entorno cultural. Aunque la decisión individual es un importante valor cultural que aprobamos, la ética de este asunto no puede reducirse al "derecho individual a decidir", porque la promoción y normalización de esas intervenciones tiene implicaciones para todas las mujeres.

La oportunidad de negocio que proporciona la cirugía genital plástica se basa en crear, exacerbar y exagerar el sentimiento de insatisfacción de un amplio sector de mujeres respecto a sus genitales. Lo consiguen manipulando la noción de normalidad y "deseabilidad" de labios, vulva y vagina, alterando insidiosamente las normas culturales para limitar drásticamente la diversidad genital considerada aceptable.

Cirugía genital plástica (CGP) y mutilación genital (MGF)

La Organización Mundial de la Salud utiliza la expresión "mutilación genital femenina" (MGF), para referirse a "todas las técnicas de cortar parcial o totalmente los órganos genitales externos u otras lesiones a los mismos por razones no-médicas"⁷, refiriéndose a una práctica tradicional en muchos países de África. Aunque no se refiere explícitamente a las intervenciones quirúrgicas electivas realizadas en "occidente", en ambos casos existe excisión total o parcial de la vulva o del clítoris, y ambos pretenden "tensar" o "estrechar" la vagina.

La MGF se practica en niñas y en mujeres y puede ser realizada en contra de su voluntad, y, en lugares en los que la práctica es extendida, puede haber mucha presión para someter a las mujeres a la excisión aunque en teoría sea posible no hacérsela. Por el contrario, en occidente, la cirugía genital plástica femenina siempre es una práctica de elección y sigue siendo, por ahora, una práctica marginal. Pero ambas se sostienen gracias a un complejo conjunto de normas y valores sociales.

las cicatrices de este tipo de cirugía son internas. Esto puede producir "Puntos muertos" o pérdida zonas insensibles, y puede conducir a cirugía adicional si hay cicatrices severas.

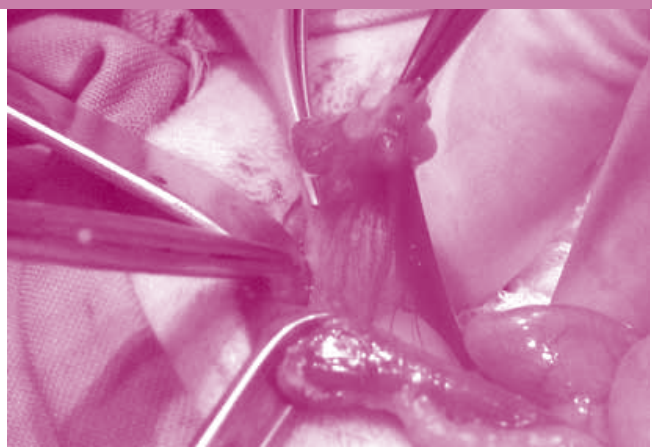
Retención de orina, daño de vejiga o recto

Un efecto secundario posible es la retención urinaria o incapacidad de orinar, lo que puede llevar a problemas graves como nefrosis, o daños en el riñón, que puede hacer necesario recurrir a atención sanitaria de urgencia.

Además, también puede causar daños en la vejiga y el recto, que sólo pueden minimizarse escogiendo un cirujano muy experto.

Sangrado e Infección

Dado el sitio en el que se practica la cirugía, puede haber infecciones si no se mantienen adecuadas medidas de higiene. Habrá limitaciones para levantar pesos para prevenir excesivo sangrado post-cirugía durante 4-8 semanas. También debe haber abstinencia sexual durante este período.



Aun así, se condena internacionalmente la práctica de la MGF como forma de violencia ejercida contra las mujeres que viola los derechos humanos de mujeres y niñas. El hecho de que algunas mujeres y niñas "decidan" ser excisadas no legitima esa práctica; más bien se entiende que esas decisiones son el producto de valores culturales extremadamente coercitivos. Pero pese al alarmante solapamiento entre lo que la MGF y la CGP hacen a los cuerpos de las mujeres, en occidente muchos médicos mantienen la postura del derecho de la mujer a elegir este tipo de cirugía⁸. Sus defensores se atreven a decir que "empoderan" a las mujeres⁹.

Irónicamente, cuando la campaña internacional para eliminar la mutilación genital sigue ganando apoyos y momentum, la cirugía genital plástica va expandiéndose en occidente. Quienes en occidente apoyan estas prácticas deberían recibir la misma clamorosa indignación que la provocada por la práctica de la mutilación genital en países no occidentales.

Ética y medicina

Mezclar los intereses del negocio con la práctica de la medicina puede crear problemas muy graves, como la creación deliberada de un mercado para proponer estos servicios. Los críticos con la mercantilización de las enfermedades han descrito las formas insidiosas en que experiencias humanas y formas corporales corrientes pueden convertirse en anormales y patológicas como parte de esos mercados en desarrollo¹⁰.

¡MUY IMPORTANTE!

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha determinado que no hay bastantes estudios actualmente que aseguren la seguridad a largo plazo ni las tasas de complicaciones de estos procedimientos.

Cualquier procedimiento quirúrgico, ya sea por elección o por necesidad médica, conlleva riesgos de efectos secundarios o complicaciones.

→ La ética médica y el ejercicio médico con fines comerciales son valores incompatibles. La ciencia y la medicina valoran el conocimiento que ésta pone al servicio de todos. Principios bien establecidos, como la revisión por pares, el debate público y la colaboración favorecen el crecimiento científico y una praxis médica segura y efectiva. Un modelo centrado en el negocio por el contrario justifica el secretismo para proteger su "cuota de mercado".

Legitimizar la diversidad

Recomendar la cirugía como solución para casos de insatisfacción con la fisonomía genital es un argumento peligroso. En lugar de apoyar a la mujer puede perpetuar y reforzar su ansiedad y auto-crítica. La alternativa consistiría en "legitimizar" los cuerpos de las mujeres mostrando que los genitales de las mujeres de verdad tienen formas diversas, que el odio hacia una misma tiene causa social y que las mujeres aprendan a aceptar y apreciar la forma que tienen sus genitales¹¹.

NOTAS

1. Dr. Matlock, pionero de uno de las cirugías más conocidas ha dicho que la cobertura en revistas ha sido "lo mejor para comercializar la cirugía" <http://jscms.jrn.columbia.edu/cns/2005-04-19/kemp-vaginalrejuvenation>
2. El objetivo de la cirugía es aumentar la fricción experimentada por las parejas sexuales durante sus relaciones, y así incrementar el placer". "Las mujeres sienten mayor estima y confianza en sí mismas después de la intervención". <http://www.labioplastysurgeon.com>
3. Un pequeño estudio independiente con entrevistas a seis mujeres sometidas a cirugía de "reducción labial", sugiere que la intervención no siempre consigue lo que promete a bombo y platillo. Revista Internacional de Obstetricia y Ginecología, 114, 1493-1499
4. Ejegård, H., Ryding, E.L., & Sjögren, B. (2008). La sexualidad después de la episiotomía: Un largo seguimiento. Investigación de Ginecología y Obstetricia, 66 (1), 1-7.
5. "En todo el mundo las mujeres nos han dicho que quieren parecer como a los 16 o 18 años o como si nunca hubiesen tenido hij@s y la RVL es la respuesta". <http://www.drmatlock.com/overview.htm>
6. The American Society for Plastic Surgeon <http://www.plasticsurgery.org>
7. World Health Organization (OMS 2008). Informe: http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_statement_2008.pdf
8. Goodman M.P., Bachmann G., Johnson C., Fourcroy J.L., Goldstein G., & Sklar S. (2007). ¿Qué garantías existen en las operaciones de cirugía genital voluntaria, y qué pruebas pre-operatorias deberían hacerse? Journal of Sexual Medicine, 4, 269-276.
9. El término empoderamiento es parte del lenguaje común en publicidad. Por ejemplo, "Nuestra misión es empoderar a las mujeres a través del conocimiento, de la elección y las alternativas.
10. Moynihan, R. & Cassels, A. (2005) Selling sickness (Vendiendo enfermedad). New York: Nation Books.
11. Betty Dodson, educadora sexual y artista tiene varios videos educativos. <http://www.dodsonandross.com/boutique/videos>

EL MISTERIO DE LOS LABIOS

Margarita López Carrillo

¿De verdad a las mujeres nos importa el tamaño del los labios menores de nuestra vulva?, ¿de verdad, antes de que empezaran a decirnos que hay labios y labios, teníamos la más remota idea de que era ésta una parte del cuerpo susceptible de ser correcta o incorrecta?, ¿de verdad, alguien no lobotomizada, cree que tendrá una más satisfactoria vida sexual si se recorta los labios?, ¿de verdad estamos las mujeres tan taradas que nos dejamos embaucar por cualquier carnicero que venga y nos diga que seremos más guapas si nos recortamos una parte del cuerpo que ni siquiera nos podemos ver nostras mismas a simple vista?

Este tema me tiene totalmente perpleja. Puedo llegar a entender la obsesión por unos pechos grandes, que muchas mujeres caigan en la celada que les tiene la cultura que asimila senos a feminidad, pero ¿los labios?!

Hasta que no empecé a oír hablar de esta operación ni sabía cómo eran los míos, lo confieso. Me los había mirado por última vez con un espejo hacía mucho tiempo y no los hubiera podido describir aunque me mataran. Hice una encuestita entre los hombres de mi entorno para ver si ellos encontraban diferencias y, sobre todo, si esas diferencias les parecían importantes eróticamente hablando, y todos me confesaron que no se habían fijado mucho, la verdad, que normalmente, cuando se centraban en esta zona de sus parejas estaban más interesados en el clítoris o en la vagina, y que los labios sólo eran como unas puertitas que abrían y se apresuraban a trasponer. Alguno me dijo que desde ahora intentaría fijarse.

También, siguiendo con mi improvisado trabajo de campo, consulté con algunas amigas lesbianas. Éstas se revelaron más conocedoras del terreno, dijeron que hay tantos labios distintos como mujeres, que varía el tamaño, el color, la textura, la forma (mira, como con los penes, pensé yo). Desde luego me dijeron que tenían preferencias, pero éstas no resultaron estandarizables, a una le gustaban finos, a otra más espesitos, a otra largos, a otra moraditos, a otra rosados. ...

Otro experimento que he hecho es dejar caer esta información, la de la cirugía de labios, cuando doy charlas de salud para grupos de mujeres, a menudo en pueblos. Lo digo y observo las caras de desconcierto. "¿Te refieres a eso que se inyectan algunas en los morros?", preguntan pensando que me he expresado mal. "No no, me refiero a los de ahí abajo". Entre las exclamaciones de horror y el espontáneo apretar de piernas, siempre hay alguien que me mira pensativa y pregunta muy seria, "Pero ¿para qué se hacen eso?"

De modo que no soy la única que no entiende. Si tú le dices a alguien que fulanita se ha operado las tetas o menaganita se ha estirado la cara, nadie pregunta por qué, le parezca una barbaridad o no. Pero con los labios, todo el mundo, según voy viendo, necesita explicaciones porque no hay nada, ni lógico ni cultural, que nos permita entender semejante atrocidad.

Y sin embargo, por absurdo que me parezca, por incomprensible que lo encuentre todo el mundo en un primer momento, sin imágenes de referencia que convertir en estereotipos, sin razones ni higiénicas, ni sexuales, ni estéticas con las que poderse identificar, las clínicas de cirugía han logrado persuadir a montones de mujeres para que se mutilen (no quiero ni imaginar las sensaciones, irritaciones, molestias y dolores del postoperatorio en esa zona tan delicada).

No sé qué me sorprende más, lo manipulables que podemos llegar a ser las mujeres o lo increíblemente hábiles que han sabido ser los cirujanos estéticos.

LA HIMENORRAFIA: expresión del control sobre Las mujeres



Juana Colom Bauzá

Facultat de Educació. Universitat Illes Balears

Edelmira Fernández Losada

Alumna doctoranda

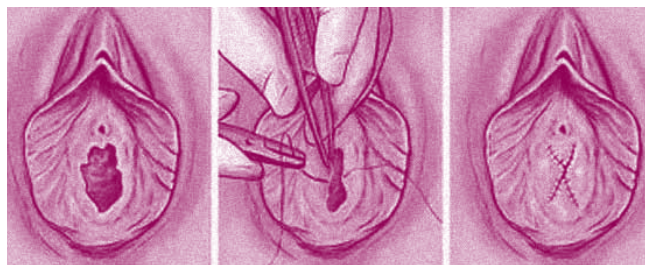
La cirugía para reconstruir el himen recibe la denominación de himenorrafia, himenoplastia, o cirugía reparadora del himen (del anillo himenal), y es la que se utiliza para reparar la membrana desgarrada y así recuperar la virginidad.

Tal como expone Corrochano (2008) la himenorrafia es una intervención frecuente a la que se someten algunas jóvenes solteras que han tenido relaciones sexuales completas, cuando se exige en el matrimonio la condición de "doncella".

Esta práctica es muy común en las culturas donde la virginidad de la mujer es muy importante, tanto para ella como para sus familiares ya que está relacionada directamente con el honor, no sólo de la mujer sino de toda su familia. Entre estas culturas están: la gitana, la árabe y las latinoamericanas, aunque donde esta costumbre tiene mayor incidencia es en la cultura árabe.

Como señala Corrochano respecto a la mujer musulmana, "tanto en la actualidad, como "antaño", las familias guardan con celo la virginidad de sus hijas, y los "crímenes" del honor siguen estando codificados por la ley. La Mudawana, en el artículo 42 del Libro del Matrimonio, explicita que el acta matrimonial de la futura esposa debe ir acompañada de un certificado que indique su condición de doncella, sancionando indirectamente en otros artículos las relaciones prematrimoniales entre la pareja" (Corrochano, 2008: 73).

La Mudawana fue creada en 1957/58 a partir de la ley del Corán y las interpretaciones de los sabios basada en las aportaciones de rito Maleki una de las cuatro escuelas doctrinales que existen en el mundo musulmán. El modelo jurídico de la familia que se desprende del Estatuto personal marroquí del 1957/58 es de una familia tradicional donde el predominio pertenece a los hombres. Desde la codificación del texto de 1957/58 no se produjo prácticamente ningún cambio, a partir de finales de los años setenta, las asociaciones femeninas empezaron a reclamar una reforma del Código del Estatuto personal (La Mudawana). En 1992, la máxima autoridad del país formulaba una promesa de reforma de dicho Código en el sentido de mejorar la condición de la mujer, el debate no fue público, pero la voz de las mujeres se hizo escuchar; numerosas asociaciones femeninas de cariz político o no, presentaron oficialmente al rey fallecido Hasan II memorandos sobre la cuestión, cualquiera que fuese la tendencia de aquellas asociaciones, se pedía un mínimo de reformas. El 10 de Septiembre de 1993, dos leyes modificaban los Códigos del Estatuto personal y del procedimiento Civil. Los textos de Septiembre de 1993, sin derrocar las estructuras existentes, mejoran sensiblemente la condición de la mujer como esposa y como madre. Fuente: <http://www.intermigra.info/extranjeria/archivos/Mudawana.pdf>



La autora Nawal Al- Sa' dawí (2001), al describir el mundo de las mujeres árabes califica a la virginidad como <<Esa fina membrana llamada "honor">>, por la relación tan importante que se establece entre el himen y el honor de la mujer y su familia, pudiendo llegar al extremo, de que, en algunos casos, para las madres puede llegar a ser más importante o preocuparle más la virginidad de su hija que su



la sociedad árabe se rige por una doble moral en función del sexo en la que todo lo que se les prohíbe a las mujeres en materia sexual se les permite o potencia a los hombres.

vida, como queda patente en el ejemplo que narra la autora al exponer lo siguiente:

“Recuerdo una noche en la que una mujer, madre de una niña, me despertó aterrada ante lo que le había sucedido a su hija. Quería saber si el agua hirviendo tenía algún efecto negativo en la “membana de la virginidad”, como se le llama en árabe, ya que su hija se había caído en agua hirviendo y toda su parte inferior había quedado inmersa. La madre estaba más preocupada por el himen de la pobre niña que por su vida” (Sa’ dawī, 2001: 51).

Para Fatima Mernissi la virginidad exigida a las mujeres –no a los hombres– en esta cultura, significa una posición de dominio que ejercen los varones hacia sus mujeres, al controlar que tengan cualquier contacto con otros hombres. De tal modo, que según esta autora, la sexualidad se convierte en un acto infantil, puesto que los hombres no han superado el miedo a la madre engendradora de vida, ni han desarrollado la madurez necesaria para entender que el placer sexual es una relación de igualdad entre dos personas, por lo que sostiene Mernissi que “la relación entre sexos estará llena de mentiras y engaños mientras los hombres no estén dispuestos a abandonar su concepto esquizofrénico del acto sexual como una transacción entre ambos sexos que tiene consecuencias –como la desfloración, el embarazo extramatrimonial y la prostitución– de las cuales únicamente se culpa a las mujeres, a pesar de que requieren la participación de los hombres” (Mernissi, 2003: 88). Este análisis es coincidente con el que realiza Ayaan Hirsi Ali (2007), al manifestar que el Islam está fuertemente dominado por una moral sexual que se remonta a los valores tribales árabes, en cuya cultura las mujeres son propiedad de padres, hermanos, tíos, abuelos y tutores y su esencia se reduce a su himen. Al otorgarse tanto valor a la virginidad deviene en una obsesión para muchos musulmanes. Desde una edad muy temprana las niñas viven en un entorno de recelos y sospechas, al mismo tiempo que se les inculca su condición de seres bajo sospecha y susceptibles de suponer un peligro para la familia o clan. Así llegan al matrimonio en un contexto de desconfianza, mentira y violencia, y en este escenario se incorporará y crecerá la siguiente generación de niños y niñas.

El concepto de virginidad es un precepto moral muy estricto que sólo deben cumplir las jóvenes, de lo cual se deriva que

Para la autora Yolanda Aixelá (2000) existe una clara influencia de la cultura musulmana sobre una determinada concepción de la sexualidad que se basa por una parte, en la biologización del género femenino y por otra en conceptos como la pureza, el honor o la virginidad. Serán estas dos variables las que son determinantes en la construcción de género y sobretodo en el control de la sexualidad femenina.

El control de la sexualidad femenina se ha configurado en tres sentidos, como señala Luisa Posada Kubissa (2006): a) la brutal represión de toda promiscuidad femenina; b) la consolidación de la poligamia y c) el derecho de repudio por parte de los hombres.

De acuerdo con Ayaan Hirsi Ali (2007), una forma extrema de salvaguardar la virginidad es la mutilación de clítoris, junto con la extirpación de los labios mayores y menores y, por último, un raspado en las paredes vaginales con un objeto punzante. La mutilación genital, tal como expone la doctora Valls (2006), es una tradición que se remonta a la época faraónica y se pueden distinguir tres tipos de mutilación: la extirpación del clítoris –clitoridectomía–; la extirpación del clítoris y los labios menores; y por último, la ablación del clítoris y labios menores, seguido del cosido del aparato genital, lo que recibe el nombre de infibulación (Sau, 1990) –literalmente “cerrado con agujas”-. En síntesis, se trata de extirpar y dañar tejido genital femenino sano y normal y, de esa manera, interferir en el funcionamiento natural del cuerpo de la niña o la mujer.

Tal como se desprende de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), los documentos estiman que, a nivel mundial, entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a diferentes tipos de mutilación genital. En África, por ejemplo, cada año unos tres millones de niñas y mujeres corren el riesgo de ser sometidas a algún tipo de mutilación. Asimismo, se ha documentado la existencia de esta práctica en 28 países de África y en varios países de Asia y del Oriente Medio, así como en grupos étnicos de América Central y América del Sur. Hay indicaciones de que entre las niñas y mujeres que viven fuera de sus lugares de origen, inclusive en América del Norte y Europa occidental, va en aumento el número de las que han sufrido o podrían sufrir mutilación genital en sus respectivos países de

acogida. En este sentido, cabe señalar que en la publicación del estudio realizado, sobre el informe de la (ONU), referido a los derechos de las mujeres, en el 2010, ya se ponía de manifiesto que el fenómeno migratorio global había favorecido que un gran número de mujeres extranjeras, en situación irregular en el Estado español, fueran objeto de tráfico por parte de mafias internacionales y de prácticas que están penalizadas por atentar contra los derechos básicos de las mujeres, tal como es el caso de la mutilación genital. Esta información es coincidente con la que presenta Amnistía Internacional (2010), en la que se puede recoger a través del Comité de los Derechos de las Mujeres y la Igualdad de Género del Parlamento europeo de octubre de 2008, que unas 500.000 mujeres y niñas que viven en Europa han sido sometidas a mutilación genital.

Según datos de la UNICEF (2006), se puede decir, en general, que la mutilación genital se practica a las niñas de 4 a 14 años, aunque también se puede realizar con niñas de corta edad, a mujeres a punto de contraer matrimonio y, a veces, a mujeres durante su primer embarazo o después de dar a luz. Las consecuencias a nivel de salud son diversas. Así en el informe de La OMS (2008), sobre mutilación genital femenina, se exponen los siguientes efectos: dolores intensos, riesgos de morbilidad materna y altas tasas de mortalidad perinatal de los recién nacidos de madres que hayan sido sometidas a esa práctica. La doctora Valls (2006), al estudiar la mutilación genital femenina, a la que asocia con "arrancar el placer", afirma que dicha práctica conlleva unas consecuencias nefastas, a corto plazo, para la salud de las mujeres, a causa de las infecciones que se producen debido a que se realizan en los propios hogares, con material sucio y en condiciones de higiene pésimas. Las mujeres que sobreviven tienen serios problemas, tanto para las relaciones sexuales como para dar a luz, puesto que en el momento del parto pueden sufrir desgarros, hemorragias y fístulas que supuran y sangran durante años. En el libro de Ayaan Hirsi Ali (2007) se encuentra el testimonio de un urólogo holandés que fue testigo de las terribles complicaciones que puede llegar a padecer quien ha sufrido una ablación, puesto que mientras trabajaba en Ghana le visitó una mujer de veintiséis años que con diez había sido circundada con un pedazo de vidrio. La mujer perdía orina y heces, desde el nacimiento de su bebé muerto, a consecuencia de las fístulas.

La mutilación genital es una de las violaciones de derechos humanos y de los derechos de las mujeres más infravaloradas en todo el mundo. La comunidad internacional está mucho más sensibilizada con las consecuencias de la transmisión del virus del sida que con la práctica de la mutilación genital.

Las concepciones sobre las formas de relación entre hombres y mujeres, así como las creencias y actitudes en estas culturas tienen como consecuencia que las mujeres no puedan disponer libremente ni de sus ideas y deseos, así como tampoco de su cuerpo, su salud y su sexualidad, ya que si mantienen relaciones sexuales antes del matrimonio se exponen a que no consigan casarse nunca y además sean repudiadas por su familia e incluso pueden llegar a ser asesinadas para reparar el honor perdido. Esto explica el hecho de que muchas mujeres, incluso cultas y profesionales educadas en el extranjero, una vez que regresan a su país recurran a esta técnica de reconstrucción del himen porque muchas veces no sólo está en juego su situación sentimental y económica sino su vida. Incluso en los países europeos no podemos olvidar que se está realizando esta práctica regularmente.

Bibliografía

- Corrochano, E. (2008): Mujeres y familia en el Marruecos modernizado. Madrid: Cátedra
- Al-Sa'dawi, N. (2001). La cara desnuda de la mujer árabe. Madrid: Horas y horas.
- Marnessi, F. (2003). El poder olvidado. Las mujeres ante un Islam de cambio. Barcelona: Icaria.
- Hirsi Ali, A. (2007). Yo acuso: defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas. Barcelona: Debolsillo.
- Aixelá, Y. (2000): Mujeres en Marruecos. Un análisis desde el parentesco y el género. Barcelona: Edicions Bellaterra. (Mernissi, 2003: 88)
- Cobo, R. (2006) (Ed.). Interculturalidad, feminismo y educación. Madrid: Catarata. Pags: 77-98
- Valls, R. (2006). Mujeres invisibles. Barcelona: Debolsillo.
- Sau, V. (1990). Diccionario ideológico feminista. Barcelona: Icaria.
- OMS. (2008). Organización Mundial de la Salud. 61ª Asamblea Mundial de la Salud en http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/
- Queralt, A. y Pumar, N. (2010). Los derechos de las mujeres en el 2010. Los retos pendientes en Cataluña, el Estado Español, Europa y el mundo. Estudio sobre El último informe sobre la situación de las mujeres al mundo, del 2010 (World's Women 2010) de las Naciones Unidas En <http://www.amecopress.net/spip.php?article5694>
- Amnistía Internacional (2010). Ejemplos de violencia contra las mujeres en algunos países de la Unión Europea. En: http://www.es.amnesty.org/uploads/media/datos_y_cifras_080310.pdf
- UNICEF (2006). La mutilación/excisión genital de la mujer . Hoja informativa sobre la protección de la infancia. En http://www.unicef.org/spanish/protection/files/FGM_sp.pdf

se van, pero se quedan

Con una escasa semana de por medio nos han dejado, Lola Ariño y Imma Sala, dos compañeras de la Red. Hasta siempre compañeras.

Hace ya veinte años que murió Montserrat Roig. Tenía 45 y estaba en la plenitud de su creación literaria. Reproducimos el artículo que escribió durante su enfermedad.



Lola Ariño. Médica de familia.
Centro de salud San Pablo de Zaragoza.

“Lola pertenecía al grupo de médicas que se hizo de la red desde el comienzo. A través de ella se fueron incorporando muchas médicas de Zaragoza y Huesca, hasta convertir a Aragón en una de las comunidades autónomas con más representación. Además, fue la primera en empezar a traer jóvenes, sus residentes, unas chavalas que enriquecieron la red en un momento en que no teníamos el atractivo para las profesionales jóvenes que al parecer hemos ido adquiriendo después. Con Lola sabías que podías contar. A su manera, con ese carácter suyo tan acogedor, tan participativo, tan simpático, era una mujer combativa que creía firmemente en la necesidad de formar a las médicas en morbilidad diferencial y creía en la necesidad de una red como la nuestra”.



Imma Sala, ginecóloga del Servei de Planificació Familiar de Sant Boi. Ganadora del Premi Sanitat del Baix Llobregat a la mejor publicación en atención primaria por el trabajo “Violencia Doméstica: preguntar para detectar”

“Conocimos a Imma i a Roser en Granada, corría el 2006. Presentaban su trabajo y nos gusto. Resultó que estábamos cerca y ni tan siquiera teníamos referencias las unas de las otras, pero decidimos que a partir de aquel momento podíamos hacer cosas juntas.

Imma era la sensatez, la calma, el orden i la coherencia. Siempre tranquila y colaboradora. Compartimos correos, trabajo, sueños y proyectos. Era una buena persona, “una dona com cal” y mujeres como ella no deberían partir.



EL MIEDO DEL MÉDICO.
Apuntes para una reflexión.

Montserrat Roig.
(1946-1991)

Hay un terreno ambiguo en el que se crea un desajuste en las relaciones médico-enfermo, y este terreno es el de las palabras. El enfermo tiene que descubrir, con paciencia, sus miedos y frecuentemente no los puede hacer sentir al médico. Éste los desconoce.

El médico tiene miedo a hablar. “Las palabras son, a la vez, indispensables y fatales”, aseguraba Aldous Huxley. También los médicos se sienten aprisionados por las palabras, que no expresan exactamente lo que quieren decir. Son aproximaciones a sentimientos, a actitudes mentales. Éstos miedos no son expresados sólo con palabras. También están los gestos, las miradas, una manera de caminar. Todo ello es controlado por el paciente-enfermo, mucho más de lo que piensa el médico. Un matiz es tomado por una definición, una sugestión por un axioma.

El médico se ve con frecuencia a sí mismo como un profesional. Para el pacien-

te-enfermo es mucho más: es un juez, quizá el antiguo brujo. Pocas veces es su cómplice en el miedo. Quizá porque los miedos no son semejantes.

El enfermo, a la larga, descubre que el médico también tiene miedo. Pero ya lo hemos dicho: no es el mismo que padece el enfermo. El de éste es un miedo terrenal, primitivo, casi diría animal. Un miedo que se mueve en un terreno confuso, rudo, oscuro, estrecho. No precisa metáforas. Es un miedo que da miedo sentir. El miedo del médico, me parece, es más impreciso. Es el miedo a ser sorprendido. Tener que admitir lo que no es controlable. Tener que admitir la imprecisión, lo imprevisible, la improvisación. Nada es seguro. El médico tiene, pues, miedo a dejarse sorprender como reclamaba Aristóteles. Porque, si bien la actitud de extrañeza es buena para la literatura o la filosofía, no lo es tanto para la medicina cuando es una ciencia. La poética de la frontera, de la ambigüedad de las palabras, puede tener consecuencias imprevisibles en la relación enfermo-médico.

Puede pasar, así, que el enfermo empiece a tener miedo del miedo del médico. Se ha dicho: necesitamos pequeñas dosis

de miedo para soportar el gran miedo. Pero, hay médicos que, al no aguantar este desasosiego ante el extrañamiento, ante lo imprevisible, montan todo un espectáculo para huir de las palabras. Es el médico showman, dispuesto a disimular el miedo helado que a veces siente. Se refugia en palabras contundentes como única respuesta. Quizá porque hay enfermos que se lo exigen. En estos casos el médico no puede mostrarse indefenso. El enfermo no se lo perdonaría.

No hay, entonces, complicidad entre los dos. Los miedos, los pequeños y el grande, no son expresados en palabras. Los caminos divergen y el enfermo-paciente no admite que el médico tenga miedo. Ha de ser brillante, seguro, ha de tener ojo clínico. Y quizá el error está en que, mientras el enfermo no elige esta nueva situación, mientras el enfermo se ve afectado por un visitante inoportuno, la enfermedad, el médico será médico toda su vida y ha de admitir, de una vez por todas, que tiene miedo. Un miedo diferente al del enfermo, un miedo que nunca se termina. Porque los enfermos pueden desaparecer, pero las enfermedades, y sus inagotables sorpresas, continúan.