

ENTREVISTA:

mariceLa ortiz
UNA MUJER QUE
HACE HISTORIA
DESDE CIUDAD
JUÁREZ

DEFICIENCIA VITAMINA D
Epidemia
del siglo XXI

CÁNCER
experiencia de
una resiliente

GRASAS
¿sí o no? ...Depende

MÉTODO DIAFREO
estiramiento
muscular

VACUNA PAPILOMA:
no a la
vacunación
masiva

DOSSIER:

hacia el FIN
de las violencias
machistas



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS
Carme Valls Llobet,
Directora del Programa Mujer Salud y
Calidad de Vida
Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción
Núria Agell Callís,
Secretaría de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco Castillo
Malen Cirerol Goliard
Rita Gavarró Buscà
Pilar Parra Barrachina
Ma Elena Cuyàs Robinson
Esperança Aguilà Ducet
Carmen Mosquera Terreiros
Corina Hourcade Bellocq
Gemma Cánovas Sau
Regina Bayo-Borrás Falcón
Ma José Hernandez Ortiz
Jimena Jiménez Madrazo

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario
Lucía Artazcoz Lazcano
Vita Arrufat Gallén
Consuelo Català Pérez
Emilce Dio Bleichmar
Mari Luz Esteban Gallarza
Anna Freixas Farré
María Fuentes Caballero
Asunción González de Chávez
Fernández
Neus Moreno Saenz
Isabel Matamala Vivaldi
Judy Norsigian
Carmen Sanchez-Contador Escudero
Fina Sanz
Victoria Sau Sánchez †
Verena Stolcke

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: http://mys.matriz.net

Diseño y maquetación:
www.labodoni.com
Impresión: amadip-esment.
Centre especial de treball

Déposito legal: PM 765-1996

EDITORIAL. si eres hombre, ven aquí.... Miguel Lorente Acosta	3
ENTREVISTA a MARISELA ORTIZ. Leonor Taboada	4
cosas que nos pasan. La grieta. Margarita López Carrillo	7
cápsulas reflexivas sobre La experiencia con (el que quiso ser) mi cáncer. Lena Castells Torrens	8
deficiencia de vitamina D: La epidemia del siglo XXI (I) Carme Valls-Llobet	9
grasas si, grasas no...depende. Pilar Parra	10
¿permitir o forzar? estirar La musculatura con el método diafreo. Sara García Parra	15
EL dedo en La Laga. La vacuna del papiLoma y Los nuevos conflictos de intereses. Carme Valls-Llobet	16
DOSSIER. HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS.	17
presente continuo. violencia de género en La consulta Pilar Babi Rourera	18
justicia sin visión de género igual a in-justicia. Maria Barcons Campmajó y Samara de las Heras Aguilera	21
¡seguimos indignadas! Macu Gimeno Mengual	24
¿por qué siguen conviviendo con su agresor? Matilde Tenorio Manzano	26
madres maltratadas: violencia sobre violencia Gemma Cánovas Sau .	30
La importancia de recuperar el amor propio. Bea Masià Masià	33
La invisibilidad de La violencia obstétrica. Gabriella Bianco	36
yo también he sido víctima del síndrome de yentle. Dulce María Arechederreta	40
campana: no a La vacunación masiva de niñas contra el virus del papiLoma humano. Carlos Álvarez Darder	43
MINIDOSIS	44

myses publicados

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia. | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ. | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑO-NAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | 36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR |
| 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS | 37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA |

SI ERES HOMBRE, ven aquí...



Miguel Lorente Acosta
 Profesor de Medicina Legal.
 Universidad de Granada
 Delegado del Gobierno
 de Violencia de género de 2008 a 2011

A los hombres les gustan los retos y les gusta retarse entre sí. La competitividad es como una especie de GPS que les ayuda a saber dónde se encuentran y, de algún modo, a decidir dónde tienen que ir siguiendo esa estela del enfrentamiento y de "competición" entre sí.

Pero a los hombres no les gusta la Igualdad, lo cual quiere decir que no la ven como un reto, situación que no puede deberse a que la entiendan como un objetivo sencillo (siglos de espera no pueden ser consecuencia de un proceso fácil); luego si hay complejidad en el asunto y no ven en ello un reto, sólo puede ser porque entienden que su consecución no es un beneficio para ellos.

Una mayoría de los hombres no ven la Igualdad como un reto, sino como una amenaza. Es decir, no ven en la Igualdad un objetivo a conseguir y a compartir, sino un ataque a sus posiciones jerarquizadas de poder que comienzan con el sustantivo "hombre" y se continúan con cualquier adjetivo: "hombre blanco", "hombre rico", "hombre creyente", "hombre heterosexual", "hombre nacional"... Puede cambiar el orden de los adjetivos según las circunstancias y los contextos, pero no "lo sustantivo" de la cuestión y esencia de la desigualdad.

Para muchos hombres el verdadero reto, es decir, el objetivo que les genera un estímulo añadido en su propia dificultad, es mantener el machismo y sus referencias masculinas como universales. La reacción posmachista que vivimos en la actualidad va en ese sentido y demuestra tres elementos esenciales: El primero, que la desigualdad no es un accidente ni una deriva del tiempo, sino la construcción interesada de los hombres. El segundo, que los hombres obtienen ventajas y privilegios de esa construcción de la desigualdad, de ahí su resistencia a perderlos. Y el tercero, y fundamental para entender su significado, que les da lo mismo que esos beneficios se consigan a costa de la discriminación, el abuso y la violencia contra las mujeres.

Este tercer elemento es clave para que muchos hombres que se consideran "neutrales", es decir, según ellos "ni pro-igualdad ni machistas", entiendan la injusticia social de la desigualdad y la realidad que genera. Una realidad en la que hay abuso, discriminación y violencia contra las mujeres,

y que por tanto, de no hacer algo para cambiarla, se está haciendo para que continúe bajo los mismos parámetros. No hay neutralidad posible en los hombres ante la desigualdad y el machismo: o se combaten o se disfrutan.

Muchos hombres quizás no sean conscientes de esta situación, pero los machistas sí lo son, por eso imponen su argumento a la hora de interpretar los cambios que trae la Igualdad, e intentan condicionar al resto de los hombres. Según sus referencias, la Igualdad es un ataque a los hombres, y una especie de conflicto que busca cambiar la posición que tienen hoy los hombres por otra injusta y desigual en la que serán las mujeres quienes disfruten de privilegios. Esa idea hace que muchos hombres vean la Igualdad como una "pérdida inmediata de las ventajas" que ahora viven, y como una garantía de abuso en el futuro bajo el sometimiento a las mujeres y a lo femenino; lo cual no deja de ser otra demostración de que su modelo es injusto y abusador.

Todo eso es falso y parte de la manipulación machista para mantener a los hombres lejos de la Igualdad. La Igualdad es buena para las mujeres y es buena para los hombres, porque la Igualdad significa convivir en paz y bajo el respeto a los Derechos Humanos. Podríamos dar muchos ejemplos de cómo la desigualdad afecta de forma negativa a los hombres (violencia entre ellos, accidentes, descuido de la salud, suicidios...) y de cómo los aleja del afecto, los sentimientos y el cuidado; pero todo ello no sería la razón fundamental para que se alejaran de los abusos de la desigualdad, sólo algunas de sus consecuencias. La razón fundamental debe ser la justicia social y la renuncia a una identidad violenta que busca reforzarse sobre el poder que da dominar y someter a quienes la cultura machista ha situado a sus pies.

Por eso los hombres deben unirse a la Igualdad y dejar cada vez más solos a quienes han hecho del machismo razón de ser y de estar en la sociedad.

"Si eres hombre ven aquí..." con frecuencia se retan entre sí; hoy les decimos a los hombres, quienes ya nos hemos posicionado en la Igualdad, que si son hombres, no sólo machos, vengan aquí, a la Igualdad... Saldrán ganando, porque compartir es tener el doble, no la mitad.

MARISELA ORTIZ: una mujer que hace historia (cofundadora de La asociación “Nuestras Hijas de regreso a casa”, de ciudad Juárez)

por **Leonor Taboada Spinardi**

Directora revista MYS

leonortaboada6@gmail.com



La educación es La clave para acabar con Los feminicidios

Dice la Wikipedia: *“Marisela Ortiz Rivera, maestra y activista social defensora de derechos humanos, es amiga de la familia García Andrade, y fue profesora durante tres años de Lilia Alejandra García Andrade en Ciudad Juárez, cuando cursaba educación media. Marisela, al conocer de la desaparición de Lilia Alejandra, apoyó a la familia en su búsqueda. Finalmente Lilia Alejandra fue asesinada en febrero de 2001.*

En honor a su exalumna y motivada por el dolor de la pérdida, emprendió una serie de acciones en protesta por los hechos y la desatención policíaca a este y otros casos, lo que originó el interés de otras familias afectadas que se unieron para exigir la justicia desde un frente común que luego llamaron Nuestras Hijas de Regreso a Casa, una organización no gubernamental que lucha por prevenir y denunciar los feminicidios en Ciudad Juárez, que vienen perpetrándose en esa localidad desde 1993. Junto con Norma Andrade, es co-presidenta de la organización.”

Leonor.- Desde que la conocí, en Palma, en noviembre de 2009, cuando vino usted invitada para concienciarnos sobre los feminicidios perpetrados en Ciudad Juárez, el fenómeno se ha expandido brutalmente en número de ciudades implicadas y en número de mujeres asesinadas en México. Usted hablaba de centenares... Y, según el informe de Amnistía Internacional, entre 2012 y 2013 se detectaron en todo el país 3.892 casos de asesinatos de mujeres, de los cuales, sólo 15.7% —es decir, 613 casos— se están investigando como feminicidios, y no hay más de 2% con una sentencia, pese a que en el 46% de los expedientes se consigna que la muerte ocurrió por uso excesivo de la fuerza. Desde entonces, ha sufrido usted lo indecible, con asesinatos de familiares y amenazas de muerte para usted y su familia incluidos, que la han obligado a dejar el país, el trabajo, su entorno, pero no su compromiso.

Marisela.- Así es. Justo a mi regreso de Palma en noviembre de 2009 encontré a mi familia incompleta y sumida en una gran pena, ya que ese mismo día asesinaron a mi yerno, Jesús Alfredo Portillo Santos, esposo de mi hija y defensor de derechos humanos, integrante de Nuestras Hijas de Regreso a Casa, cuyos asesinos le pusieron varias balas en su cuerpo por la espalda; y testigos relatan que los asesinos venían protegidos por militares y policías. Su crimen, como miles en mi país, continúa impune.

Dos años después, en marzo de 2011 mi familia y yo fuimos amenazados de muerte, y no es que fuera la primera vez, sino que en esta ocasión el contexto era pavoroso, ya que en los meses anteriores se había asesinado a varias defensoras de derechos humanos en Ciudad Juárez. No podíamos quedarnos a esperar la muerte anunciada, y huimos hacia los Estados Unidos, donde desde entonces sobrevivimos, porque vivir es un concepto más amplio que implica tener los satisfactores de que disponíamos en mi país. Volver a empezar en otro país y desarraigarte de tu territorio, de tu familia, abandonar tu trabajo, tu hogar y todas tus construcciones es muy complicado.

Y en mayo de 2013 sucedió otra terrible tragedia: el asesinato a golpes y balazos de uno de mis hermanos, Chuy Ortiz Rivera, mientras cerraba su negocio al final del día. Fue severamente torturado antes de ser asesinado.

Pero no fue todo, en septiembre de ese mismo año, mi hijo mayor fue secuestrado, golpeado brutalmente y torturado por elementos de la policía, hasta dejarlo inmóvil, luego lo arrojaron en las faldas de un cerro, donde lo dejaron por muerto. Por fortuna sobrevivió, y fue encontrado por una persona que pasaba por el lugar buscando leña. Estuvo más de un mes en un hospital pero le dejaron discapacitado de sus manos, ya que hubo huesos que no fue posible reparar su rompimiento, y sus dedos están sin movimiento, además que con los fuertes golpes perdió la visión del ojo derecho, y su cerebro guarda cicatrices que le provocan mareos. Después de eso cruzó la frontera con su familia hacia Estados Unidos donde actualmente está solicitando asilo político, como el resto de la familia.

LAS AUTORIDADES

L.- Denuncian ustedes una y otra vez que el feminicidio se realiza con el consentimiento del estado, que no cumple con sus obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar la vida de las mujeres, a lo que se ha comprometido a través de las ratificaciones de tratados internacionales (Belem do Pará, CEDAW) . **¿Es que la sociedad no lo reclama? ¿Es que tienen miedo -miedo personal, miedo político? Las autoridades tampoco funcionan en otros países y los números no son tan bestiales. ¿Porqué no actúa el gobierno?...**

M.- El gobierno y las autoridades no sólo es que permanezcan indiferentes al problema, también hay evidencias de su participación activa en grupos delictivos que trafican droga, secuestran, asaltan y asesinan personas, como un negocio muy rentable. La corrupción está tan arraigada en mi país que forma parte de la cultura, y es una cadena muy fuerte de complicidades difícil de romper.

L.- **¿Hay algún partido político que asuma la batalla contra los feminicidios como eje de sus programas electorales?**

M.- No existe partido alguno que se comprometa y cumpla, por muy buenas intenciones que tengan, finalmente los absorbe el sistema corrupto, o son cooptados por las mafias de la droga o de tráfico de personas, que están integrados también por gente que trabaja para el estado, para el gobierno y para la policía. O de negarse a cooperar, los asesinan.



LAS CAUSAS

L.- Dice Marcela Lagarde, "la violencia feminicida es el extremo, la culminación de múltiples formas de violencia de género hacia las mujeres, que atentan contra sus derechos humanos y las conducen a variadas formas de muerte violenta, y son toleradas por la sociedad y el Estado". **El patriarcado sigue vigente en el resto del planeta, pero en algunos ha calado en mayor o menor medida el discurso antipatriarcal y se notan ciertos avances en las políticas de género. ¿En México también, o no?**

M.- En la letra solamente, pues con todas las luchas se ha logrado modificar y crear leyes, programas, protocolos, etc., y estructurar instancias que debieran funcionar para apoyar a víctimas, además de acciones para erradicar la violencia feminicida y demás circunstancias que facilitan todo tipo de delito, como el secuestro, la desaparición forzada y la trata de personas. Sin embargo, estas son medidas incompletas que sólo se crearon para simular, frente a la enorme presión internacional y el mandato de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que a más de 5 años de haber emitido una sentencia condenatoria, ordenó al estado mexicano una serie de tareas que a la fecha no se cumplen a cabalidad.

L.- **Los hombres mexicanos... Hábleme de los hombres mexicanos. Los que matan, y los que no matan. Los indiferentes y los comprometidos. ¿Es posible salir de esto sin ellos?**

M.- Se requiere la participación de todas y todos, y aunque cada vez más se suman a la causa y luchan por la igualdad más hombres, es una batalla muy dura contra una cultura patriarcal y machista que no es sencillo de erradicar y vencer. Y dentro de las mafias la mayor participación es de hombres,



pero también hay mujeres que colaboran con la delincuencia, y muchas de ellas también suponemos son víctimas de este patrón, pues es sabido que algunas son obligadas a trabajar para las mafias y mientras les son útiles conservan su vida, pero una vez que no les sirven también las asesinan y las tiran a la calle.

LAS DROGAS

L.- *¿Qué tienen que ver las drogas..., son sólo narcotraficantes los que asesinan? ¿Son drogadictos los que matan? ¿O ellos simplemente abrieron el camino?*

M.- No necesariamente son sólo drogadictos, son mafias muy fuertes constituidas en cárteles. Y en la actualidad sabemos que secuestran y asesinan mujeres por negocio, además de divertimento o empoderamiento como suponemos sucedía en los primeros años de feminicidio. Pero efectivamente, todo está ligado al narcotráfico. Aunque también existe la violencia doméstica, por la que tampoco se hacen esfuerzos contundentes por remediarla y evitar tantos asesinatos de mujeres a manos de su pareja.

En los últimos años sabemos que operan cárteles de trata de mujeres para explotación sexual en todo el país, dado que es un negocio que rinde mucho más y es más fácil que traficar con drogas. Una mujer joven, o una niña, secuestrada para la trata, tiene un promedio de vida productiva de siete años, lo que les deja buenas ganancias al explotarla sexualmente, luego que ya no les sirven para este fin, las asesinan.

La violencia extrema contra las mujeres en México crece desmedidamente y parece no haber control en un

futuro próximo. Según investigaciones reportadas por el Observatorio Ciudadano Nacional del Feminicidio, México tiene la tasa de feminicidios más alta del mundo.

L.- *¿Los jueces les tienen miedo y por eso no asumen como feminicidio los asesinatos o simplemente responden al contexto patriarcal?*

M.- Sucede de todo. Muchas veces los jueces son amenazados o cooptados por las mafias. Y obviamente que también, como parte de este contexto, no pueden sacudirse el machismo.

LA RESISTENCIA

L.- *Hablemos ahora de la parte positiva. Las madres. Las mujeres, como usted, que se han implicado a fondo (hasta llevarla a tener que irse de su país, de su casa, de su entorno y a otras a ser baleadas por sus actividades). Y de quienes se ocupan de las víctimas que quedan detrás de las asesinadas, como Nuestras Hijas de Regreso a Casa o del proyecto La Esperanza. ¿Contribuye el estado a mantener estos espacios? ¿Tutela el gobierno el bienestar de los familiares de las víctimas? ¿Cuál es la condición actual de las familias, especialmente de las hijas e hijos, de las mujeres desaparecidas y asesinadas?*

M.- Obviamente no. Nuestra lucha ha obtenido varios logros en atención a las familias por parte del estado, pero no son programas permanentes ni son de políticas públicas que signifiquen una solución firme y permanente. Más bien son una especie de "favores" aislados que pueden terminar cuando el gobierno lo determine (de hecho así ha sucedido en algunos casos). Y no constituyen un alivio mayoritario para las familias que cubra todas sus necesidades y garanticen sus derechos. Solamente son pequeñas ayudas sin mucho compromiso y no se extienden a todas las familias de víctimas. Son selectivos, pues. Por esa razón Nuestras Hijas de Regreso a Casa creó el proyecto La Esperanza, para cubrir esas necesidades basadas en los derechos que perdieron como familia, en este camino por la búsqueda de la verdad y la justicia, principalmente los niños y las niñas que quedaron huérfanos, a quienes con la pérdida de su madre se les negaron sus principales derechos y mermó el acceso a una vivienda digna, a la educación, alimentación, vestido, etc., además de carecer del amor y la dirección de una madre por el resto de sus vidas.



La grieta

Margarita
López Carrillo

L.- *Pese a vivir en otro sitio, ¿se siente en peligro?*

M.- Obviamente sí, la red de complicidades y la mano de los poderosos puede llegar a cualquier lugar. Pero trato de vivir a pesar del miedo, y sigo trabajando en favor de las familias a la distancia y aún continúo con la denuncia y la exigencia de la justicia y un alto al feminicidio y desapariciones de mujeres.

L.- *¿Tiene protección?*

M.- Mi mayor protección es mi trabajo, conservarme visible en la defensa de los derechos humanos, y hasta ahí. No dispongo de protección alguna.

L.- *¿Si fuera presidenta del gobierno, qué haría?*

M.- Lucharía incansablemente por modificar la cultura a través de la educación, de erradicar así la violencia y la corrupción. Abatir la pobreza también es prioritario para ello, y lamentablemente en México los ricos cada vez son más ricos, en tanto que los pobres son más pobres. Y los gobiernos también son más corruptos y en lugar de remediar las problemáticas se embolsan el dinero dejando en peores condiciones al país. Pero es muy importante invertir en educación, ahí está la clave para lograr un cambio contundente en todos los aspectos.

L.- *¿Qué nos pediría a las lectoras de esta entrevista?*

M.- Que piensen en el dolor que sufre una familia cuando una hija desaparece, que por un momento imaginen cómo sería su vida si les arrebataran lo más preciado que es una hija o un hijo, y que además de lidiar con ese gran dolor, les fuera negada la ayuda para encontrarla en el caso de estar desaparecida, o de acceder a la justicia cuando ya la asesinaron. Les diría que éste es un fenómeno que a pesar de parecer ajeno, nos concierne a todos y todas, y que si no lo frenamos ahora, lo enfrentaremos en un futuro no tan lejano en todo el mundo, el feminicidio y la trata de mujeres sin duda se extenderán incontrolables más allá de los mares y océanos. Y sobre todo, les pediría que no se queden indiferentes, porque este problema terminará cuando cada uno de nosotros lo haga propio, se indigne y actúe en consecuencia. Siempre hay maneras de participar a la distancia, y en la medida de las posibilidades de cada quién. Ahora es México, mañana ¿a quién le tocará enfrentar esta tragedia?

Hace algún tiempo, en un taller de violencia en que participé, una mujer, sintiéndose protegida tras el doble burladero de ser joven y socióloga, dijo que probablemente las mujeres maltratadas eran de una forma determinada, que tenían unos rasgos, un perfil que las hacía vulnerables, que no era algo que pudiera ocurrirle a cualquiera, no a ella, por ejemplo. Entonces, otra mujer, también profesional pero mucho más vieja, le dijo con cariño que le gustara o no todas podemos vernos en esa situación, todas tenemos alguna fisura, una fragilidad evidente u oculta, y que sólo hace falta que aparezca el hombre adecuado capaz de percibirla y dispuesto a explotarla.

Me quedé pensando en mis 25 años, en cuando me casé, en ese Alien inesperado que surgió dentro de mí, "la esposa", le llamé. Se adueñó del centro de mi vida y desplazó todo lo demás: la facultad, el grupo de teatro, las clases de danza, incluso (aunque no del todo) a mis amigas. Mi marido no era un maltratador. Eran solo un hombre "normal" que encontraba "natural" que mi vida girara en torno a él, que yo me dedicara a ayudarlo con su carrera mientras descuidaba la mía. No parecía notar que me iba apagando ni que se me caía el pelo ni que era cada día más insegura y, desde luego, no entendía a qué venían mis estallidos de desesperación, ni mis demandas desmesuradas de amor. Tuve que tocar fondo sola y recoger de ese fondo polvoriento, donde "la esposa" (el Alien) las había abandonado, las riendas de mi vida.

Con un escalofrío tomé conciencia de lo expuesta que había estado en esa época, de lo fácil que le hubiera sido a uno de esos hombres que se aseguran el amor, el sostén y la permanencia de una mujer sometiéndola y anulándola -de esos que necesitan subirse sobre ella como a una peana para alcanzar la estatura que el ego masculino les exige- ocupar mi vida y reinar en ella, porque yo (mejor dicho, "la esposa") también a él se lo hubiera ofrecido encantada.

Sí, dije saliendo de mi pasado como de un espeso sueño, todas tenemos una fisura, a veces una grieta enorme.

cápsulas reflexivas sobre La experiencia con (eL que quiso ser) mi cáncer



Lena Castells Torrens

Antropóloga-Resiliente

lenademar@gmail.com

Hoy voy a hablar de cáncer (del que fue mío), o más bien del que quiso ser mío sin mi permiso. Del que desconocí su existencia aun estando dentro de mí y que llevé (in)corporado durante meses sin ser consciente de él. Un cáncer que nadie reconoció hasta que no estuve en la mesa de operaciones de un quirófano: un adenocarcinoma de ovario izquierdo que creció hasta eclosionar. Entonces, ya no pudo esconderse más. Salió de mí y tras él salieron mi útero, mis dos ovarios y mi apéndice. Cuatro órganos y un funeral: el del cáncer que quiso ser mío y al que no permití quedarse. Al que dije adiós, antes de que me lo presentaran. Al que conocí de oídas, pues cuando desperté de la anestesia ya se había marchado de mi interior. Ya era historia. Y de esta experiencia, donde "el que quiso ser mi cáncer" y yo coincidimos durante un espacio de tiempo indefinido (e indefinible), he extraído varios aprendizajes. No puedo ni quiero pensar que ha sido gracias a él, que fue esquivo y silencioso, sino a pesar de él y sus circunstancias. Después de dos años y cinco meses desde el primer aviso que me dio en forma de síncope vagal, puedo decir que he superado con creces (pues "he crecido") esta asignatura de vida. Como mujer resiliente, y desde el sentido del humor con toques de ironía, quiero positivizar esta experiencia corporal y compartir mis micro-aprendizajes, totalmente subjetivos e intransferibles, con quien se atreva y le apetezca leer lo siguiente:

He aprendido que llevar zapatos con cordones puede salvarte la vida, pues al agacharme a atármelos fue cuando se rompió la cápsula del tumor.

He aprendido que, a pesar de que las estadísticas dicen que el cáncer de ovario no suele tener un buen pronóstico (3 de cada 4 casos se presentan en fases avanzadas), un síncope vagal puede ser muy oportuno (lo que viene siendo desmayarse a causa del dolor).

He aprendido que puede haber más de un diagnóstico probable y que ambos pueden estar equivocados: lo que no tenía mala pinta resulta que acaba siendo un adenocarcinoma de ovario, de grado 2, moderadamente diferenciado.

He aprendido que, aunque lo que haya dentro sea del tamaño de una naranja, no se puede hacer una biopsia porque "está en un sitio inaccesible" (algo así como el Saco de Douglas).

He aprendido anatomía (ahora ya sé que las mujeres tenemos saco de Douglas). Ah, también sé lo que es el epiplón, aunque he tenido que perderlo para saber que existía.

He aprendido que, a veces, se pueden transgredir las leyes de la física y la geometría: aunque parezca mentira, un tumor de 10,8 centímetros cabe en un ovario que no supera los 5 centímetros de diámetro.

He aprendido que un árbol puede tapar un bosque: sigo sin explicarme cómo pudo pasar desapercibido un tumor tan grande y se necesitaron once ecografías y cuarenta días para diagnosticar que "parece depender de ovario izquierdo". ¡Ah! entonces lo que se dice "inaccesible" tampoco estaba, vaya.

He aprendido que toda una planta de Hospital puede parecer un desierto en los días festivos de Navidad, y que no conviene empeorarse en estas fechas, porque no te aseguran que puedan operarte con garantías, "debido a la falta de personal".

He aprendido que, a falta de otros recursos, el personal sanitario del Hospital utiliza la imaginación de manera muy efectiva: si no hay timbre para avisar al equipo de enfermería, elaboran un "timbre manual" de fabricación casera, utilizando un bote que suena como las maracas de Machín. ¡Genial!

He aprendido que, en el control de enfermería de la planta donde estuve ingresada, hay una "caja de dar y recibir" donde cualquier persona puede dejar algo escrito y leer lo que alguien ha escrito. A esto se le llama fomentar la ayuda mutua. ¡Mi enhorabuena a todo el personal por sus cuidados! He aprendido que para empezar la quimioterapia tiene que haber pasado la Semana Santa, que es sagrada y en esos días no dan cita.

He aprendido que, aunque mi pareja es muy tranquila y educada, cuando se tiene que enfrentar a toda la casta médica, ¡es una leona!

He aprendido que, si no te queda más remedio que aguantar seis sesiones de quimioterapia, una cada veintiún días, con una duración de más de cinco horas por sesión, y te resistes a dejar el coche en el aparcamiento habilitado (que es carísimo a pesar de ser un hospital público) no pasa nada durante las cinco primeras sesiones, pero llega la sexta y última sesión y ¡zas! el coche se lo ha llevado la grúa.

He aprendido que los cafés con leche del Hospital son igual de caros que en la zona más céntrica de Palma, aunque hay que admitir que las vistas son inmejorables y eso, claro, lo compensa todo.

He aprendido que es mejor ir a las consultas hospitalarias con un bloc de notas y llevar anotadas las cuestiones que te preocupan, a pesar de que pueda haber algún ginecólogo



listillo que te pregunte si ésta es la lista de la compra. He aprendido que, cuando tu médica de familia te dice que insistas en el hospital para que te operen ¡¡YA!! es que ha visto los marcadores tumorales elevadísimos.

He aprendido que, cuando los marcadores tumorales se disparan tanto, es que hay algo dentro que no debería estar ahí porque, muy bueno, no es.

He aprendido que, a veces, el personal médico le quita

tanta importancia a las cosas que es capaz de decirte cuando tienes los marcadores tumorales elevados que “no hay que preocuparse por ahora, porque los marcadores pueden alterarse por una simple gripe”.

He aprendido que, para un equipo médico, mantener la coherencia a veces es difícil: a pesar de que vieron que tenía una masa indeterminada dentro del abdomen y el marcador tumoral CA 125 a más de 400 (cuando el límite para personas no fumadoras, como es mi caso, está en 35), decidieron recomendar “esperar un mes para volver a repetir marcadores” y pasado este mes (durante el cual el tamaño de la masa había aumentado casi 2 centímetros) el equipo médico ni siquiera mirase cómo andan los marcadores porque... “eso no nos dice nada en estos momentos, lo importante es que la masa ha crecido” ¡Glups!

He aprendido que, cuando el equipo médico del Hospital al final decide programar una operación preferente y no te llaman para ingresar cuando ya hace más de una semana que tienes el preoperatorio completado, tienes que insistir, no sea que tu operación no esté en la lista de las preferentes, por error.

He aprendido que en el Hospital no deben tener mucha costumbre de atender a personas con el “testamento vital” (Ley de voluntades anticipadas), ya que una ginecóloga con cara de sorpresa me dijo: “ahhh... ¡si tú eres la del testamento vital!”

He aprendido que, a pesar de que solamente haya una psico-oncóloga en todo el hospital, es una gran profesional y, tras mi operación, gracias a ella mi familia supo que no me había quedado tirada en el quirófano, sino que estaba en la sala del despertar desde hacía más de una hora, esperando a que hubiera un celador o celadora disponible que me trasladara a la habitación.

He aprendido que las cicatrices horizontales (llamadas “raya del biquini”) son muy dolorosas (dicen que más que las verticales), aunque con la ayuda inestimable del aceite de rosa de mosqueta se encogen tanto que llegan a pasar

desapercibidas en una revisión post-operatoria, incluso por la propia ginecóloga que te programó la operación quirúrgica.

He aprendido que la sororidad entre mujeres se hace más intensa entre mujeres que tienen o han tenido cáncer, pues al conocer mi diagnóstico, enseguida tuve el apoyo y los consejos de amigas mías que estaban pasando o habían pasado por un proceso cancerígeno. Se volcaron conmigo para transmitirme sus propios aprendizajes en forma de consejos útiles sobre nutrición y autocuidados, las etapas de la enfermedad, libros recomendados, comida ecológica, abrazos y miradas llenas de empatía. ¡Absolutamente agradecida!

He aprendido que, en los meses que he estado en casa durante la baja laboral en soledad humana, han sido los libros y el silencio, junto con el paisaje marino delante del ventanal y los animales que forman parte de mi familia, algunos de los elementos que han propiciado el camino hacia la ansiada calma.

He aprendido algo que ya intuía: que Amapola es muy eficiente organizando turnos de amigas para mis cuidados en los primeros días de mi post-operatorio y que mis amigas son grandísimas aliadas para mi salud.

He aprendido la importancia de saber dosificar las fuerzas y las energías, sobre todo cuando los efectos de la quimioterapia, entre otras muchas cosas, me impedían seguir haciendo gestos tan sencillos como abrir el tapón de rosca de una botella o subir un escalón alto sin antes coger impulso y agarrarme bien para superarlo.

He aprendido que, cuando vuelves al Hospital para visitar a un familiar después de un año y medio desde el alta hospitalaria y una de las auxiliares de enfermería de la planta donde estuve ingresada te reconoce, te llama por tu nombre y te abraza contentísima porque se alegra mucho de verte, te da un subidón de alegría recíproca.

He aprendido a no hacer planes a largo plazo, ni a corto. Y como podéis suponer, tampoco a medio.

He aprendido a valorar que, a pesar del duro proceso y todos los obstáculos, el resultado es lo que cuenta: ¡estoy viva! Y tengo el deber de vivir (como nos recordó el gran José Luis Sampedro).

Tras verlo con la distancia necesaria, considero que estos aprendizajes han sido fruto de mi actitud y del apoyo incondicional recibido en todo momento por mi amada Amapola, mis hermanas Tere y Sita, el resto de familia y mis amigas más íntimas. A todas ellas (incluida mi actitud) les debo gratitud. Por todas brindo por cada segundo de vida que he tenido después.

Gracias por atreveros a leer(me). Gracias, Amapola, por beber toda el agua que entró.

Nadie más lo entenderá... solo las que allí estuvieron sonreirán¹

1. Final de la canción Si salimos de ésta, del grupo “Love of Lesbian”, que os recomiendo escuchar.

DEFICIENCIA DE VITAMINA D:



Carmen Valls Llobet

Endocrinóloga

carnevallslllobet@hotmail.com

MÁS QUE UNA VITAMINA

La Vitamina D, también llamada la vitamina del sol, tiene un complejo metabolismo desde que los rayos de éste caen sobre la piel hasta convertirse en Vitamina D activa en el hígado, riñón y varias células del cuerpo. Se la considera una hormona funcional, es decir, que actúa dentro de las células de todo el cuerpo tal como lo hacen las hormonas esteroides. Es una vitamina liposoluble, se transporta y transforma en medio graso, por lo que su absorción en el intestino dependerá de la integridad de la mucosa intestinal para absorber las grasas. También se la considera la vitamina de la diferencia, porque es capaz de potenciar la diferenciación celular, limitando, por ejemplo, la conversión de líneas celulares normales en cancerosas. Además, actúa en la potenciación de la inmunidad que defiende el cuerpo de las infecciones, en la limitación de las enfermedades autoinmunes y en la formación del hueso y de la fuerza muscular.

CÓMO SE FORMA

Los rayos ultravioletas del sol en contacto con la piel, cuando caen perpendiculares a ésta, estimulan la producción de colecalfiferol a partir del colesterol, vía 7-dehidrocolesterol. Posteriormente en el hígado se transforma en 25-hidroxivitamina D, se envía a la sangre y llega a tejidos como el riñón en donde se produce la vitamina 25 OH₂ D₃ también llamada calcitriol y, a partir de ahí, ya está lista para realizar sus funciones en otros órganos. La forma más activa es la 1,25 que se forma en el riñón y en muchas células del cuerpo, pero el metabolito que se produce en el hígado también es activo y modula tanto la formación ósea como la función inmunitaria.

Desde que una persona toma el sol de forma adecuada hasta que se forme la primera vitamina D activa, que se forma en el hígado, pueden transcurrir de dos meses a dos meses y medio, dependiendo también del estado del hígado para metabolizar el colecalfiferol.

FUENTES DE VITAMINA D: SOL Y ALIMENTACIÓN

A través de la alimentación sólo no es posible captar la cantidad de vitamina D necesaria. Además, los alimentos tales como sardinas, aceite de hígado de bacalao, huevos y leche que en su estado natural podrían haber aportado algunas unidades de vitamina D y ser un complemento a la toma de sol, actualmente han perdido sus niveles de Vitamina D originales por estar tratados (la pasteurización de la leche) o adulterados.

Los alimentos fortificados con vitamina D (tal como se ha hecho en países nórdicos y EUA, y en algunas marcas de leche y productos lácteos en nuestro país), intentan paliar las deficiencias en la alimentación, pero estos suplementos no son suficientes para suplir las necesidades diarias.

La principal fuente de Vitamina D es el SOL: tomar

el sol 10 minutos diarios durante los meses de verano, con medio cuerpo descubierto y en las horas en que el sol cae perpendicular a la piel, o sea de las 10h a las 14h (hora solar real, es decir, de 12h a 16h en nuestro horario actual), es la forma de adquirir los niveles de Vitamina D necesarios para pasar el invierno.

En los países mediterráneos este horario se suele evitar por el riesgo de adquisición de melanoma. Son varios los estudios en donde se demuestra déficit de vitamina D en países del área mediterránea, con un 83% de las mujeres en Grecia, 86% de las mujeres en España, frente a un 50% de los hombres de la misma edad en

ambos países (1). Estas cifras contrastan con otras más bajas correspondientes a países Europeos de latitudes altas como refleja el estudio SENECA.

Sin embargo, el papel del sol en la producción del melanoma no está clara, hay estudios (2) que señalan que precisamente entre la gente que toma el sol cotidianamente el cáncer de piel es menos frecuente, así como el hecho de que los melanomas muchas veces aparecen en zonas no expuestas al sol. Sigue siendo un tema en estudio, y no existe todavía una recomendación clara por parte de la OMS, aunque hay un grupo de trabajo para poder hacer recomendaciones internacionales.



La Epidemia DEL SIGLO XXI (I)

Las cremas solares, a partir de un nivel de protección de 15 a 20, impiden la formación de provitamina D en la piel, ya que impiden la acción de los rayos ultravioleta y son estos los que transforman la provitamina D en el primer metabolito que luego pasará por el hígado. Además, la mayoría de las cremas solares llevan en su composición parabenos y otras sustancias tóxicas sobre las que hay sospechas de que sean cancerígenas. Por todo lo cual, la recomendación sería tomar el sol cada día sin protección una porción de tiempo pequeña que podría ir aumentando progresivamente a medida que la propia piel produzca su defensa natural, la melanina, evitando siempre llegar a quemarse, y luego protegerse con blusas, sombreros o sombrillas, evitando las cremas solares que, además contaminan los mares.

EL ESTADO DE LA PIEL Y EL FENOTIPO MODULAN LA ABSORCIÓN

Hasta aquí hemos hablado de pieles sanas y jóvenes capaces de absorber los rayos del sol y producir vitamina D. Pero no es así en todos los casos.

Por un lado, existen personas que por sus características de piel, con excesivas pecas o nevus, tienen prohibido tomar el sol por parte de sus especialistas en dermatología, o por el hecho de haber sufrido algún melanoma o lesiones parecidas. En estos casos la toma del sol está contraindicada por lo que es indispensable tomar suplementos controlados de esta vitamina.

Por otro, una piel con poco grosor o el envejecimiento de las capas de la dermis, que se presenta con la edad a partir de los 50 años, no permiten transformar de forma eficiente la acción del sol, por lo que excederse en tomarlo sólo sirve para aumentar las manchas en la cara y en el escote.

También, los tipos de piel y el denominado fenotipo, que son las características globales de la piel y que abarca desde las pieles muy claras con ojos azules a las pieles negras, modulan la absorción de Vitamina D al tomar el sol. Hay pieles que al tomar el sol sólo adquieren un color rojizo, "se queman" pero no llegan a transformar este color en melanina, no se ponen morenas, por lo que les costará mucho adquirir los niveles adecuados de Vitamina D a partir de la toma del sol. De hecho en los países nórdicos con pieles más claras y con menos horas de insolación

se suplementa con vitamina D a los niños y niñas durante toda la infancia.

CÓMO ACTUA VITAMINA D EN EL ORGANISMO

La Vitamina D interviene en el metabolismo fosfocálcico, absorbiendo calcio del intestino y incorporándolo al hueso (3), así regula la formación ósea, la de cartílagos y discos vertebrales, contribuyendo a la prevención de enfermedades de predominio femenino como es la osteoporosis, osteoartritis, la osteopenia y las fracturas de extremidades y vertebrales (4). En las niñas y niños previene el raquitismo.

El déficit de vitamina D de más de dos años de duración lleva a un reajuste del metabolismo fosfocálcico, pudiendo aumentar la hormona paratiroidea (PTH), y llevando a la retirada de calcio de los huesos. Esto produce dolor en los dedos de las manos y de los pies, y dolor y contracturas en la parte superior de la espalda y de los hombros a nivel del músculo trapecio. Su déficit también se manifiesta con debilidad muscular y pérdida de fuerza y cansancio, y dolor en los puntos de inserción musculotendinosa, por lo que antes de hacer el diagnóstico de enfermedades musculoesqueléticas como la fibromialgia, o de contracturas musculares del trapecio, se deben comprobar los niveles de 25OHD3 en sangre.

PREVENCIÓN, MORTALIDAD PRECOZ Y CÁNCER

En una revisión sistemática de la Cochrane se ha encontrado evidencia de que la Vitamina D3 puede disminuir la mortalidad en mujeres mayores de 70 años. Y después de analizar 159 ensayos clínicos con diferentes dosis y tipo de suplemento administrado, otra de las conclusiones ha sido que la Vitamina D3 (colecalfiferol) disminuye de forma estadísticamente significativa la mortalidad por cáncer. La revisión sistemática Cochrane reclama más estudios y advierte de que la administración combinada de suplementos de Vitamina D y calcio aumenta el riesgo de litiasis renal (5). Sin embargo, dado que el calcio está ampliamente distribuido en muy diversos tipos de alimentos, nuestra recomendación es que se administre la Vitamina D sola si hay carencias y conseguir el calcio necesario a través de una dieta variada y equilibrada.

FUENTES DE VITAMINA D EN LOS ALIMENTOS, por 100 grs de alimento.

SALMÓN FRESCO	360 UI
SALMÓN EN CONSERVA	450 UI
SARDINAS EN CONSERVA	285 UI
ATÚN EN CONSERVA	125 UI
CABALLA EN CONSERVA	228 UI
CHAMPIÑONES, SETAS	249 UI
CAMARONES, LANGOSTINOS	152 UI
ANCHOAS, ARENQUES	189 UI
OSTRAS (6)	269 UI
LECHE FORTIFICADA (200 cc)	100 UI
YOGURES FORTIFICADOS	80 UI
CEREALES FORTIFICADOS	40 UI
YEMA DE HUEVO (una)	23 UI
MARGARINA (una cucharadita)	15 UI
QUESOS (varía según marcas)	12-28 UI

Aceite de hígado de pescado en especial el de bacalao, era la fuente antigua de Vitamina D, pero al ser el hígado un lugar en que se acumula el mercurio, no se aconseja tomarlo actualmente.

SE PRECISAN DE 400 UI Unidades Internacionales diarias a 800 UI en períodos de crecimiento o embarazo, o envejecimiento). (Estas cifras están en revisión al alza por los diversos papeles metabólicos que debe cubrir la Vitamina D). Se precisan más fuentes provenientes de los alimentos en invierno ya que no hay insolación. En algunos alimentos fortificados las unidades constan en microgramos. Un microgramo es igual 40 UI. Se deben revisar las etiquetas de las comidas fortificadas para asegurarse del contenido.

PUEDE PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y AUTOINMUNES

Tiene un efecto inmunomodulador en enfermedades autoinmunes, como enfermedades dermatológicas: la psoriasis, lupus eritematoso; enfermedades respiratorias de carácter alérgico como sinusitis y rinitis o asma, incluso asma severas, ya que la vitamina D disminuye los niveles de interleucina-17 e interleucina 22, citoquinas que en niveles elevados facilita el desarrollo del asma (6). Modula enfermedades autoinmunes como tiroiditis autoinmune, hepatitis autoinmune, o tiroiditis de Hashimoto, pancreáticas (ya que es un factor preventivo de diabetes mellitus), incluso se está relacionando con procesos neurológicos del desarrollo como funciones cognitivas superiores y se relaciona con la modulación de enfermedades como la Esclerosis Múltiple y la Esclerosis Lateral Amioatrófica.

También es necesaria para evitar la reincidencia de enfermedades respiratorias como gripes de repetición, bronquitis, e infecciones urinarias, ya que estimula las defensas del organismo. Al evitar el exceso de Parathormona, evita también el incremento de las litiasis renales, ya que la mayoría dependen del exceso de excreción a nivel renal.

También favorece la diferenciación celular, pudiendo intervenir en la regulación de algunos cánceres como el de colon, el de próstata, el melanoma (aunque parezca paradójico), y en general todos los tumores que impliquen epitelios externos o internos. Juega un papel importante sobre la formación de dentina, protección de periodontitis y disminuye la porosidad del diente, por lo que contribuye a la salud dentaria.

En el Instituto Carlos III, la Dra. Pollán Santamaría, investiga la modulación de la vitamina D en la prevención del cáncer de mama.

SÍNDROME METABÓLICO

Utilizando la base de datos del Diabetes Prevention Program se compararon los niveles de 25OHD con el riesgo de Síndrome metabólico (conjunto de factores de riesgo de padecer enfermedad cardíaca o diabetes Mellitus) (7). Las personas participantes que tenían los niveles de Vitamina D en el tercil más alto tenían menos prevalencia de síndrome metabólico, con aumento de lipoproteínas de alta densidad y glucosa en ayunas más baja, así como mayor sensibilidad a la insulina y menor secreción de insulina.

Por otro lado, la deficiencia de Vitamina D contribuye, también, a la presentación de mialgias después de la administración de estatinas para disminuir el colesterol.

CUALES SON LOS VALORES NORMALES Y ÓPTIMOS

La Dra Dawson-Hughes, experta mundial en vitamina D, define los valores sanguíneos de 25 OH D3:

Inferiores a 19 ng/ml es insuficiente (la carencia causa raquitismo, mayor riesgo de cáncer y fallos en las respuestas antimicrobianas)

De 20-29 ng/ml es deficiente

De 30-60 ng/ml es normal

De 60-100 ng/ml es óptima

Por encima de 150 ng/ml es tóxica.

TRATAMIENTO

Para saber si el organismo de una persona está sintetizando adecuadamente la vitamina D a partir de tomar el sol, lo ideal es hacer un análisis de sangre al final del verano, habiéndose expuesto al sol cotidianamente sin protección (como hemos descrito más arriba). Si los niveles no son óptimos, o ni siquiera normales, queda claro que necesitará suplementación.

Existe la discusión de si los déficits de Vitamina D deben tratarse con suplementos de D3 (colecalfiferol) que son los que se asocian a los preparados comercializados con calcio o deben ser tratados con suplementos del metabolito 25 Hidroxi (calcifediol) que es activo y ya no tiene, pues, que ser metabolizado por el hígado. Estudios recientes muestran que si se aporta mucha D3 como suplemento se almacena en la célula grasa y se trasforma muy lentamente en la 25 Hidroxi (8). La farmacocinética de la vitamina D aún no está totalmente conocida pero estudios realizados en el año 2014 por el equipo de la Dra. Bess Dawson-Hughes, autora a la que hay que seguir para entender los efectos de la vitamina D sobre la salud, ha demostrado que un buen nivel en sangre de 25 OH D3 (más de 30 ng/ml) se consiguen con calcifediol por vía oral (diario o semanal) al cabo de 16,8 días y en toda la población tratada, mientras que la administración de D3 (colecalfiferol) por vía oral consigue unos niveles adecuados a los 68,4 días (más de dos meses) y sólo en el 70% de la población tratada (9).

Además, se ha comprobado que la administración de calcidiol, frente a la administración de D3, mejora de forma significativa la función y fuerza de las extremidades inferiores y disminuye la tensión arterial sistólica en 5,7 mmHg(10).

En los últimos cinco años se han publicado numerosísimos artículos sobre los efectos de la Vitamina D en todos los órganos y sistemas. Valga este primer artículo para situar el estado de la cuestión y me comprometo a un segundo artículo con la ampliación de la información sintetizando la literatura más reciente.

1. Van der Wielen RP et al. Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe. *Lancet*. 1995 Jul 22;346(8969):207-10.

2. Rivers JK. Is there more than one road to melanoma? *Lancet*. 2004 Feb 28;363(9410):728-30.

3. UpToDate 2013: Información para Pacientes: Vitamina D deficiency (Marck Drezner, MD)

4. Farrerons, Jordi y Valls-Llobet, Carme. Vitamina D y salud. Editorial FAES. 1996.

5. Bjelakovic G; et al. Vitamin D supplementation

for prevention of mortality in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 10; 1.

6. Hawrylowicz CM; Enhanced production of IL-17A in patients with severe asthma is inhibited by 1,25-dihydroxyvitamin D3 in a glucocorticoid-independent fashion; *J Allergy Clin Immunol*. 2013 Aug;132(2):297-304

7. Mitri J, Nelson J, Ruthazer R, Garganta C, Nathan DM, Hu FB, Dawson-Hughes B, Pittas AG; Diabetes prevention program Research Group. *Eur J Clin*

Nutr 2014; 68 (3):376-383

8. Heaney RP, Armas LA, Shary JR, Bell NH, Binkley N, Hollis BW. 25-Hydroxylation of vitamin D3: relation to circulating vitamin D3 under various input conditions. *Am J Clin Nutr*. 2008 Jun;87(6):1738-42

9. Jener A, Egli A, Dawson-Hughes B, Staechelin HB, Stoecklin E, Goessl R, Henschkowski J, Bischoff-Ferrari HA. *Bone*. 2014; 59:14,9

10. Bischoff-Ferrari, HA, Dawson-Hughes B, et al. *J Bone Miner Res*. 2012; 27 (1): 160-9

grasas sí, grasas no... DEPENDE



Pilar Parra

Bióloga y Nutricionista
pilarparra1@orange.es

Cambio de paradigma

Las recomendaciones de investigadores, nutricionistas, etc. van variando cada cierto tiempo, lo que hoy es "malo" mañana es "bueno" y viceversa. Pensemos en ejemplos como el pescado azul, los huevos, los frutos secos, etc.

El último cambio se acaba de publicar en la prensa: un informe de la Federación Española de Nutrición, Alimentación y Dietética (Fesnad), coordinado por el doctor Emili Ros, miembro del Servei d'Endocrinología i Nutrició del Hospital Clínic de Barcelona, en un trabajo de revisión de la literatura científica de los últimos 10 años de los efectos de las grasas sobre la salud, ha puesto en evidencia que un consumo moderado de quesos y demás productos lácteos, no desnatados, no afecta a las temidas cifras de colesterol de nuestro organismo.

Esto sí que es una sorpresa, cuando llevan demonizando las grasas saturadas desde hace años.

Tal vez las costumbres alimenticias de la sociedad norteamericana ya nos estaban dando pistas de que algo fallaba en las recomendaciones y las pirámides alimenticias al uso. Después de los consejos del gobierno hacia la población de eliminar todo lo posible en su dieta las grasas saturadas, la epidemia de obesidad, diabetes, resistencia a la insulina y enfermedades cardiovasculares no ha hecho más que aumentar.

¿De verdad eran las grasas saturadas la causa de esto?, ¿tal vez deberíamos fijar nuestra atención en otro macronutriente masivamente consumido por la población americana?, ¿tal vez los cereales refinados, en sus muchas variantes, y que son recomendados como la parte más importante de nuestra ingesta de alimentos diaria en la pirámide alimenticia?

Ya en el año 2001, el Doctor Walter C. Willett, de la Harvard Medical School, y uno de los más reputados especialistas en nutrición mundiales, recomendaba en su libro *Eat, Drink, and Be Healthy*, un cambio en la pirámide alimentaria, dando la misma importancia en proporción a la ingesta de lípidos y la de hidratos de carbono.

No olvidemos que cuando consumimos grasas estamos ingiriendo vitaminas liposolubles como la A y la D, y moléculas esenciales para nuestro cuerpo como el colesterol, la lecitina, etc.

Pero, ¿qué lípidos debemos consumir y cuáles no?

En los alimentos que consumimos encontramos tres tipos de ácidos grasos, dependiendo de su estructura química: grasas saturadas, monoinsaturadas y poliinsaturadas. La diferente estructura química lleva a una gran diferencia entre ellas en sus propiedades físicas y su comportamiento en nuestro organismo.

- Las **grasas saturadas** son sólidas a temperatura ambiente, muy estables respecto a la temperatura, luz y oxígeno. Las encontramos en los productos animales como carnes de ternera, cordero, cerdo, etc. Un clásico ejemplo es la manteca de cerdo, que se utilizaba para cocinar antiguamente y se sigue utilizando en algunos países como EEUU. Recordemos que es sólida y se licúa al calentarla.

La mantequilla extraída de la leche también es un ejemplo de grasa saturada y se puede utilizar para cocinar. Los quesos y la carne animal acaban de ser "indultados" como causantes de enfermedades cardiovasculares.

También algunos vegetales tienen grasas saturadas como es el caso del cacahuete o el coco.

Con el aceite de coco también se han cambiado las recomendaciones. Como es una grasa saturada se desaconsejaba su uso, pero en culturas como la hindú, que se utiliza para cocinar, no se observan niveles más altos de colesterol que en la cultura occidental. Ahora sabemos que contiene ácidos grasos saturados pero de cadena media, que se metabolizan de forma diferente en nuestro organismo. Es muy recomendable su uso como aceite de cocina para personas con problemas de digestión de las grasas, no se degrada en compuestos tóxicos con la temperatura y, además, no incide en los niveles de colesterol.

Así que todas estas grasas no son tan perjudiciales según las últimas afirmaciones científicas, por descontado, estamos hablando siempre de consumos moderados.

Se han demonizado estos alimentos ahora eximidos de

culpabilidad, mientras se nos ha estado recomendando el consumo de sustancias químicas, con probados efectos secundarios (las llamadas estatinas), para bajar unos niveles de colesterol cuyo límite máximo cada vez se pone más bajo, a pesar de que no haberse demostrado que causen enfermedades cardiovasculares en la población sana.

Lo que sí está probadamente demostrado son los efectos dañinos sobre la salud de los niveles demasiado bajos de colesterol.

- Las **grasas monoinsaturadas** son sensibles a las temperaturas altas, esto quiere decir que se convierten en productos tóxicos cuando se calientan demasiado. Un conocido ejemplo es el ácido oleico que por su fórmula química es un omega 9 y lo encontramos en el aceite de oliva, en las nueces de macadamia y en los aguacates. También es monoinsaturada la grasa del jamón de jabugo de cerdos criados con bellota. Todos sabemos que estos productos se oxidan con facilidad cuando entran en contacto con la luz, el oxígeno y la temperatura. Y es que esta es una de las principales características de las grasas no saturadas. Sobre el efecto beneficioso para la salud de estas grasas ya hace tiempo que hay consenso.
- Las **grasas poliinsaturadas** son los componentes principales de las membranas celulares de nuestro organismo, así como las vainas de mielina de los axones nerviosos. Son grasas muy sensibles a las condiciones externas, líquidas a temperatura ambiente. Es el caso del aceite de girasol, soja, sésamo, lino, etc. Estos aceites se deterioran con más facilidad aún que el de oliva al calentarse. También los frutos secos y el pescado tienen abundantes ácidos grasos de este tipo. Y también a este grupo pertenecen los ahora famosos omega 3 y omega 6, ambos necesarios para el organismo. Sin embargo, actualmente la dieta occidental está claramente desequilibrada hacia un consumo demasiado alto de omega 6, que es proinflamatorio por ser precursor de prostaglandinas inflamatorias. Contienen más omega 6 (o derivados) que omega 3, que es antiinflamatorio, las carnes de animales alimentados con piensos, algunos frutos secos, los aceites de sésamo, maíz, girasol, soja, etc. Los pescados en general y el pescado azul en particular son ricos en omega 3. Recordemos que no hace muchos años, se desaconsejaba el consumo de pescado azul por ser muy graso.

Desgraciadamente, en este momento, tenemos que ser prudentes con el consumo de pescado azul pero no por su grasa sino por el alto contenido en mercurio de ésta. Hay que tener en cuenta que los peces criados en piscifactorías tienen niveles más bajos de omega 3.

También son ricas en omega 3 las semillas de lino, las algas, las nueces y la soja. Pero en este caso el organismo tiene que hacer un paso previo para poder aprovechar este omega 3 de los vegetales, y es un paso metabólico muy poco eficiente, así que en el caso de los veganos, hay que tomar grandes cantidades de estos alimentos.

La carne de animales criados en libertad que se alimentan con hierba tiene una cantidad de omega 3 mucho más alta, ya que la hierba de los pastos es rica en esta grasa y los animales hacen este cambio metabólico de forma mucho más eficaz (mientras que los animales criados en granjas con pienso toman harinas de maíz y soja, ricas en omega 6).

No tiene, pues, ningún sentido no consumir estos productos para no engordar: poblaciones con dietas altas en omega 3 como la japonesa o la esquimal tienen menos problemas de sobrepeso que las culturas con alto consumo de omega 6 y grasas saturadas.

Grasas “trans”

Mención aparte merecen las llamadas **grasas trans** que son grasas modificadas para ser más estables a las condiciones ambientales y así ser más duraderas cuando se utilizan en productos de bollería, alimentos precocinados, etc. Un ejemplo es la margarina, derivada del aceite de girasol y **transformada** químicamente para ser sólida y estable, que nos han vendido durante años como la alternativa sana a la mantequilla.

Son productos extraños a nuestro metabolismo; nuestro organismo no tiene las enzimas para desembarazarse de ellos, con lo cual se convierten en tóxicas y se acumulan en nuestros tejidos grasos. En este caso Sí que se ha encontrado la relación de estas grasas con los niveles más altos de colesterol. Por lo tanto, son totalmente desaconsejables.

Consejo:

Normalicemos nuestro consumo de grasas en general, las saturadas con moderación, eliminemos las grasas trans de nuestra dieta. Y, mediante la disminución del consumo de hidratos de carbono y el ejercicio, acostumbremos a nuestro organismo a obtener la energía de las grasas, no sólo a acumularlas en el cuerpo.

¿Permitir o forzar?

ESTIRAR LA MUSCULATURA CON EL MÉTODO DIAFREO



Sara García Parra

Diafreoterapeuta y Osteópata

www.elcuerpohabitado.wordpress.com

Hay diferentes enfoques terapéuticos que plantean el estiramiento de la musculatura en busca del equilibrio de las funciones corporales. Algunos proponen estiramientos específicos de músculos concretos, otros, desde una visión más global, encuadran el estiramiento de un músculo determinado dentro de una postura corporal completa.

En uno y otro caso, a menudo, se suele incidir en la tracción de la musculatura acortada sin tener en cuenta que esta musculatura es voluntaria, lo que significa que no es una estructura pasiva y elástica que sólo responde a tracciones mecánicas, sino que responde a una orden nerviosa que depende de nuestra voluntad. Una orden que, sin embargo, puede estar operando de modo inconsciente, sin que la persona sepa que la está dando y, si esta orden no varía, podremos al estirar aliviar la tensión de forma temporal pero no habrá cambios que perduren.

Una de las características del método de trabajo corporal, Diafreo, creado por Malen Cirerol y Linda Jent hace más de treinta años (aprovechando, profundizando y complementando el método Mézières), es que busca el estirar la musculatura desde el soltar, no desde el forzar.

Considera que los músculos no son sólo los motores del movimiento, también son sus frenos.

En Diafreo trabajamos llevando nuestras estructuras, huesos y articulaciones, a su eje, y una vez allí tratamos de soltar los mecanismos que les impiden estar en esa posición de forma espontánea.

En su eje, las superficies de los huesos que forman nuestras articulaciones se articulan en armonía, conservan el espacio necesario entre sus extremos para que el movimiento no provoque roces ni desgastes. Las superficies articulares coinciden para que el movimiento producido por la tracción de los músculos se traduzca en el deslizamiento de una superficie sobre otra. El bombeo provocado por este movimiento no sólo no perjudica a la articulación sino que la ayuda a regenerarse, a nutrirse, ya que aumenta la circulación sanguínea y el movimiento de la linfa, y así se favorece la regeneración del cartílago y el hueso.

Un mal alineamiento de la articulación convierte el mismo



movimiento en perjudicial: produce fricciones y desgastes que llevarán a la larga a provocar desgaste articular, inflamaciones agudas o crónicas, artrosis...

No es lo que hacemos sino cómo y desde dónde lo hacemos

En una visión más global, la distribución de las masas en nuestro cuerpo: pelvis, tronco, cintura escapular y los sistemas que contienen (órganos, glándulas...), tienen también su lugar de equilibrio, el lugar donde los pesos son distribuidos (por ejemplo, estando de pie) a través de la pelvis y de las piernas, de manera que al final descansen en nuestro apoyo en el suelo. Si estas estructuras no están alineadas el peso ya no se distribuye hacia el lugar de apoyo sino que pasa a ser suspendido de la musculatura, la cual se tensa para soportar ese peso en detrimento de sus verdaderas funciones de distribución de los pesos y movimiento.

Por ejemplo, si estiro una pierna (como en el dibujo) y mi objetivo es verla recta rápido, "hacerlo bien", utilizaré mi fuerza y mi voluntad pero no estaré a la escucha de los pequeños frenos que surgen en el camino. No me daré cuenta de que estoy tensando mis glúteos, que siempre participan cuando tengo prisa; los glúteos al tensarse impedirán la flexión de la cadera, así que yo haré más fuerza para superar esta resistencia; como mis isquiotibiales y gemelos (los músculos posteriores de la pierna) participan igualmente en casi todos los movimientos que hago (aunque su función sea la de flexionar), los utilizaré también para extender la pierna,



Carme Valls-Llobet

con lo que el movimiento se volverá cada vez más difícil, más costoso; pero yo tengo un objetivo, ¡estirar mi pierna!, y estoy acostumbrada a esforzarme, a superar los límites y las dificultades, y ¡ahora no va a ser menos! El ejercicio me está resultando agotador, tiro con los brazos, hago fuerza con los hombros y, al final, para llegar un poco más allá, aguanto la respiración.

¡Objetivo alcanzado!, ¡pierna estirada! Pero ¿a qué precio?: tensión en rodilla y cadera, tensión en hombros, vértebras dorsales bloqueadas y doloridas...

Pero hay otra manera, otra propuesta: **estar en el cómo, escuchar y permitir.**

Escuchar dónde siento las primeras tensiones y tratar de soltar, no forzar una articulación sino sentirla, escuchar dónde están los frenos y darme tiempo, respirar cada movimiento, y sentir hasta dónde puedo llegar sin que el resto del cuerpo se bloquee, cuáles son mis límites y respetarlos. Éstos no tienen por qué ser los mismos que los de mi compañera, cada una tenemos nuestro cuerpo, nuestra historia, nuestro carácter, solo conociéndome me podré respetar y viceversa.

Después bajo la pierna y me tiendo, observo qué ha cambiado, que espacios se han abierto, la diferencia entre una pierna y la otra. Y habito ese espacio, el lugar que ocupaban las tensiones, el lugar que ocupaban los esfuerzos, los "debería ser", los "tengo que", los mandatos que interioricé y confundí con mi ser, con mi carácter...

Debajo, en el soltar, en el permitir, aparezco yo, ocupo el espacio que me corresponde, vivo y me relaciono desde mi presente. Y al ocupar mi espacio ocupo mi tiempo. Dejo de habitar en el espacio atemporal de mi mente, desde donde todo y nada es posible y donde actuó desde el deber y la fantasía, desde la abstracción, y desde donde, cuando intento llevar mis objetivos a la realidad, y me es imposible materializarlos porque no tengo tiempo, me obligo a hacer más y más cosas más y más rápido, y es entonces cuando mi espalda se tensa para empujarme hacia delante, mis gemelos se activan preparándome para la carrera que supone encajar mis planes y deseos en el tiempo y el espacio, y si no encajan es un fallo de la voluntad, de modo que me exijo más esfuerzo, más tensión, más prisa...

¡Basta! Respira

Sí, hay otra manera. Debajo, en el soltar, aparezco yo, ocupo mi espacio y mi tiempo, y aparece también la posibilidad de parar esa dinámica infernal que me desconecta y me destruye.

La vacuna del papiloma y Los nuevos conflictos de intereses

En la mayoría de revistas científicas de alto nivel se exige ya que, al final del estudio original o revisión, se adjunte una declaración en que cada autor que firma el artículo debe decir si en su vida profesional tiene algún conflicto de interés con el tema del estudio, es decir, si ha trabajado para la empresa farmacéutica que ha producido el fármaco.

Hay un conflicto más sutil: el de haber aceptado otro tipo de ayuda como regalos, viajes o desplazamiento a congresos. Y más sutil todavía es haber recibido donaciones a las fundaciones o centros de investigación que algunos autores presiden y cuya relación, si no es declarada por el autor, es muy difícil de demostrar.

Pero una nueva modalidad de conflicto de intereses ha surgido, esta vez, en el terreno de la aplicación de la Vacuna del Virus del Papiloma Humano. Se trata de aquella situación en la que, aun habiéndose presentado casos de graves efectos secundarios e incluso muertes de niñas vacunadas (ver los recientes casos de Colombia), las autoridades sanitarias responsables de su aprobación desatienden tanto la evolución de las personas vacunadas (respecto a la comprobación de la eficacia de la vacuna) y, especialmente, las enfermedades derivadas de la vacunación. En este caso, el conflicto está en la propia decisión de gobierno, una decisión sobre la que ya no se quiere retroceder ni volver a pensar. No me refiero a que en estos casos se hayan comprado necesariamente las voluntades de los gestores sino que éstos han tomado la decisión a partir de la información de la propia industria, y han creído decidir "libremente" que la vacuna de dos o nueve cepas es la solución para prevenir el cáncer, aunque no se tenga ninguna evidencia de ello. En este caso creo que el conflicto de interés está en el inconsciente del propio gestor, en su ego que le impide rectificar. ¿Se podrá replantear su decisión ahora que se observa un repunte de la incidencia de cáncer de cérvix en poblaciones vacunadas?, ¿se podrán realizar debates científicos abiertos no pagados por la industria? No dejaremos de pedirlos.



HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS

Han pasado quince años desde nuestro dossier sobre violencia (MyS 6, 2000). Desde entonces algunas cosas han mejorado, otras siguen igual, algunas mejoraron y han vuelto a empeorar... En este nuevo dossier hemos tratado de reflejar la situación actual. Es un tema tan amplio que

ya al cierre se nos siguen ocurriendo aspectos que no hemos incluido y deberían estar, por ejemplo, una llamada a la esperanza, una llamada a la resistencia y al cambio. Van estas líneas para intentar paliar semejante gran carencia:

Es hora de que nuestras expertas diseñen las leyes, elaboren los presupuestos, transformen las prácticas. Es hora de que la educación se revolucione. De que se perfeccionen los métodos de detección, de que se haga real la protección, de que se ofrezcan alternativas reales a las mujeres y se proteja a sus hijos. Y, sobre todo, de que desde niñas aprendamos a no engancharnos a relaciones tóxicas y desde niños aprendan a compartir la vida entre iguales.

El 7N tenemos en Madrid una marcha contra las violencias machistas. En fase preelectoral. Si puedes, ¡no faltes!



Pilar Babi Rourera
Médica de familia
pilarbabirourera@gmail.com

PRESENTE CONTÍNUO violencia de género en La consulta

Escribo en nombre del grupo "Violencia de Género y Atención Primaria de Salud" de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC).

Han pasado 15 años de la publicación del dossier de MYS de Septiembre del 2000¹. El presente encargo me ha dado ocasión de revisarlo una vez más, y han sido muchas las veces en que hemos consultado este texto. Sigue pareciéndome un documento verdaderamente grande. Tiene algo de inaugural. Tiene algo de práctico. Tiene pensamiento vivo.

Aunque sé que no puede igualarse, estoy de acuerdo en que no debemos caer en la complacencia y me pongo, con humildad, a revisar y decir, con

otras y otros, qué estamos haciendo en este presente continuo.

Un tesoro de experiencia

La detección de la violencia contra la mujer ha sido uno de los pilares de la atención primaria. Y sigue siéndolo. Pero no basta con preguntar, para preguntar hay que entender. Antes, preguntábamos a las mujeres como les iban las cosas y no entendíamos. Anotábamos en la historia clínica: "se llevan mal", "el marido bebe"... cosas de este estilo que no permitían ver debajo de la alfombra. **Necesitamos entender para atender.**

La detección de las situaciones de violencia de género se ha realizado siguiendo dos grandes modelos: la

detección sistemática y la oportunista. La primera opta por incluir la detección sistemática de la violencia contra las mujeres de igual manera que otras actividades preventivas como el consumo de tabaco o el ejercicio físico, por ejemplo. La segunda opta por preguntar en aquellas circunstancias que favorecen la detección por ser situaciones de mayor vulnerabilidad (embarazo, situación de emigración, separación de la pareja, etc.) o a través de la patología relacionada (depresión, intentos de suicidio, mal control de enfermedades crónicas etc.)²

Se han argüido razones a favor y en contra de ambas alternativas. Sería interesante, ahora, conocer los resultados de las dos estrategias, especialmente de aquellas

que se han promovido mediante políticas de los servicios públicos, y realizar estudios comparativos entre ambos modos, y relacionarlos con los datos de prevalencia poblacional de maltrato de la que nos informan las encuestas poblacionales.³

Da la impresión de que parte del trabajo realizado no se ha dado a conocer o se ha hecho de manera parcial y no comparativa. Hay un precioso tesoro de experiencia medio escondido que deberíamos poder compartir.

Seguimiento: “A lo que yo venía”

El seguimiento de las patologías y los condicionantes de salud es una de las características singulares de la atención primaria y también es uno de los retos principales. De los modelos iniciales cercanos al “control de las enfermedades y las circunstancias vitales” hemos pasado a actitudes que priorizan el vínculo y el acompañamiento. Esto también ocurre en las situaciones de violencia.

La atención de las situaciones de urgencia, las primeras que aprendimos a atender, ocupa un lugar muy importante pero parcial de la atención a las situaciones de violencia. Son modelos útiles cuando se presentan lesiones u otras demandas de asistencia urgente, pero no lo son en procesos de seguimiento.

Nos dimos cuenta de que los servicios de atención específicos para mujeres maltratadas -municipales, de los distintos circuitos, de las asociaciones- tenían sus estrategias y sus modos de trabajo. Nos mirábamos en ellas, pero... no siempre nos los podíamos apropiar, pues nuestro lugar es otro.

Uno de los principales retos para el seguimiento de las mujeres en situación de violencia desde la atención primaria de salud, ha sido mantener el condicionante para la salud de violencia de género, como variable explicativa, es decir, considerar la posibilidad de que una mujer que consulta una y otra

vez, esté sufriendo violencia de género a pesar de no estar haciéndonos una demanda explícita en este sentido, ya que la propia violencia que sufre puede estar impidiéndole relacionar sus patologías con su situación. Además, sabemos (siguiendo el modelo explicativo de Eleonor Walker) que en las fases como la llamada “luna de miel” o en momentos de baja tensión, las pacientes pueden negar agresiones previamente comentadas con sus médicos o médicas, minimizar el peligro, adoptar actitudes de resignación, pasividad u otras.

Imaginemos una mujer que tiene un trastorno por dolor y ella no lo puede relacionar con al sufrimiento previo. Esto puede derivar en una escalada farmacológica que nos preocupe e incomode.

“A lo que yo venía era a cambiar el medicamento, a que me derivara a un centro específico...”⁴

Esta forma de asistencia y su complejidad es muy específica nuestra, es poco visible y requiere habilidades relacionales y, muy especialmente, estrategias contra el cansancio profesional y las actitudes de desesperanza.⁵

Parece una burla

Los años pasan... En mujeres mayores y muy mayores los cambios relativos al envejecimiento hacen que la situación actual o previa de maltrato adopte matices especiales:

Cuando el maltratador envejece y queda al cuidado de su esposa aparecen todo tipo de ambivalencias y situaciones complejas difíciles de elaborar.

Para las que no estáis cerca de la asistencia -y también para las que sí- recordemos la genial interpretación de María Galiana en la película “Solás” de Benito Zambrano que mantiene una sorprendente actualidad y frescura. Rosa (es el nombre de la mujer que interpreta) sigue teniendo miedo del hombre, quizás muy disminuido físicamente, al que cuida. Una mezcla de miedo, rencor,...

Hoy, en la consulta, la hija de una mujer en una circunstancia similar decía apenada: *“parece una burla, toda la vida sufriendole y ahora... tener que cambiarle el pañal”*.

Y también en este grupo de edad, produce especial preocupación (a veces un escalofrío) la mujer a la que hemos atendido en situaciones de violencia en su relación de pareja, que empieza a perder la memoria o se demencia.

Vemos hombres buenos cuidar amorosamente -aprender, ya viejos, a cuidar amorosamente- de su esposa con demencia, pero cuando esta realidad sucede en un entorno de violencia previa, la posibilidad de que se dé violencia contra la anciana es grande. Sabemos relativamente poco de esto y, en ocasiones, lo vivimos disociadamente: pero... ¿qué protocolo uso, el de violencia de género o el de maltrato en el anciano? Esta vendría a ser la cuestión, un poco grotescamente planteada.

Aprender de lo más doloroso

Para ir más allá en el seguimiento sería bueno analizar qué ha pasado en los casos de asesinato o lesiones graves. Poder valorar las actuaciones previas de profesionales de todos los ámbitos.

De igual modo que hoy sabemos que la mitad de las mujeres muertas en Catalunya en 2014 habían denunciado a su agresor, deberíamos saber si consultaron a servicios relacionados, los de salud entre ellos. Y si se valoró adecuadamente el condicionante y el peligro.

No desde un prisma culpabilizador o persecutorio si no, al contrario, para aprender también de las situaciones extremas. Sabemos de algunos proyectos en este sentido en el seno de circuitos multidisciplinares de atención.⁶ La organización entre distintos recursos asistenciales se ha realizado de maneras diversas, atendiendo a las peculiaridades de las personas y el territorio. En Catalunya

los llamados "Circuitos interdisciplinarios" liderados con frecuencia por consorcios municipales, han sido un acierto. Pero todavía se prioriza en algunas estructuras jerárquicas que obligan a las mujeres a realizar peregrinajes poco eficaces, y en los que, a veces, parece que se haga contención de las emociones de los profesionales en lugar de gestión de los problemas de las mujeres.

Cuando la red se enmaraña

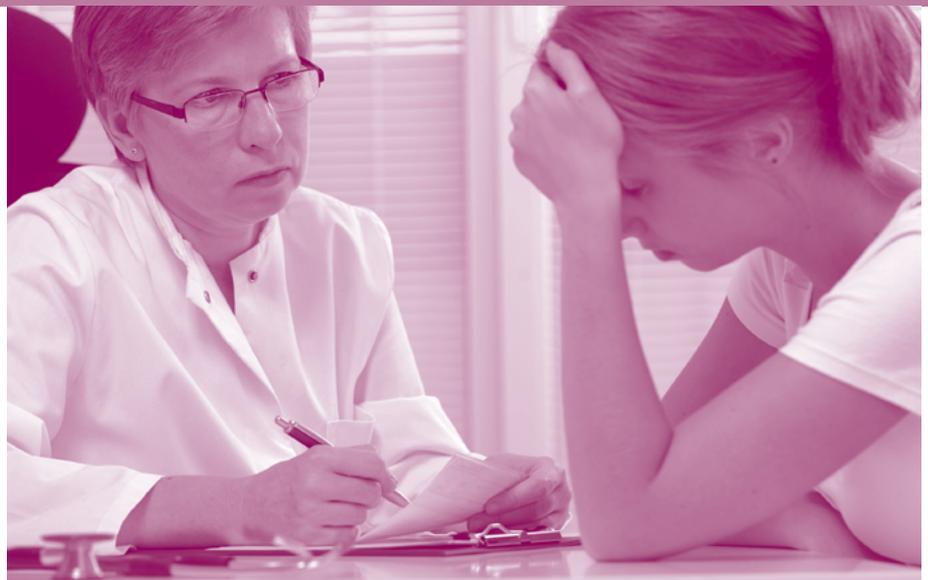
De las más mayores... y también de las más jóvenes. En estos 15 años que ahora analizamos las redes sociales se han generalizado de tal forma que son ya un modo de relación fundamental. Especialmente entre los y las más jóvenes. Y por ello son un lugar en donde pueden aparecer formas de relación basadas en el control.

Algunas consideraciones al respecto ya aparecían en los documentos de hace una década pero hoy merecen consideración especial y por tanto formación y atención específica.

Aunque nos hemos familiarizado, más o menos, con las redes sociales, los y las jóvenes las han incluido en su forma de vida de un modo distinto al nuestro. De un modo, por así decirlo, central, nuclear. En su vida, en sus vínculos y relaciones. Cuando la red se enmaraña el acoso puede ser muy perturbador.⁷ Las y los adolescentes consultan poco, lo hacen de manera puntual y no siempre exponen claramente sus dificultades. A veces nos identifican con la generación de sus padres y nos viven con suspicacia. Recordar y conocer cuales son sus formas relacionales y los peligros que implican es de gran interés.

A vueltas con la justicia

La relación de lo asistencial con la administración de justicia ha desplegado durante estos años sus posibilidades y también sus dificultades. Hemos reflexionado sobre la tesitura



en que nos coloca la ley cuando nos obliga doblemente, a la asistencia como profesionales y como testigos excepcionales. Con las contradicciones que ya hemos señalado en diversas ocasiones.¹³

La realización de informes contra la voluntad de las paciente ha sido una de las dificultades, la realización de informes de maltrato psicológico, otra. Estamos asistiendo a nuevas estrategias en la defensa jurídica de los hombres acusados de maltrato que consiste en descalificar y denunciar ante los distintos colegios profesionales, los informes de violencia psicológica.

El maltrato que estos informes intentan reflejar es, a menudo, imposible de demostrar pues sucede en la intimidad del hogar. Y el sobreesimiento de muchas causas ha animado a algunos letrados a actuar contra los informes de los profesionales. Hay que asistir con la honestidad y el compromiso de siempre, y realizar aquellos informes que creamos necesarios, pero con una renovada cautela.

¿Hay que ser feminista para atender la salud de las mujeres?

La formación de los y las profesionales de la salud ha aumentado de manera muy notable. Ahora bien, si comparamos los cursos realizados con aquellos a los que obligaría la ley, son todavía escasos. Especialmente llamativa es la situación de los estudios de medicina, que es el

caso que conozco mejor, en los que la formación en violencia depende de los intereses de los docentes más que del seguimiento de un programa riguroso de competencia profesional. Los y las estudiantes, y los médicos y médicas residentes llegan - salvo excepciones- con muy poca formación.

En nuestra experiencia como docentes hemos observado, es cierto, una menor resistencia al abordaje de la violencia como problema de salud.

Hay que seguir avanzando. Elaborar estrategias de formación que interesen a los profesionales hombres ha sido también un reto. Nuestro modelo explicativo, que ha nacido en el seno de la experiencia y la reflexión de mujeres (una experiencia y una reflexión sin la que la medicina probablemente nunca hubiese "descubierto" la violencia de género como condicionante de salud), no siempre es bien comprendido por los hombres, aun por los mejor intencionados.

Por supuesto, no se trata de cambiar de modelo si no de abrirlo a la diferencia masculina para lograr, en la medida de lo posible, su compromiso en la denuncia de la realidad y en la atención. Recordaré siempre la pregunta de un joven médico residente -hoy un médico de los que merecen serlo- que me preguntó durante su programa de formación: "*Pilar, hay que ser feminista para atender la salud de las mujeres*". Os invitamos a que penséis en la respuesta.⁸

¿¿¿¿Otro documento????!!!

La elaboración de documentos ha sido una de las tareas en la que nos hemos ocupado durante toda la década: textos, protocolos de actuación, consensos. Era muy necesario llevar a la palabra, a la reflexión y a la propuesta de actuación todo lo que se vivía en relación al maltrato a la mujer. De hecho así empieza el artículo de Ana M^a Pérez del Campo en la portada del MYS n 6: "Las palabras tienen su significado para expresar y conceptualizar la acción". Hemos necesitado "El trabajo de las palabras".⁹ Ha sido muy interesante ver las similitudes, las diferencias y las tendencias subyacentes en los diferentes textos. Especialmente aquellos de los distintos entes públicos. Ahora toca ese trabajo, menos vistoso pero igual de necesario, que consiste en mantenerlos actualizados y por lo tanto funcionales y operativos.

Me viene a la cabeza la expresión espontánea y sincera de Beatriu Masià¹⁰ en la presentación de un texto en que decía "un altre document? tants documents!" ("¿Otro documento? ¡Tantos documentos!")

Sí, porque se puede confundir la receta con la comida, el mapa con el territorio, el documento con la realidad... una buena exclamación, una buena advertencia. Demasiados documentos confunden.

Fuera de foco

El hombre que maltrata sigue quedando fuera del discurso, sobre todo fuera de la atención. Me refiero a la atención sanitaria. Dejarlo, digamos, fuera de foco... ¿hace bien a la atención de las mujeres en situación de violencia?

La propuesta no es la mediación, ni la terapia familiar por bienintencionada que sea. Sí, parece que esto está claro. El problema es que no tenemos propuesta. Los modelos de atención de servicios específicos de atención a hombres que maltratan a sus parejas sirven para comprender mejor el problema, para mantener la confianza

en los cambios que en determinadas condiciones pueden generarse, pero, que conozcamos, las alternativas de atención en la consulta no se han consolidado.¹¹

Nosotras también

Hay iniciativas brillantes y novedosas lideradas por profesionales cercanas de entre las que quisiéramos destacar aquí la del Colegio de enfermería de Barcelona. Esperanza Díaz nos ha relatado como han puesto en marcha un servicio de atención a las profesionales de enfermería que sufren o han sufrido violencia de género. Actitud acorde con la información de la que disponemos: la violencia contra la mujer no es exclusiva de colectivos marginales, de clases sociales desfavorecidas o con bajos niveles de educación formal. Una iniciativa novedosa de la que queremos saber resultados.¹²

Mantenerse viva

Entender, atender la violencia contra las mujeres transformó el modo de ver la medicina y el mundo de muchas mujeres y algunos hombres, es el caso de las que suscribimos este texto.

Mantener viva esa capacidad transformadora en el tiempo es, a veces, difícil -recuerdo a Consuelo Miqueo advirtiéndome del riesgo en uno de los Seminarios de la RED-CAPS-, puede volverse un protocolo más, digerido por el conocimiento médico y la práctica asistencial.

¿Qué precisa el pensamiento académico y la práctica asistencial para no alejarse de la experiencia? La práctica hace las cosas posibles, pero puede invisibilizar la realidad en el paraguas de la "normalidad". Los servicios de atención podemos caer en la trampa de parecer escaparates de atención más que personas comprometidas con las mujeres, con nosotras mismas.

Sistematizar el conocimiento, sin perder el contacto con el origen... ¿es posible?, ¿qué mediaciones requiere?, ¿qué necesitamos para mantenernos vivas?

Os proponemos y nos proponemos estas preguntas para compartir.

Bibliografía notas

- 1.- Dossier n 6 Erradicar la violencia de género, un reto social... y sanitario. En Mujeres y Salud. N° 6. Barcelona. Setiembre 2000.
- 2.- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Cuadernos de la Buena Praxis. "El abordaje médico de la violencia hacia las mujeres y sus hijos e hijas" Barcelona 2013. www.comb.cat/cast/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi31_cast.pdf
- 3.- "MACROENCUESTA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 2015" Avance de Resultados. Ministerio de Sanidad, asuntos sociales e igualdad.
- 4.- Pilar Babi Rourera. El dolor difícil. DUODA: estudis de la diferència sexual, 2014: Núm: 47 Barcelona.
- 5.- "Violència de gènere i Atenció primària de salut: una visió des de la consulta" CAMFIC 2013 (eBook online)
- 6.- Manel Recasens Boada en el "Circuit Territorial de Nou Barris. Barcelona contra la Violència". Consorci Sanitari de Barcelona. 2015.
- 7.- El Ciberacoso como forma de ejercer la violencia de género en la juventud: un riesgo en la sociedad de la información y el conocimiento. © MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. CENTRO DE PUBLICACIONES Pº del Prado, nº 18 - 28014 - MADRID <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>
- 8.- Pilar Babi Rourera. Cal ser feminista per atendre la salut de les dones? Els Juliol. Universitat d'Estiu de les dones. Cornellà de Llobregat. 2013
- 9.- El trabajo de las palabras. Lia Cigarini, Luisa Muraro y M^a Milagros Rivera Garretas. Horas y horas. 2007.
- 10.- Beatriu Masià es terapeuta y formadora en "Tamaia, viure sense violència" Barcelona.
- 11.- Heinrich Geldschlägera, Oriol Ginés Canalesa. Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. FMC. 2013; 20:89-99 - Vol. 20 Núm.02
- 12.- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Comissió Maltractaments i salut. www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=2049&idMenu=934
- 13.- Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de salud. Grupo de Violencia de género y Atención Primaria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) http://projectes.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Etica/Retos_Eticos_CAST.pdf

JUSTICIA sin visión de género igual a IN-JUSTICIA

sobre La INSUFICIENTE FORMACIÓN de Los operadores jurídicos



Maria Barcons Campmajó. Politóloga

Samara de las Heras Aguilera. Jurista

Investigadoras del Grupo Antígona de la UAB

A través del presente artículo compartimos algunos de los resultados de una investigación coordinada por la Dra. Encarna Bodelón, Directora del Grupo Antígona de la Universitat Autònoma de Barcelona y desarrollada en Barcelona y Madrid dentro del proyecto "El Derecho de Acceso a la Justicia: el caso de la Violencia de Género" del Plan Nacional I+D+i 2008-2011.

Las mujeres que sufren violencia de género en España, afronta aún hoy grandes dificultades para acceder a la Justicia en un sentido amplio, es decir, de manera que se garantice su protección, asistencia y recuperación integrales.

La violencia contra las mujeres es, ante todo, una grave vulneración de los derechos de las víctimas y una "manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres"¹. La comprensión de esto desde esa perspectiva de derechos y de género es fundamental para garantizar una respuesta adecuada a las víctimas por parte de los/as profesionales y operadores que

intervienen en estos casos, tanto del ámbito del proceso penal como de los servicios asistenciales. Por ello, existe un amplio consenso sobre la necesidad de que éstos profesionales reciban una formación especializada, requisito básico para proteger efectivamente y garantizar los derechos de las víctimas (2), en particular, el derecho a ser informadas y asesoradas respecto a las medidas de protección y servicios asistenciales, a una asistencia social que facilite su recuperación plena, al asesoramiento jurídico y a la tutela judicial efectiva (3). Sin embargo, las personas entrevistadas para nuestro estudio y los informes disponibles constatan un déficit de formación de quienes intervienen en la protección y atención a las víctimas de violencia de género en España y alertan de las consecuencias de esta carencia.

La situación actual

Se advierte que la formación que reciben lxs operadorxs jurídicos es insuficiente y se limita a cuestiones legales y procedimentales.

"Por supuesto, tienen que conocer las leyes, eso está clarísimo, pero tiene que haber algo más. El tema de la actitud, el tema de la mentalidad y el tema de conocer el problema".

El hecho de entender los procesos psicológicos por los que pasan las víctimas, de conocer y poder explicarles los recursos que tienen a su disposición para su recuperación integral, así como el poder ver a las mujeres como titulares de derechos que han visto vulnerados como consecuencia de una violencia estructural, es esencial para garantizar un asesoramiento jurídico adecuado y respetuoso y una protección eficaz.

"Muchas veces los jueces, tribunales y fiscales, incluso los propios equipos forenses, no son conscientes de lo importante que es su labor en clave de reconocimiento de la violencia. O sea, esa mujer, sin el apoyo de todos esos profesionales a veces está vendida porque ella misma no tiene pruebas, es su relato contra el del agresor. Sin el trabajo de esos profesionales, evidentemente eso va a quedar impune...".



La necesidad de mejorar esta formación es especialmente importante entre **los abogados/as** del turno de oficio de los Juzgados de Violencia Sobre la Mujer para que tomen conciencia de las particularidades de esta forma de violencia:

"Hay muchas quejas que tienen que ver precisamente con que perciben que los abogados no les creen, que muchas veces intentan que no se presenten, hay falta de empatía, ellas sienten que no son personas cercanas, que lo único que quieren es llevar el caso y punto (...) las víctimas saben cuándo un abogado o una abogada entiende por lo que está pasando, qué es un caso de violencia de género y qué es lo que significa, el alcance que tiene y las consecuencias que tiene".

Al parecer, una de las causas de la insuficiente formación de los/as abogados/as se debe a la disminución de los cursos y de su financiación como consecuencia de la actual crisis económica y social:

"Los cursos, se han estado subvencionando, actualmente ya todo se deja a las jornadas de formación, todo a que sean los propios abogados los que se formen (...) Esas cosas se notan. No-

sotros hacíamos muchísimos cursos y ahora hacemos muchísimos menos".

En ese sentido, Naciones Unidas recuerda que la formación debe ser regular e institucionalizada, es decir, que la organización y financiación de los cursos de formación y capacitación corresponde a los Estados, aunque se recomienda que se desarrollen en estrecha consulta con organizaciones no gubernamentales ².

Lo mismo cabe decir de **los jueces y juezas**.

"Me parece fundamental también la judicatura, lo que digo, ya no es que sea un juez sensible en la materia, sino un juez formado".

Se resalta que la formación debe ser impartida desde una perspectiva de género y derechos, para garantizar el derecho de acceso a la Justicia en su sentido más integral:

"Los jueces, da la sensación de que es única y exclusivamente la ley lo que tienen que conocer ¿no? Y yo creo que en violencia de género es muy importante conocer los perfiles, conocer cómo funciona".

Es fundamental tener presente que dicho déficit de formación es uno de los factores que contribuyen a revictimizar a las mujeres y una barrera para la obtención de Justicia.

"Lo valoran como hechos puntuales, de un hombre que maltrata a una mujer, pero no tienen la conciencia de que eso es violencia patriarcal, que es una cuestión estructural, sistemática. De hecho, hemos tenido, en ambos cursos, tanto jueces como fiscales, que han utilizado ciertos lenguajes, ciertos ejemplos que a mí me llevan a pensar que no... que no han aprendido la perspectiva de género ni entienden lo que es la violencia de género".

Esa falta de comprensión de la violencia de género como fenómeno estructural y de las necesidades de las víctimas, suele conllevar un trato frío y hostil por parte de jueces y juezas y el mantenimiento de prejuicios y estereotipos de género en la actuación judicial, contribuyendo así a la revictimización de las mujeres en el marco del proceso penal ³.

"Reciben un trato pésimo. Yo he hecho bastantes acompañamientos a mujeres a juzgados: (...) en cuanto entramos en secretarios y secretarías judiciales y jueces y juezas, entonces entramos en el terror. (...) He vivido situaciones de violencia muy grave, violencia racista, violencia sexista. (...) Por ejemplo, porque voy con una mujer de Pakistán, directamente no dirigirse a ella, solo a mí, intentando hacer una complicidad conmigo, en plan "ya sabemos que éstas denuncian pero luego vuelven".

Otra cuestión mencionada por varias de las personas entrevistadas y que está estrechamente relacionada con los mitos y prejuicios derivados de la falta de formación de los/as profesio-

nales, es la resolución de la custodia de los hijos/as de la pareja. En ese sentido, algunas/os profesionales entrevistadas/os afirman que se están concediendo custodias a padres agresores, justificando dicha decisión en la idea de que es posible ser un agresor y un buen padre e ignorando que algunos agresores utilizan a los/as menores para continuar ejerciendo violencia hacia las víctimas.

“Se está dando más la moda de dar custodias compartidas en los juzgados de la mujer que en los juzgados de familia. A nosotras nos genera muchas dudas y muchas dificultades. Últimamente nos estamos encontrando con muchos casos de mujeres que tienen que llevar a los hijos con el agresor estando en el recurso de urgencia. Muchos casos que el agresor tampoco se presenta... Y el uso de este tema, como una violencia más contra las mujeres por parte de los agresores”.

En definitiva, se evidencia que la formación y especialización de lxs operadores jurídicos es imprescindible, puesto que cuando no existe es frecuente que el operador “no preste atención suficiente a las cuestiones de género o no comprenda de forma exhaustiva las diversas leyes aplicables a los asuntos de violencia contra la mujer; que no preste atención suficiente a los derechos humanos de las mujeres”². Es decir, como explica una abogada, las carencias en la formación y especialización inciden directamente en los derechos de las mujeres y en su efectiva protección:

“Para trabajar en esos Juzgados no se requiere una formación específica, con lo cual, nos estamos encontrando, las mujeres lo cuentan y lo vemos en autos, con jueces que no sólo no tienen ni idea, sino que hacen comentarios directamente machistas, impropios, que se posicio-

nan del lado del hombre (...). La cuestión que nosotras siempre hemos planteado, es que para estar en esos Juzgados haya una formación especializada”.

Por último, hay que mencionar la importancia de que los cuerpos de seguridad reciban una formación y especialización adecuada. La investigación ha puesto de relieve que en algunos cuerpos policiales se ha detectado falta de diligencia y trato inadecuado a las víctimas de violencia de género. Amnistía Internacional considera que “una de las causas de esta actuación es la falta de formación adecuada de los agentes policiales que no pertenecen a unidades especializadas. Es importante tener presente que en la mayoría de casos son éstos los primeros que tienen contacto con la víctima, y que el trato que ésta reciba por su parte, puede ser determinante para tomar la decisión de presentar denuncia” (2008).

“A la hora de ir a interponer denuncia, de informar a la policía de lo que está sucediendo, ahí sí que efectivamente seguimos viendo que la policía no toma en consideración, que no está especializada y que muchas veces lo toman realmente como algo banal, que no va a llegar a ningún lado, en lugar de tomar declaración, de recoger lo que se está refiriendo y que sea el juzgado quien decida. Muchas veces es la propia policía quien determina esto va a salir adelante, esto no va a salir adelante”.

Conclusiones

Las personas entrevistadas coinciden en señalar que, al margen del actual contexto de crisis (que sin duda está limitando las medidas, ayudas y servicios disponibles para las mujeres víctimas de la violencia de género debido a los recortes económicos y de personal), las limitaciones en el acceso a la Justi-

cia de las víctimas se debe a la falta de comprensión de la propia violencia de género por parte de los profesionales que intervienen, directa o indirectamente en el proceso penal, a los estereotipos y prejuicios que les dificultan una comprensión de la situación de estas mujeres y de sus necesidades. Por todo lo cual, teniendo presente que el acceso a la Justicia no sólo se ve determinado por la interpretación de la ley y los recursos disponibles sino por la especialización y capacitación de las/os profesionales, es preciso reforzar su formación en esta materia desde una perspectiva de derechos y de género, con el fin de garantizar una efectiva protección y asistencia a las víctimas de esta lacra social.

Bibliografía

1. Artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género)
2. ONU MUJERES (2012): Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Disponible en: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2012/12/unw_legislation-handbook_sp1%20pdf.pdf
3. Bodelón, Encarna (coord.) (2012): Violencia de género y las respuestas de los sistemas penales. Buenos Aires: Ed. Ediciones Didot. Más información en: <http://antigona.uab.cat/index.php/es/publicaciones>
4. Amnistía Internacional (2008): Obstaculizada realidad, derechos pendientes. Tres años de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Catálogo España y Mujeres. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/saber-mas/informes-por-pais/espana/>



isequimos INDIGNADAS!

Macu Gimeno Mengual

Coordinadora del Àrea de Dona de la Intersindical Valenciana
macugimeno@intersindical.org

Aunque hacía mucho que no acudía, hoy la rabia ha guiado mis pasos a la concentración convocada por la Delegación del Gobierno en Valencia. Ayer uno de tantos terroristas machistas asesinó a cuchilladas a un niño de diez años en Torreveija. Su intento fallido de matar físicamente a la madre, culminó con su muerte psicológica y moral, al vengarse de ella acabando con la vida del pequeño. Aprovechó que ella acudió a abrir la puerta a la policía, a la que había avisado. Hospitalizado por las heridas que él mismo se hizo, éste es uno más de los delincuentes machistas que matan a mujeres simplemente por eso, por serlo, y si no pueden, matan a sus propios hijos.

El horror al leer este nuevo caso de terrorismo machista se solapó con la indignación al saber que, además, el asesino tenía cuatro denuncias por violencia de género de diferentes parejas. No de la actual, hecho recordado

-como siempre- por los medios que, con frecuencia, convierten a la víctima en responsable de su propia muerte.

También por la prensa me entero de que la criatura había dicho en numerosas ocasiones que este asesino le maltrataba, a él y a su madre. Parece ser que todo el vecindario sabía de su carácter violento, pero nadie pensó ni quiso denunciar la situación. Como siempre, miraron hacia otro lado. Y claro, el delegado del gobierno acusa a estas personas porque si callan, si nadie denuncia, cómo va a actuar la policía o la justicia. De nuevo la culpa es de otros, no de una administración caótica, no de una justicia lenta, no de la descoordinación de una y otra.

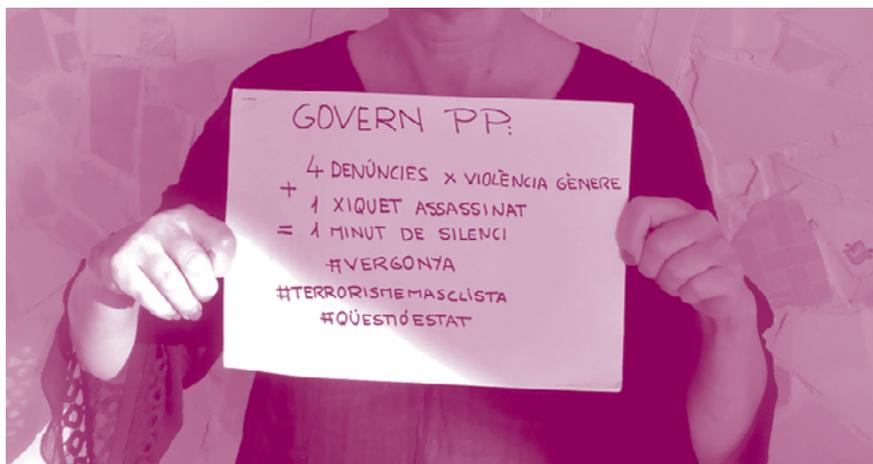
No me entra en la cabeza que un individuo con cuatro denuncias por maltrato pueda vivir tan ricamente su vida y seguir torturando, maltratando y asesinando como si se tratara de un ciudadano ejemplar.

En cuanto a esas personas que saben y callan, me pregunto cómo podrán seguir viviendo sabiendo que por no decir nada han contribuido a la muerte de este pequeño. Pero aun produciéndome repulsa su silencio, sigo pensando que no se puede trasladar la responsabilidad a una ciudadanía más preocupada en otros temas que no en la violencia machista. Una sociedad a la que no educamos para ser justa, solidaria o igualitaria. Una sociedad patriarcal donde los roles y estereotipos sexistas siguen siendo la base de toda la educación, donde las mujeres seguimos en ese escalón por debajo de los varones. No es de extrañar pues que, conociendo una situación de maltrato, muchas personas sigan mirando hacia otro lado.

Siento que esta muerte es responsabilidad directa del Gobierno, que debiendo garantizar la vida y la integridad física de la ciudadanía, escatima en recursos y se pierde en competencias y trámites farragosos en unas administraciones donde la coordinación es una utopía.

Recibo, pues, el mensaje de la Delegación de Gobierno (un detalle que siga estando mi número en su lista) invitándome a concentrarme y guardar un minuto de silencio para salir en los papeles y demostrar cómo está el gobierno -más bien el Partido Popular- de implicado en este tema.

Soy activista feminista, participo o comparto todos los actos en repulsa



del terrorismo machista. Exijo a la sociedad que se manifieste en contra de él, gritando en las plazas y en las redes que el silencio es cómplice. No soy quien para censurar iniciativas de denuncia de esta barbarie. Por eso, sean bailes, performances, concentraciones en silencio o recitales, sean cuales sean las acciones, si son para denunciar y visibilizar, las apoyaré. Lo que no podré apoyar ni aceptar es a un Gobierno que recorta en prevención y asistencia (los presupuestos generales del Estado en esta partida han minorado un 23%), que acaba con cualquier posibilidad de educar en igualdad y solo dedica minutos de silencio delante de las cámaras. Hipocresía, en el mejor de los casos.

Un Gobierno que nos enseña su campaña "Hay salida", de prevención de la violencia de género. Un lema acertado si no fuera porque la realidad nada tiene que ver con él. Porque el proceso de denuncia es un sin vivir, porque se vuelve a ejercer violencia sobre las que denuncian, se las deja sin asistencia, ni medios, se les quita

la custodia de sus criaturas. Porque la mayoría de las mujeres en situación de maltrato no tienen medios para sobrevivir, no se separan porque no pueden mantenerse ni ellas, ni a sus hijas e hijos. La salida a la violencia es costosa y traumática. Y la falta de formación de todo el personal que interviene en el proceso: sanitario, de seguridad, de judicatura, de asistencia social y psicológica..., clamoroso.

Mi cabeza da vueltas alrededor de estos datos. Cuatro denuncias por maltrato y un niño asesinado. Me pregunto una y otra vez si no es grotesco, vergonzoso, que la vida de un pequeño valga tan poquito. ¿Un minuto de silencio y ya está? ¿Quién sino el Gobierno es responsable de esta muerte?

Así, con mis náuseas y todo, he acudido a la cita. Llevaba un cartel colgado de mi cuello en recuerdo de las víctimas y otro escondido, esperando la ocasión propicia para sacarlo y exhibirlo ante la prensa y autoridades.

"Locas feministas que acuden con consignas que nadie entiende", he oído decir a alguien. Vuelan mis

pensamientos para huir de esta acera donde de delegado de Gobierno sigue haciendo declaraciones a la prensa mientras las cámaras retratan al nutrido grupo.

De regreso, esperando el metro, no puedo remediar esa lágrima fácil que se escapa, se cuela por debajo de mis gafas de sol y acaba cayendo en esa cifra terrible que me angustia y atenaza: 12 mujeres, dos niños y un hombre asesinados por hombres machistas en España en lo que llevamos de año. Un sentimiento de tremenda soledad se apodera de mí. Pero quiero pensar en tantas como somos las personas que luchamos por conseguir un mundo donde las mujeres puedan vivir sin violencia. Quiero pensar en esa **gran manifestación estatal que se está gestando para el 7 de noviembre donde las calles de Madrid se llenarán de gentes con un solo grito contra todas las violencias machistas.**

(Solo me queda decir que la prensa no sacó ninguna imagen de mis carteles de denuncia).



¿POR QUÉ SIGUEN CONVIVIENDO CON SU AGRESOR?¹

Alteraciones cognitivas en Las mujeres víctima de violencia de pareja



Matilde Tenorio Matanzo

Profesora Sección Departamental de Enfermería

Universidad Autónoma de Madrid

matilde.tenorio@uam.es

De qué vamos a hablar

Los actos violentos y las estrategias del maltratador suponen unos estímulos que originan en la mujer un estrés intenso y crónico. El exceso de cortisol segregado, por efecto del estrés mantenido, afectará a todos los órganos diana, y, en concreto, a las funciones cerebrales. De esta forma también se verá afectado el mecanismo cognitivo de las mujeres, quienes tendrán dificultades para identificar el maltrato y el peligro que significa.

Además, a los efectos nocivos de la violencia, se le pueden añadir las respuestas inadecuadas de las personas significativas o de los sistemas de apoyo, y de la educación y experiencia vivida, determinados por una estructura social patriarcal que incrementa la percepción de vulnerabilidad de la mujer.

Por último, durante el proceso de maltrato, el agresor destruirá la identidad de la víctima, de forma que cuando ésta analice sus recursos, se encontrará incapaz para salir de la situación.

En este artículo vamos a intentar analizar estos mecanismos físicos y

cognitivos que el maltrato sostenido pone en marcha en las mujeres que lo padecen, para tratar de comprender la razón por la cual les resulta tan difícil escapar de su situación.

Circunstancias que rodean la violencia

La incertidumbre incrementa el grado de amenaza y juega un papel fundamental en el proceso de violencia de pareja. La mujer desconoce las causas que desencadenan los comportamientos violentos, no sabe cómo actuar para satisfacer las exigencias de su pareja, no es consciente del ciclo de la violencia y no sabe si se encontrará con la fase de explosión o de luna de miel, pero mientras tanto estará sufriendo una constante tensión, ansiedad y miedo, corroborándose la Teoría del Ciclo de la Violencia elaborada por Walker. La incertidumbre sobre si se producirá un estallido violento, incrementa la confusión en las primeras etapas de la relación y posteriormente, cuando la mujer identifica el maltrato, la violencia impredecible aumentará la

percepción de amenaza impidiéndole desarrollar estrategias eficaces. Intenta encontrar patrones predictivos, no sabe cómo actuar, realiza continuas evaluaciones y consecuentemente, sufre un conflicto de pensamientos, emociones y de toma de decisiones. Puesto que la violencia es impredecible, la mujer tiene una percepción constante de peligro, lo que genera un alto grado de estrés que incrementa, a su vez, el estado de hipervigilancia. En consecuencia, las decisiones que toma están dirigidas a escapar del peligro. Esta percepción de amenaza constante tiene efectos devastadores sobre la víctima ya que, además de originar pensamientos negativos recurrentes, el miedo la paralizará.

Respecto a la duración del acontecimiento estresante, consideramos que la violencia de pareja es un fenómeno constante y de larga evolución. Es constante porque, aunque los actos de violencia física o sexual sean intermitentes, hay una violencia psicológica continua. Tiene una larga duración porque, tal y como muestran los datos epidemiológicos de la III Macro

1. Texto de referencia: Tenorio Matanzo, M (2014). *Alteración de los procesos cognitivos de las mujeres víctimas de violencia de pareja. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.*

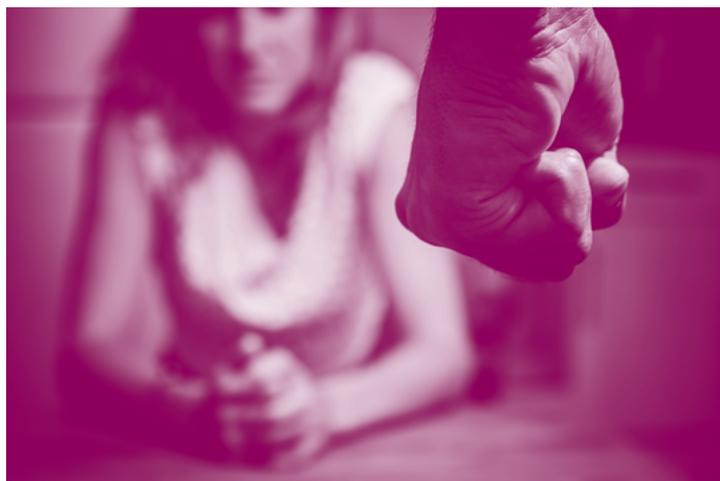
encuesta española sobre la violencia contra las mujeres, el 66,7% de las mujeres notifican que la convivencia con el agresor supera los cinco años, lo que nos indica que estarán padeciendo los efectos de un estrés crónico en todo su organismo.

La ambigüedad de los comportamientos violentos está muy relacionada con las fases del ciclo de la violencia descrito por Walker. La alternancia de agresiones y halagos dificulta a las mujeres la interpretación de lo que ocurre y tenderá a hacerlo basándose en sus creencias, experiencias, y personalidad, tal y como plantean Lazarus y Folkman. En una situación de ambigüedad como la que están viviendo, atribuir la violencia a una causa errónea, llegando incluso a justificarla, es común al principio de la relación y posteriormente la mujer experimentará una disminución de la percepción de control de la situación a la vez que se instaurará el sentimiento de desesperanza para afrontar la situación con éxito.

Consecuencias del estrés sostenido

Los efectos para la salud del estrés sostenido, descritos en la literatura, están presentes en las mujeres maltratadas:

- Taquicardias, alteraciones de la tensión arterial, dificultad respiratoria u hormigueos..., como manifestaciones simpáticas y parasimpáticas derivadas de la activación del sistema nervioso autónomo.
- Incapacidad para la toma de decisiones, para la concentración, olvidos frecuentes y bloqueos mentales, por efecto del estrés sostenido sobre los procesos cognitivos
- Explosiones emocionales, comer en exceso, falta de apetito, excitabilidad,



conductas impulsivas, incapacidad de descansar y consumo de drogas (en el que incluimos la cocaína y la automedicación con psicotrópicos), en lo relativo a las alteraciones conductuales.

- Los estados de ánimo que han presentado coinciden con los síntomas subjetivos que se describen ante el estrés sostenido: Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpa, vergüenza, irritabilidad, mal genio, tristeza, baja autoestima, tensión, nerviosismo, soledad.
- También se han hallado los siguientes problemas de salud derivados del estrés: Asma, diarrea, mareos y desvanecimientos, trastornos gástricos, cefaleas y migrañas, insomnio, sarpullidos y picores, debilidad, alopecias, abortos, poliquistosis, problemas tiroideos y menorragias.

Todos estos datos nos permiten afirmar que las mujeres víctimas de violencia de pareja sufren las consecuencias de un estrés intenso y prolongado.

Efecto de la violencia de pareja sobre los procesos cognitivos

Considerando que la función cerebral está integrada estructural y funcionalmente, hemos comprobado la influencia que la alteración de uno de los procesos ejerce sobre los demás.

Por un lado, los compromisos y creencias de la mujer y determinadas emo-

ciones, le pueden llevar a una interpretación errónea de las causas de la violencia y, consecuentemente, a una evaluación cognitiva equivocada. Si no se percibe el peligro, las mujeres no ponen en marcha el mecanismo de alerta y estarán en una situación de mayor vulnerabilidad.

Pero por otro, la toma de conciencia del peligro desencadena un estado de hipervigilancia de forma que la atención selectiva se centra en el agresor. Como hemos visto, esa hipervigilancia aumentará el estrés que afectará al sistema cognitivo con bloqueos de pensamientos y alteraciones emocionales, entre las que domina el miedo, que dificultarán la capacidad de toma de decisiones y la planificación para la resolución del problema. También el proceso de la memoria puede verse seriamente afectado por el estrés intenso, tanto en la capacidad de almacenamiento de la información como en la de recuperación de la misma.

Además, la evaluación secundaria, en la que tienen que sopesar sus recursos de afrontamiento, estará mediatizada por los efectos que la violencia ha ejercido sobre sus respuestas fisiológicas, en su autoconcepto, en su rol y en las relaciones personales.

Estos datos, en sí mismos, explicarían ya la incapacidad de la mujer para poner fin a la convivencia con el agresor, pero, aun siendo suficientes, no son los únicos a tener en cuenta.

Efecto de la violencia de pareja sobre los procesos emocionales

Los sentimientos y emociones que predominan durante la convivencia con el maltratador vienen determinados por

varios elementos. En primer lugar por la construcción de la propia identidad femenina en los roles de la mujer que idealiza el amor y que necesita ser amada, en su rol de constructora de vínculos afectivos formando una familia, por lo que se sentirá responsable de la buena marcha de la unidad familiar, y al no conseguirlo tendrá sentimientos de culpa y vergüenza; también, derivado de la construcción de la identidad femenina, encontramos que su rol de cuidadora conllevará que la mujer sienta hacia su agresor compasión por atribuir los comportamientos violentos de su pareja a causas externa.

Otros factores que tienen que ver con los sentimientos y emociones de la mujer tienen que ver con las estrategias del maltratador para conseguir su control, tales como la soledad, la baja autoestima, el miedo, la devastación y la despersonalización o pérdida de la identidad personal.

La dificultad para encontrar los recursos suficientes para afrontar la situación, les llevará a sentirse progresivamente indefensas, impotentes y finalmente desesperanzadas.

Escudero y cols., encontraron en su estudio que las emociones que determinan que la mujer no abandone a su agresor son el miedo, el amor, la culpa, la vergüenza y la soledad. Según nuestros datos, existen otros sentimientos que dificultan la toma de decisiones de la mujer, tales como la compasión, la baja autoestima, la indefensión, la impotencia, la desesperanza, la devastación y la percepción de pérdida de la identidad personal.

Recursos para el afrontamiento

Si normalmente tener objetivos personales es un incentivo vital, en este caso, lejos de ser un recurso, se convierten en una fuente de conflicto para la mujer ya que se verá sometida a una presión constante por parte de su pareja quien le impedirá alcanzar-

los. Las creencias personales positivas, tales como el control o la autoeficacia y la autoestima irán desapareciendo bajo la estrategia de sometimiento del maltratador, y las creencias existenciales no serán suficientes para favorecer la esperanza.

Sus habilidades previas para la resolución de problemas les serán muy útiles y la mayoría de ellas desarrollarán inicialmente esta forma de afrontamiento, hasta comprobar que la violencia no depende de ellas ya que no se soluciona por mucho que hayan indagado en las causas que la originan o que se hayan doblegado a las exigencias de su pareja. Tal vez recurran al recurso de buscar ayuda en su red de familiares y amigos y/o en los sistemas de apoyo utilizando sus habilidades sociales, aunque en ese momento puede que tengan ya muy afectadas sus capacidades cognitivas y emocionales y se encuentren aisladas de las personas significativas.

Pensamos que las mujeres utilizan todo tipo de estrategias durante el proceso, pero la secuencia que utilizarán será buscar inicialmente la solución del problema y cuando perciban que éste no tiene solución, intentarán paliar los efectos emocionales.

Otra fuente de recursos son los materiales, que son muy importantes para que la mujer se sienta capaz para abandonar a su agresor. La suficiencia económica es básica para obtener los recursos de subsistencia para ella y para sus hijos, pero con frecuencia el maltratador habrá conseguido que abandone el trabajo remunerado, si es que inicialmente lo tenía o que no acceda al mercado laboral, privándola así de la obtención de recursos monetarios propios. También puede darse el caso de que se produzca una explotación económica del hombre hacia su pareja, pero el poder masculino se manifestará ejerciendo el control sobre los ingresos familiares. Este control es una de las características de la

violencia económica y puede llegar a la privación de recursos básicos a la mujer y a los hijos. La percepción de vulnerabilidad económica, y sobre todo cuando sienten la responsabilidad de garantizar a sus hijos los recursos económicos imprescindibles para su crecimiento y desarrollo, influirá de forma determinante en el proceso de toma de decisiones cuando la mujer piense en separarse.

La condición económica familiar influye también en la situación violenta ya que la precariedad puede influir negativamente al ser una fuente de tensión en la familia, incidiendo en un aumento de la violencia por parte del agresor y en la percepción de una mayor vulnerabilidad en la mujer. Por otra parte, teniendo en cuenta que la violencia de pareja es un fenómeno que afecta a todos los estratos sociales, podría pensarse que una mayor disponibilidad de recursos económicos implicaría un acceso más fácil a los sistemas de apoyo que ofrece la sociedad, pero en este caso, pensamos que las mujeres con un alto estatus socioeconómico se sentirán más coaccionadas por las normas sociales y experimentarán sentimientos de vergüenza, lo que les dificultará la petición de ayuda.

En cualquier caso, el nivel socioeconómico puede influir en la elección de los sistemas de apoyo. Según nuestros datos, el sistema sanitario es el recurso al que acceden inicialmente todas ellas, pero mientras las mujeres con menos nivel adquisitivo recurrirían a continuación a los servicios sociales, siendo éstos quienes les faciliten medios económicos, si procede, quienes les insten a la denuncia y quienes les remitan a un tratamiento psicológico, las de mayor nivel evitan acudir a éstos por la vergüenza que les supone. A los servicios psicológicos recurren directamente las mujeres con mayores recursos personales, fundamentalmente económicos, pero también educativos. La policía y el sistema judicial son los recursos a los que acuden cuando ya

hayan explorado las posibilidades que les ofrecen los anteriores.

En resumen, las limitaciones para el afrontamiento adecuado que tienen las mujeres víctimas de violencia de pareja vendrán determinadas, como hemos visto, por todos los factores personales, ambientales y situacionales y también por las coacciones que se imponen ellas mismas como resultado de la interiorización de las normas sociales. Los estímulos contextuales y residuales relacionados con la educación y la experiencia relativos al rol de la mujer en la sociedad, a las relaciones de pareja, al amor, a la familia, a la creencia de que los problemas de pareja no deben difundirse o a la normalización del maltrato en la sociedad, son unos factores muy importantes que dificultan en gran medida la capacidad de afrontamiento ya que serán fuente de conflictos de pensamientos y emociones.

Después de utilizar sus propios recursos de afrontamiento y los que les ofrece la sociedad, reevaluarán su situación con un grado de amenaza cada vez mayor y, ante el estado de amenaza tan alto, se verán incapaces de realizar un afrontamiento dirigido a la solución del problema, limitándose a desarrollar estrategias para controlar sus emociones y, así, sobrevivir.

Violencia y maternidad

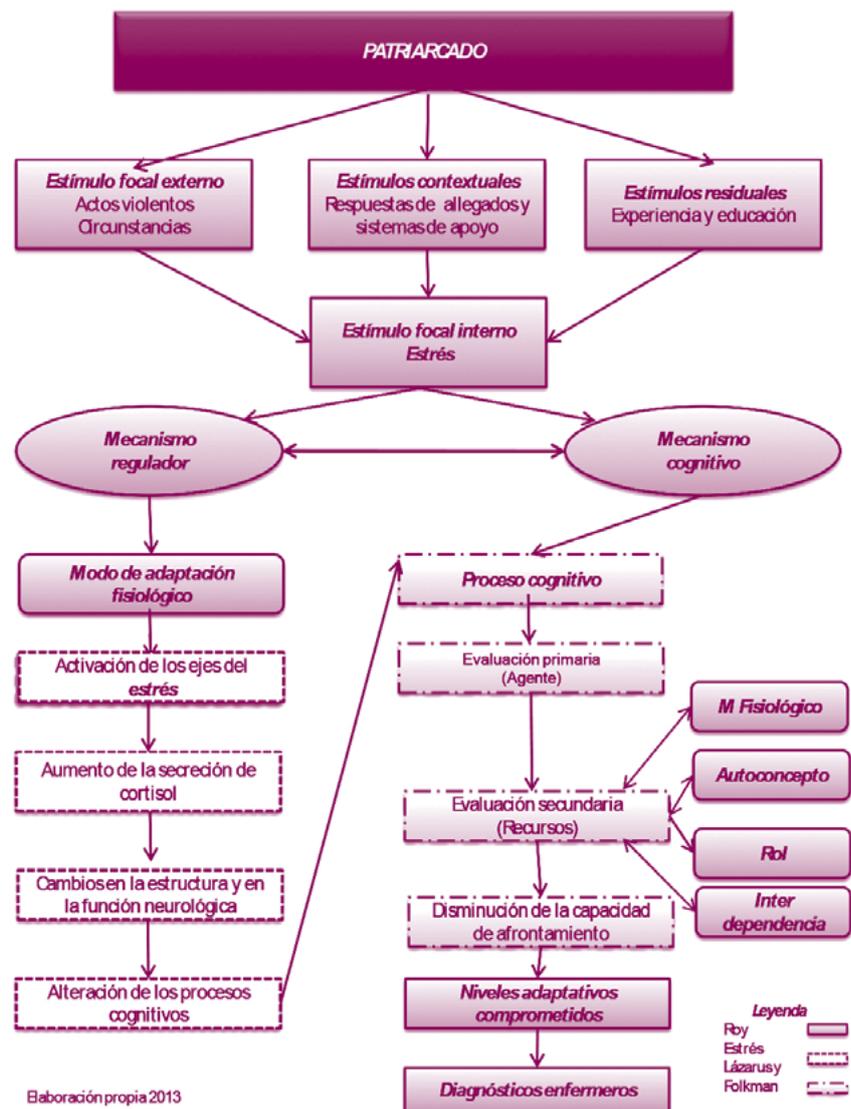
Para acabar, nos parece importante añadir a todo lo dicho antes que, aunque coincidimos con el Consejo de Europa que clasifica la violencia de género en las categorías de violencia física, sexual y psicológica, hemos detectado que hay un tipo de violencia de pareja que no aparece en ninguna clasificación previa, la violencia por el hecho de ser madre. El binomio mujer/madre tiene una significación especial en los casos de violencia de pareja y hemos considerado que debe ser objeto de una atención especial. En nuestro estudio hemos detectado que el rol

de madre desencadena en el agresor comportamientos violentos de todo tipo hacia la mujer, desde la agresión física directa cuando conocen el embarazo hasta la psicológica mediante amenazas o actos reales de violencia hacia los hijos. El hombre conoce la importancia del rol de madre y por ello intentará dañar a la mujer por esa vía, pero la violencia dirigida hacia los hijos puede ser el detonante para que la mujer abandone definitivamente a su agresor. Estos hallazgos sugieren la pertinencia de nuevas investigaciones que profundicen en esta categoría de análisis.

Referencias bibliográficas

- Escudero, A., Polo, C., López, M., Aguilar, L. (2005a) La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. Vol. XXV, 95, 59-91 y Vol. XXV, 96, 85-117.
- Lazarus, R. S y Folkman, S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (2000) Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud (En español). Bilbao, España: Desclée.
- Walker, L. (1979) The Battered Women. Nueva York: Harper and Row Publishers.
- Walker, L. (1994) Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. Washington: American Psychological Association.

MODELO EXPLICATIVO DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA



MADRES MALTRATADAS: violencia sobre violencia



Gemma Cánovas Sau

Psicóloga Clínica-Psicoterapeuta

www.gemmacanovassau.com

nova@gemmacanovassau.com

Podría referirme al análisis de los casos excepcionales que, a lo largo de mi extenso ejercicio profesional como psicóloga clínica, atendiendo mujeres víctimas de malos tratos en diferentes ámbitos, he podido observar, pero ocurre que lamentablemente no son excepcionales, son muy frecuentes. Ya va siendo hora de sacar a la luz esta inmensa problemática que a mi entender es la menos hablada o descrita de la violencia de género o machista (como quiera denominarse):

La del maltrato a las mujeres a través de sus hijos.

A lo largo de los ocho años que he trabajado en el Servei d'Atenció a la Víctima del Departament de Justícia (Generalitat Cat.), he visto cómo iban llegando este tipo de casos como un goteo incesante; y lo he visto también coordinando talleres de casas de acogida o en los grupos terapéuticos de un SIAD (servicio municipal).

Más allá de la diferencia de cada situación y persona -principio básico a tener en cuenta en nuestra profesión- un denominador común en el estado emocional de estas mujeres es el estado de terror, inquietud, agotamiento y sensación de impotencia en relación a unos hombres, padres biológicos de sus hijos con graves dificultades para ser padres en el amplio sentido de la palabra, que extienden a lo largo del tiempo, incluso años, imperturbables el maltrato, más allá de separaciones legales, sentencias y órdenes de alejamiento, a esas mujeres que han sido sus compañeras en un tramo del camino de la vida a través de sus hijos en común. ¿Cómo?

Mejor que hablen ellas

-Susana explica que lleva ya seis años separada legalmente de su exmarido, que la maltrataba, alcohólico, politoxicómano, con diagnóstico psiquiátrico de estructura de personalidad psicopática, que sigue teniendo derecho a visitas con pernoctación de sus hijos, un niño y una niña

de corta edad. A pesar de haber conducido sin carnet en varias ocasiones llevando en el vehículo a sus dos hijos sin cinturón, ser detenido por la policía en diversas ocasiones, falsificar escritos médicos como si se estuviera tratando de sus adicciones, etc., la juez, sigue permitiendo esta enorme situación de inseguridad, no prolonga las visitas en el punto de encuentro que había dictaminado el juez anterior y la madre corre riesgo de ir a la cárcel si se niega a llevar a los niños los días estipulados, se la culpabiliza, ella dice sentirse como una delincuente, enferma, se deprime. Me dice llorando: *"No puedo más, me siento morir ...no me tenía que haber separado, él ya me lo avisó, me dijo, si te separas te haré la vida imposible con los niños. No quiero que mis hijos no vean a su padre, solo velar por su seguridad, parece que la justicia no lo entiende y yo no entiendo nada"*

-Pilar acude al servicio muy angustiada con su hijo de ocho años que presenta una sintomatología consistente en autolesionarse varias veces al día, crisis de ansiedad y enuresis diurna. Su padre, el maltratador de la madre, ejecutivo de una multinacional, cuando está con el niño durante las visitas con pernoctación, al parecer lo obliga a visionar películas pornográficas en su compañía, y hay sospecha de que pueda haber abusado del menor al que se le practican exploraciones y lo supervisa el organismo competente en el marco judicial, la madre denuncia su posible pertenencia a una red de pedofilia, pero él acude a las comparecencias y muestra su mejor rostro, el de la seducción. La madre me dice: *"Mas allá de mi sufrimiento por todo lo que he vivido con él los años que estuvimos juntos, esto es lo peor y se que es su venganza"* Cuando el niño tiene que ir con el padre entra en fuertes crisis de angustia y verbaliza que quiere morirse.

-Julia me muestra unas fotos de su hijo cuando era bebé lleno de moratones, *"cuando él entraba en cólera contra mi, pegaba*



al niño”, las amenazas de muerte son continuas, las llamadas al móvil, el timbre del portal que debe ser desconectado ya que aparece de madrugada incumpliendo la orden de alejamiento. Ella reúne pruebas de las actividades mafiosas de su exmarido, encubierto por todo un entorno familiar, a pesar de ello la batalla judicial prosigue y él solicita la custodia acusándola de no estar capacitada para ejercer de madre. Finalmente Julia consigue trasladarse a un domicilio anónimo fuera de la ciudad con su hijo y confiesa sentirse renacida, el niño empieza por fin a dormir normalmente por las noches.

Podría citar más y más ejemplos. No sirven, frente a esta grave problemática, los argumentos reiterativos *políticamente correcto psicológica-psicoanalíticamente-correctos*, de que ellas, esas madres tienen su implicación en estas situaciones, que hay un goce o un enganche afectivo con sus hijos, que también existen madres manipuladoras, desequilibradas o padres que están marginados y se les impide su ejercicio parental pleno y a los menores gozar con su presencia, etc. Escuchar como respuestas inmediatas estas ideas ya sabidas de antemano pertenecientes a otro registro que ya conocemos, resuenan a permanente defensa frente a un posible *desvío feminista* o supuesta falta de objetividad, y tapan la verdadera cuestión que conviene visibilizar:

- Todo hombre que maltrata a su pareja que es madre – situación que se desencadena a menudo durante el embarazo por romperse la díada- está maltratando también a los hijos incluso desde el útero, ya que el sufrimiento emocional de la madre es captado por ellos. Gabriela Ferreira hizo mención en sus trabajos a que desde el vientre materno los fetos reciben los efectos de la violencia física y psíquica de la gestante y las consecuencias son valoradas por la OMS.

- Existen padres que a pesar de ser maltratadores de sus parejas saben actuar de forma aceptable cuando están a solas con sus hijos y los cuidan, pero existen otros muchos que prosiguen el maltrato psicológico/físico convirtiéndolos en chivos expiatorios y correas de transmisión a partir de las cuales seguir agrediendo a sus ex, es lo que denomino: **Ataque a la maternidad**, que es una forma de proseguir la violencia hacia ellas.

- Las situaciones de auténtico riesgo de los menores son contempladas en demasiadas ocasiones con pasividad o lentitud exasperante desde muchas instancias judiciales. El mito de las denuncias falsas o del síndrome de alienación parental ha sido demoledor en estos aspectos y ha puesto en cuestión que la aplicación de la ley sea objetiva.

- Que los puntos de encuentro fueron creados para posibilitar las visitas de los menores con sus padres evitando situaciones de riesgo pero, sin embargo, la violencia machista atraviesa también esos lugares cuya neutralidad se ve comprometida en ocasiones, cuando se da el caso de niños y niñas que no quieren ver al padre y se retuercen, patalean o vomitan en el centro o en los alrededores cuando son llevados “porque ese día toca”. Una madre me explicaba que la forma de agresión indirecta hacia ella consistía en devolver a su hija al punto de encuentro con la ropa nueva que ella le había puesto rota, o bien la pequeña aparecía con moratones y marcas en el cuerpo que los trabajadores del centro parece ser que no consideraban aún teniendo constancia de las numerosas denuncias de la madre por maltrato y amenazas de muerte. Lo muestra que es absolutamente necesario más formación en violencia para los técnicos de los puntos de encuentro.

- Que se están aplicando en casos de violencia de género, con una frecuencia alarmante, regímenes de visita que son prácticamente custodias compartidas, lo cual está contraindicado; sin considerar la posibilidad de establecer, en las situaciones que siguen implicando riesgo, visitas controladas diurnas, posibilitando así la relación del padre con los hijos y, a la vez, velando por la seguridad de éstos tanto en el plano físico como psicológico. Porque ¿qué derecho se está defendiendo, el del menor o el del padre?

- Que un elevado tanto por cierto de hombres maltratadores son alcohólicos y consumidores habituales de cocaína, esto no los exime de su violencia machista producto de la cultura

patriarcal, pero los puede inducir a actitudes violentas y esta circunstancia no hay que minimizarla. Es frecuente por ejemplo que muchos hombres se pasen *horas muertas* en bares bebiendo acompañados de los menores convirtiendo esos lugares en una especie de *park* siniestro para los niños.

- Que además de las secuelas emocionales que evidentemente han de elaborar siempre, en algún grado, todas las mujeres que han sufrido malos tratos, a las que además son madres estas circunstancias les originan serios obstáculos para lograr la reparación de sus heridas emocionales y les provocan **victimización secundaria** que consiste en un sufrimiento añadido producido por las propias instituciones o profesionales que han de proteger a las víctimas.

Reflexiones sobre la custodia compartida y las visitas con pernoctación en relación a la función afectiva y metafórica de la paternidad

- En la etapa que va de los 0 a los 3/5 años aproximadamente, los niños y niñas precisan una vinculación afectiva estable con la figura materna, si está en condiciones adecuadas para ejercerla.
- La triangularidad se establece de forma progresiva a partir de los tres años. Un niño o niña de esta etapa precisa un entorno que le transmita seguridad ya que las nociones espacio temporales tendrán que irse desarrollando paulatinamente. Por otra parte, la figura paterna se define no solo por intervenir en la crianza, sino fundamentalmente por ocupar un lugar simbólico desde el cual respeta y apoya a la madre.
- Un padre puede visitar a su hijo en un lugar neutro acordado y hablar-jugar con él para crear o sostener el vínculo. Esta fórmula minimiza someter al menor a riesgos de todo tipo y especialmente a que aparezca un estado confusional o a sensaciones de *partición* a nivel psicológico.
- A partir de los siete años en que se instala el pensamiento abstracto, y dependiendo de las características de su personalidad, el niño o niña puede empezar a entender que si se desplaza o duerme en dos hogares se conserva su lugar real y simbólico en cada uno de ellos.
- El vínculo afectivo con los hijos no es equivalente a una división matemática del tiempo de convivencia al 50%, que en la mayoría de los casos se traduce en un tema económico relativo a las pensiones, donde el bienestar del menor es lo que menos importa tras las *banderas* de la aparente corresponsabilidad, sino que consiste en tejer un **canal de interacción-comunicación elástico** por medio de la capacidad empática que se adapte a las necesidades de los

niños y niñas afectados por las separaciones de sus padres, y mucho más en casos donde se ha padecido violencia psicológica o física añadida. Por otra parte habrá que tener en consideración sus peculiaridades y su desarrollo psicológico ya que lo que puede convenir a un niño, para otro puede resultar contraproducente.

La psicología infantil y evolutiva tiene mucho que aportar a los y las profesionales implicados y a la población en general, en paralelo a otras disciplinas que van incorporando el tan necesario enfoque de género. Es fundamental la formación permanente de educadoras, psicólogas, trabajadoras sociales y juristas implicados. Autores como Winnicott, Doltó, Gesell, Bettelheim, Piaget..., entre otros, nos han legado los conocimientos necesarios para profundizar y conocer mejor el mundo de la infancia que está intrínsecamente unido también a las vidas de sus madres en las primeras etapas de su desarrollo.

Nota: Los nombres que aparecen en el artículo no se corresponden con las personas reales por razones de mantener su derecho a la privacidad.

Bibliografía consultada

- Cánovas Sau, G. Mares maltractades, Jornada Psicología de les Dones; Col. Oficial de Psicòlegs, 2003.
- Cánovas Sau, G. Violencia de gènere, casos d'acollida, separació subjectiva i maternitat maltractada. Revista Intercanvis, Papers de Psicoanàlisi , nº 14, Juny 2005
- Cánovas Sau, G. La violencia de género. Abordajes terapéuticos. Document Ajuntament BCN, 2003
- Cánovas Sau, G. El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad. Ed. Paidós, 2010
- Cánovas Sau, G. Evitar la doble victimización del menor en procesos legales de separación de los padres. Jornada Psicología del Testimonio, Ministerio de Justicia, Barcelona, 2007
- Doltó, F. Psicoanálisis y pediatría. Ed Siglo XXI, 1996
- Gesell, A. El niño de 1 a 4 años. Ed. Paidós, 1991
- Bettelheim, B. No hay padres perfectos. Ed Crítica, 1988
- Bowlby, J. Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Ed Morata, 2003.
- Irigoyen, MF. Mujeres maltratadas. Ed Paidós Contextos, 2006
- Ferreira, G. La mujer maltratada. Ed Sudamericana, 1989
- Barudy, J y col. Hijas e hijos de madres resilientes. Ed. Gedisa, 2013
- Bly, R y col. Ser hombre. Biblioteca de la Nueva conciencia, 2007
- Stern, D. El nacimiento de una madre. Ed. Paidós, 1999
- Winnicott, DW. Realidad y juego. Gedisa, 2005



Beatriu Masià Masià

Terapeuta de TAMAIA
www.tamaia.org

La importancia de RECUPERAR EL AMOR PROPIO

Tamaia somos una cooperativa de mujeres que desde hace más de 20 años trabajamos en la atención, la prevención y la formación para la erradicación de las violencias contra las mujeres. Compartimos el espacio de relación y encuentro de Ca la Dona en Barcelona que nos acoge y nos da fuerza, junto al centro de cultura de Mujeres Francesca Bonnemaison: La Bonne.

El Programa de atención a mujeres maltratadas de Tamaia ofrece atención terapéutica a las mujeres que han sufrido violencia en sus relaciones íntimas y, o familiares, a través de la atención telefónica, individual y de grupo.

Las cuestiones que voy a plantear forman parte de los diferentes debates y reflexiones que el equipo de terapeutas de Tamaia realizamos, así como las aportaciones que las propias mujeres nos han hecho sobre su proceso. Quiero citar expresamente al grupo de MENTORAS, mujeres que después de un largo proceso de recuperación continúan acompañándonos y acompañando a las mujeres que están en el proceso, ya sea en terapia individual o en los grupos de apoyo psicosocial.

Recuperación y reparación

Recuperación: *"la etapa del ciclo personal y social de una mujer que ha vivido situaciones de violencia en la que se produce el restablecimiento de todos los ámbitos dañados por la situación vivida"*. Según el apartado de Definiciones de la Ley del derecho de las mujeres a la erradicación de la violencia de 2008 ¹. Cuando una mujer pide ayuda empieza su proceso de recuperación y las mu-

jerres que viven y sufren violencia piden ayuda, no siempre de forma explícita, no siempre como se les dice que deben hacerlo ("Mujer denuncia", aunque esta denuncia no garantiza su integridad), sino en la forma en que pueden y saben.....

"no quiero continuar viviendo" estas son palabras de Isabel una mujer valiente, fuerte, sabia. Le planteo si en realidad lo que quiere: *"¿es morir?, o ¿dejar de sufrir?"* Hablar del proceso de recuperación de las mujeres que han vivido violencia en las relaciones de pareja, o en otros ámbitos, significa en primer lugar dar y darse tiempo para establecer el vínculo necesario que facilitará identificar, entender y reelaborar lo vivido, sabiendo que este proceso no va a ser lineal, sino que puede tener sus altos en el camino, sus pausas, sus prisas. Que cada mujer hará recorridos diferentes, en función de los abusos vividos, de la cronicidad de los mismos, del momento del ciclo vital en que los ha vivido, de las respuestas de reparación o de revictimización que haya recibido. Significa saber que los tiempos y las prioridades sobre su proceso los marcará ella misma según su necesidad y su deseo. Pero como no podemos olvidar los mandatos de género que actúan en cada mujer (dar sin esperar recibir, sacrificarse por el bienestar de la pareja, mantener un cuerpo joven y deseable para el otro...), impidiéndole darse es-



pacio y tiempo para sí misma (y advertir los riesgos que esto conlleva al no identificar que forma parte del abuso), el hacer visibles y explícitos estos mandatos y ver el efecto que han tenido en su vida permite aflorar el deseo real de ésta -Vivir sin violencia-.

El hecho de que diferentes corrientes de la medicina y la psicología, pero también ciertas producciones de los más media que se abonan a estas teorías, interpreten que las mujeres que sufren violencia es porque les gusta sufrir, porque son débiles... no ayuda en el proceso de recuperación, ni en la identificación del abuso, al contrario, confunde a las mujeres que, como decía Isabel, sólo quieren "Dejar de sufrir".

"Nos hartamos –y nos hartamos con razón- de que el sufrimiento fuera presentado una y otra vez como el destino femenino" M Milagros Rivera²

Como las mujeres no sólo no queremos sufrir, sino que pedimos cuentas sobre las responsabilidades del sufrimiento que nos enferma, hemos buscado las

complicidades necesarias para que la reparación fuera nombrada y articulada en formato de ley y así aparece en el citado apartado de Definiciones, aunque pocas veces se cumpla:

Reparación: *“el conjunto de medidas jurídicas, económicas, sociales, laborales, sanitarias, educativas y similares, tomadas por los diferentes organismos y agentes responsables de la intervención en el ámbito de la violencia machista, que contribuyen al restablecimiento de todos los ámbitos dañados por la situación vivida”*

Así la reparación y la recuperación forman parte y dan sentido a la necesaria coherencia política que desde los feminismos se ha propagado y practicado, al poner las energías y las fuerzas, para conseguir que se dieran los espacios necesarios a las mujeres que quieren iniciar este proceso.

Sin embargo, aunque podemos decir que las mujeres que acuden a los espacios de recuperación generalmente cumplen sus objetivos: vivir sin violencia, debemos preguntarnos si los ámbitos de reparación están cumpliendo también sus objetivos: reparar.

Nuestra práctica

Desde nuestra apuesta por una terapia feminista, nos parece esencial, para la reparación del daño, considerar la responsabilidad social e institucional de la violencia estructural y simbólica contra las mujeres, pero también la de quién realiza los abusos, para facilitar así a las mujeres salir de los sentimientos de culpa que se les ha inculcado, a la vez que tomar consciencia del daño recibido³.

Nos situamos en la función terapéutica de escuchar, validar, mirar, acompañar, tocar a partir del respeto, y la corresponsabilización en el proceso que acompañamos -y digo acompañamos, porque ellas son la que conducen, las que nos indican por donde ir-, y atendiendo a la información que

nos facilitan (reinterpretando) con las herramientas profesionales de las que cada una dispone y también desde la propia experiencia de ser mujer y desear el placer y la libertad de la otra, dando espacio a sus expectativas a sus competencias, sus experiencias de vida, reconociendo su singularidad y la nuestra y haciendo posible la relación.

Danzando entre lo que ella espera de nosotras y lo que nosotras esperamos de ella, en esta danza se establece una relación dispar en la que cada mujer pueda sentirse mirada, entendida de forma singular, poniendo en cada relación la diferencia de que sea única, dando un lugar especial a cada mujer. Según nuestra experiencia, las mujeres esperan ser tratadas así, con amor, y es a través de este trato que ellas pueden ir recuperando el amor por sí mismas e identificando el “maltrato que les arrebató este amor”, es desde ser miradas y sentirse miradas con respeto y amor que pueden mirarse a ellas de nuevo, la que fue y la que querrá construirse.

Dice la doctora Raffaella Pomposelli: *“¿Se puede hipotetizar que para hacer saltar el prodigio de la curación tiene que haber un contacto especial entre terapeuta y paciente?”*⁴. Desde mi experiencia, desde la experiencia de mis compañeras terapeutas en Tamaia, afirmamos que sí, es posible, si cada mujer se sitúa en el centro de nuestra atención, y se origina este contacto especial que tantas veces sentimos y que observamos que ella también siente.

En Tamaia la práctica de la relación basada en el respeto a las decisiones de las mujeres en su proceso de recuperación lo utilizamos como elemento básico en el hacer terapéutico, constituyéndose en una herramienta indispensable para establecer el vínculo de ayuda que se establece entre mujer y mujer. Vínculo que no pone en riesgo la relación terapéutica, sino que es una ayuda a su establecimiento, en la medida que da una base segura para la relación. La consideración de que cada experiencia relatada es úni-

ca y se expresa con su propia emocionalidad, y que así debería ser aceptada por parte de la terapeuta, es un paso más en la construcción del vínculo afectivo-terapéutico, que comprende también la contención de las diferentes emociones expresadas. Insistimos en esta cuestión, dado que ha sido el vínculo afectivo establecido en la pareja y, o en la familia el que ha permitido el abuso: abuso de la confianza depositada en el otro, abuso del poder que el patriarcado ofrece a los hombres y que muchos de ellos toman y utilizan. De ahí la importancia de participar en el restablecimiento de vínculos efectivos seguros para la recuperación de la propia estima y seguridad y así poder reconstruir relaciones, personales, sociales en libertad.

Cuando podemos establecer esta relación se genera un flujo de colaboración entre terapeuta y mujer, en la medida en que cada mujer nos ha hecho partícipes de su intimidad y de su determinación de recuperar lo que la violencia intentó quitarle. Es a partir de esta relación, que las mujeres pueden expresar su dolor, sus esperanzas, sus dudas, su sentir, sobre lo que han vivido y así reelaborarlo en un paso más dentro de su recuperación.

*“Acompañar en el sufrimiento sin cuestionarlo, acompañar en el dolor ofreciendo y dando una escucha que alivie. Acompañar y reforzar las propias estrategias para afrontar la violencia y facilitar otras que otras mujeres han utilizado, dar autoridad y sentido a sus percepciones, y a la vez aprender, enriquecerse, reflexionar mutuamente”*⁵

Entender el porqué les ha sucedido, forma parte también del proceso, saber por qué su pareja, su familia, las ha tratado mal, por qué les han negado el amor que ellas generosamente daban... Ayudará a esta comprensión, dar claves respecto a su ser mujer, nombrar como se construye la desigualdad y la subordinación y que esta socialización común a la mayoría de las mujeres se ha ensañado en ella de forma individual y

que lo que ella ha vivido, lo viven miles de mujeres por el sólo hecho de ser mujeres. No vamos a alentar el victimismo, sino que vamos a proponerle reconocer y validar sus estrategias de resistencia, su capacidad para sobrevivir y salir adelante igual que otras mujeres también lo han hecho. Aquí puede empezar la desculpabilización por los abusos vividos, la aceptación de sí misma.

La importancia de los agentes implicados

En esta aceptación de sí misma, de valoración del propio esfuerzo tiene una gran importancia la reparación recibida desde otros ámbitos, como señalaba al principio, lo cual pocas veces sucede, tal como nos dice Roser: *"..Yo creía que con esta denuncia sobre lo que estaba pasando en el régimen de visitas se anularían automáticamente. El abogado me dijo que yo tenía que cumplir rigurosamente el régimen de visitas, si no él me denunciaría y aún sería peor. Pero yo le decía que cómo podía seguir viendo a una persona que me maltrata, que me estoy jugando la vida, la de mi hijo y la de quién me acompaña"*⁶

El impacto que tiene para muchas mujeres el trato recibido en las diferentes instancias de los circuitos de atención a la violencia, no facilita en general que las mujeres que acuden a ellos obtengan la reparación esperada: un trato de justicia en sentido amplio, una atención de calidad y una comprensión de su situación. Cuando la respuesta a sus demandas, no atiende a la justicia necesaria, se produce una nueva re-victimización. Esto sucede, tanto en los ámbitos jurídicos, como en los de atención social y de forma grave en los centros de salud, pública o privada, donde la falta de formación específica, para identificar los efectos de la violencia en la salud de las mujeres, las puede poner en mayor riesgo, ya sea por la administración de antidepresivos y ansiolíticos, ya sea por recurrir a patologías que etiquetan y producen más

daño. Ciertamente hay excepciones por parte de profesionales de la salud que sí escuchan y miran más allá del síntoma, que ofrecen información y atención de calidad, pero lamentablemente no son mayoría.

Cuando se acumulan diferentes victimizaciones, se activan de nuevo los diferentes episodios traumáticos vividos, ralentizando el proceso, en algunos casos retrocediendo, necesitando más tiempo para volver a entender que no es ella la que hace las cosas mal. Y al revés, cuando se obtiene reparación su incidencia positiva puede acelerar la recuperación. Recuperarse significa también poder hablar del daño sufrido, poder nombrar los diferentes abusos en la relación afectiva, con sus propias palabras, sin ser juzgadas, y poder relacionar estos abusos con problemas en su salud biopsicosocial, con el aislamiento que les ha generado y que les permite ver la distancia en su proceso: ¿cómo me sentía cuando empecé? y ¿cómo me siento ahora? Según un pequeño estudio interno, que realizamos en 2010⁷, con la colaboración de la Dra. Mercè Fuentes, las mujeres empiezan a sentirse recuperadas a partir de los 3 años de participar en el programa de atención y reconocen la validez del trabajo en los grupos de apoyo psicosocial de la entidad y especialmente los encuentros con las Mentoras. Es a partir de estas informaciones que consideramos necesario no limitar a un tiempo, ni a unos parámetros determinados el proceso de recuperación.

Los retos a los que se enfrentan las mujeres en su proceso son muchos, algunos dependen únicamente de ellas: asistir a las sesiones de terapia, cuidar de sí mismas, cuidar de los hijos e hijas cuando los hay, mantener los puestos de trabajo, asistir a los juicios pendientes, cumplir con los regímenes de visitas y custodias compartidas, acudir a las citas de servicios sociales cuando se ha conseguido alguna ayuda y continuar viviendo, lo cual les deja en la

mayoría de los casos agotadas y a pesar de todo, su deseo de vivir sin sufrimiento es tan grande, que lo consiguen y consiguen además dar un modelo sin violencia a sus hijas e hijos.

Acompañar a tantas mujeres (1992-2015), hacerlo desde un espacio y un equipo de mujeres, con una organización cooperativa, nos ha permitido ver y confirmar que las mujeres que acceden a un programa de recuperación desde la perspectiva que he planteado, no sólo mejoran su salud biopsicosocial y la de sus hijos, sino que se convierten en agentes activas para conseguir vidas libres de violencia, dejando mensajes claros de que la violencia contra las mujeres, no sólo representa un problema de salud importantísimo, sino que va contra los valores éticos y humanos que a lo largo de los tiempos hemos construido.

Referencias

- 1- Art. 3. Definiciones. Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.
- 2- Rivera Garretas, M^a. Milagros, "El amor es el signo. Educar como educan las madres" Colección leer deseos. Sabina Editorial. 2012
- 3- Masià Masià, Beatriu, "Desde el feminismo afrontando la violencia contra las mujeres" Jornadas feministas de Granada. 2009
- 4- Raffaella Pomposelli a "Dos para saber dos para curar", a Hipatia. Edit. Horas y horas, Madrid 2004
- 5- Masià Masià, Beatriu. "Nosotras y Ellas, como acercar distancias frente a la violencia de género". DUODA. Revista de Estudios Feministas 24. 2003
- 6- "Ni Príncipes ni Perdices. Siete historias de mujeres que dicen basta". Roser: Caminando por la justicia. TAMAIA. Icaria. Colección la mirada esférica. 2007.
- 7- Estudi sobre la percepció de la salut de les dones maltractades en procés de recuperació. 2010. Finançat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. http://www.tamaia.org/sites/default/files/images/icones/2010_informe_salut_final_extracte.pdf

La invisibilidad de La VIOLENCIA OBSTÉTRICA



Gabriella Bianco

Psicóloga. Psicoterapeuta Gestalt

gbianco.psi@gmail.com

Fue en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995, cuando se dio finalmente un nombre al sufrimiento silencioso e invisible de demasiadas mujeres. Se declaró de forma unánime

"la violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de la igualdad de desarrollo y Paz, viola y menoscaba el disfrute de los deberes y derechos fundamentales"

A continuación se pidió a los Gobiernos que adoptaran medidas preventivas y desarrollaran intervenciones específicas para eliminar esta forma de violencia. El maltrato dejó de ser invisible, aunque anteriormente ya se había definido la violencia contra las mujeres en una Declaración de las Naciones Unidas (1993) como

"todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada".

Pues bien, en la consulta de Psicología Perinatal me encuentro, en esta última década, confrontada casi a diario con las secuelas psicológicas de un tipo de violencia de género que responde in-

dudablemente a la citada definición y que aún queda demasiado ignorada, *invisibilizada* y no especialmente reconocida como tal: **la violencia obstétrica**.

Las mujeres que acuden a consulta, por haberla sufrido en su piel y alma, buscan escucha, apoyo y tratamiento psicoterapéutico especializado. Tras el parto relatan un tipo de *violencia basada en la pertenencia al sexo femenino*, reconocen haberse sentido *amenazadas, coaccionadas*, además de "vulneradas", "no respetadas", "violadas", "asustadas", "ofendidas", "ridiculizadas", convirtiéndose finalmente en un mero objeto de intervención de una bata blanca que despliega todo su poderío frente a una yacente en pijama. Las mujeres que acuden a una psicóloga perinatal tras un parto vivido como una agresión o violación presentan *daños y/o sufrimiento físico, sexual y psicológico*, como reza la definición de la ONU.

La Violencia Obstétrica y sus consecuencias

La primera vez que hablé de *violencia obstétrica* fue durante un foro profesional sobre violencia de género organizado por mi Colegio Profesional en 2009. Entre abogadas y psicólogas expertas en el tema me di cuenta que, ni desde un punto de vista legal, ni psicológico, ni desde una mirada feminista común se reconocía que el trato vejatorio y denigrante sufrido frecuentemente por la

mujer durante el parto y/o exploraciones ginecológicas pudiera nombrarse "violencia".

¿Cómo reconocer violenta una actuación (aparentemente) sanitaria, llevada a cabo en la institución sanitaria y por profesionales sanitarios?

Romper el silencio, hacerme canal de transmisión de las "voces de los úteros" de aquellas mujeres que acudían a la consulta a recomponer los trozos de sus almas, ha significado romper un tabú, recibir la bofetada del primer claro rechazo por parte las mismas mujeres-profesionales (abogadas, psicólogas, matronas, médicas etc.). Reconocer la violencia obstétrica supone reconocer que nuestros partos (y posiblemente nuestros nacimientos) han sido violentos y violentados. Solamente entrando honestamente en contacto con nuestros cuerpos, nuestros úteros, escuchando y sintiendo el recuerdo, es posible re-conocer. Quienes hasta entonces no cuestionaban apenas una praxis obstétrica obsoleta (incluso una mala praxis acompañada por actos y palabras violentos, denigrantes y ofensivos para la parturienta), empezaron a recordar y re-conocer el maltrato vivido como mujeres en sus partos, así como a reconectar con el dolor y la vergüenza acallados, ocultados detrás del personaje de "la profesional".

Recuerdo el peso de las miradas de reproche al nombrar en voz alta la episiotomía rutinaria (cuando su incidencia en España se calculaba en más de un 80% de los partos, según los datos del INE) como una forma más de mutilación genital femenina. Ni la OMS siquiera reconoce esta lectura del corte sistemático del periné femenino en nuestra cultura moderna occidental cuando, al definir la MGF de tipo IV reza: *“todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona”*, dejando abierta una brecha para seguir justificando el corte rutinario del periné femenino en los partos de muchos hospitales en todo el mundo. Una definición diplomática, políticamente correcta, que sigue dejando en la invisibilidad generaciones de mujeres que sufren en silencio las consecuencias físicas y psicológicas del corte iatrogénico de sus perinés sin su consentimiento. Considero relevante señalar que las secuelas de la episiotomía resultan ser, en parte, idénticas a las descritas por las mujeres víctimas de la MGF: “dolor severo” al tener relaciones sexuales, “infecciones recurrentes”, “trauma psicológico”, además de la frecuente incontinencia urinaria y/o fecal, tocofobia secundaria, etc.

Es así que la experiencia clínica de los últimos veinte años me demuestra que la violencia invisible sigue siendo la más peligrosa:

- no deja marcas (fácilmente) visibles
- se ejerce bajo el amparo del Estado o de la Institución
- puede tener uniforme
- está socialmente y/o culturalmente aceptada
- no se quiere ver

Reconocer este tipo de violencia conlleva dolor, así como una autocrítica honesta y valiente por parte de quienes la

ejercen; visibilizarla implica cuestionar la Autoridad; denunciarla supone finalmente un riesgo y para trabajar en el cambio profundo y su erradicación se requiere un compromiso firme y, para que negarlo, cierto idealismo.

El maltrato institucional e institucionalizado hacia la mujer en el parto fue definido y reconocido por primera vez a nivel jurídico en 2006 por la legislación de Venezuela como **violencia obstétrica**:

“La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Las consecuencias se encuentran descritas en la literatura especializada y se plasman de forma clara y contundente en los relatos de las mujeres. Cuando hablamos de una experiencia traumática ligada al parto/cesárea, no siempre se cumplen todos los indicadores clínicos para un TEPT (Trastorno de Estrés Post Traumático) completo, sin embargo resulta escalofriante entrar en conocimiento de las cifras de estudios recientes, según los cuales hasta un 18% de las mujeres en EEUU presentan síntomas de TEPT post-parto aún sin cumplir con un diagnóstico completo. Entre el 25 y 34% de las mujeres encuestadas en EEUU y Australia definen la experiencia de sus partos como traumática. Se describen cuadros completos de TEPT tras el parto desde un 5,6% hasta un 9%. Los síntomas (ansiedad extrema; re-experimentación de los sucesos traumáticos; evitación de estímulos asociados con la experiencia traumática; disociación; entumecimiento; sobre-excitación; in-

somnio; nerviosismo y aumento del miedo; pesadillas) pueden persistir durante meses o años si no son reconocidos y tratados a tiempo.

El trauma ignorado y no atendido suele derivar en dificultades que perjudican seriamente, más allá de la salud materna, la salud del recién nacido y la salud familiar:

- Inhibición de la lactancia materna o dificultades para amamantar y/o para establecer un vínculo sano con la criatura
- Deterioro del sentimiento de autoeficacia, afectando la competencia materna para cuidar del bebé y la construcción de una identidad materna saludable
- Incremento del riesgo de manifestaciones psicopatológicas en el posparto (Trastorno de Ansiedad-PosParto, Trastorno de Estrés Post Traumático-PosParto, Depresión-PosParto, Trastornos Disociativos, etc.)
- Deterioro de la calidad de vida de la mujer (incontinencia urinaria y/o fecal, dolores crónicos, insomnio, pesadillas, taquicardia, flashbacks, etc.)
- Perjuicios en la calidad de la salud sexual y reproductiva de la mujer (vaginismo, dispaurenia, tocofobia secundaria, etc.), así como de su relación de pareja
- Desconfianza hacia la fisiología, la propia capacidad de afrontamiento, la capacidad de resiliencia y hacia las y los profesionales sanitarios, así como hacia todo el sistema de atención a la salud

La experiencia clínica y los últimos hallazgos desde la epigenética demuestran que el trauma psicológico tiene además un carácter transgeneracional y vicario, es decir que afecta a testigos directos, tal y como nos indican numerosos relatos y testimonios de residentes de matrona, auxiliares de enferme-

ría, MIR de ginecología o pediatría etc., y como reflejan los recientes resultados de un estudio llevado a cabo en EEUU con enfermeras de paritorio.

Solo recientemente la OMS ha levantado la voz, reconociendo claramente la violencia obstétrica en el marco de su último *Human Reproduction Programme*. En septiembre de 2014 la OMS publicó una declaración en la que finalmente denuncia el maltrato y la falta de respeto en la atención al parto, promoviendo la investigación, la implantación de políticas de control de calidad en los centros sanitarios y la implicación de todos los intervinientes, incluidas las mujeres, a quienes se exhorta a denunciar las malas praxis y a reclamar un trato digno y respetuoso hacia sí mismas y sus criaturas en todo momento alrededor del parto y nacimiento.

Erradicar la mala praxis y el maltrato hacia la mujer y su bebé en los paritorios y hacia la mujer en las consultas y/o urgencias de ginecología es un asunto que nos corresponde a todas: mujeres y profesionales de la salud. Es un asunto feminista y a la vez de salud pública que requiere un fuerte compromiso con la salud de la mujer, tanto de la usuaria como de la profesional. Ambas comparten una historia común, que nos cuenta como el cuerpo y los úteros de las mujeres se han ido convirtiendo en lugares de paso, al servicio de una medicina biologicista y androcéntrica, que fragmenta sistemáticamente la experiencia corporal de la mujer, medicalizando de forma extensiva su vida sexual y reproductiva a lo largo de todo su ciclo vital. El paradigma médico actual ignora u olvida los aspectos y recursos psicosociales y emocionales de la sexualidad femenina y de la maternidad, banalizando las posibles consecuencias de sus prácticas en la vivencia anímica que influye en la salud de la mujer y



en la salud perinatal. Empezando por el "control del embarazo" y llegando a un puerperio abandonado, pasando por un parto sinónimo de riesgo, se va sembrando miedo en las mujeres gestantes, sentando así las bases de su des-empoderamiento. El control ejercido sobre todo el proceso reproductivo de las mujeres no hace más que entorpecer la relación humana entre usuaria y profesionales del parto, quedando ambas despojadas de su femenino fértil, poderoso y solidario.

El cambio necesario

Un cambio de paradigma en la atención a la salud de la mujer en general, y a la maternidad en particular, es urgente y necesario para generar una consciencia colectiva que apueste por la promoción y el mantenimiento de la salud bio-psico-social de la humanidad futura.

De ahí la motivación que me condujo a desarrollar un programa de prevención y promoción de la salud que dio sus primeros pasos en 2008, surgiendo de mi necesidad y deseo de reducir drásticamente la intervención psicoterapéutica dirigida a "reparar el trauma psicológico" derivado de una praxis obstétrica obsoleta, iatrogénica y violenta.

Apoyándome en el marco teórico de la Salutogénesis, desarrollado a finales del siglo XX por el sociólogo de la medicina

Aaron Antonowsky, así como en su aplicación a todo el proceso de maternidad por parte de la matrona e investigadora italiana Verena Schmid, surge mi propuesta de prevención psicosocial grupal dirigida a mujeres, madres, parejas de crianza y criaturas en toda la etapa en torno al parto, nacimiento y a la primera crianza, apoyando el derecho a un parto respetado y a un nacimiento digno y sin violencia como el primero de los Derechos Humanos fundamentales.

En 2008 nace en Mallorca el primer programa de prevención psicosocial y promoción de la salud perinatal, espacio de colaboración entre la matrona y la psicóloga perinatal. Desde entonces se sigue trabajando de manera continuada en frecuencia semanal, con grupos de mujeres y sus parejas a lo largo de toda la gestación y del primer año de vida del bebé.

El programa tiene el propósito de ofrecer no solamente información fiable y actualizada en torno a la Salud Primal para propiciar la toma de decisiones informadas, sino también rescatar y fortalecer los recursos endógenos de cada mujer, desarrollar nuevos recursos para incrementar su capacidad de afrontamiento frente a una nueva etapa de su ciclo vital femenino, estimular la intuición, así como los sistemas internos y externos de soporte al proceso de maternidad. De esta manera es posible generar la motivación de

la cual surge el sentido de responsabilidad para hacer frente a una maternidad y crianza con-ciencia. Tal y como describe Antonowsky a través de su concepto de SOC *Sense of Coherence*, **cuando una mujer comprende el significado de lo que le ocurre (y esto tiene un sentido para ella), cuando se siente capaz de gestionar una situación y siente poseer las herramientas para afrontarla, cuando comprende el significado emocional de su vivencia y confía en sus recursos y en sus acompañantes puede participar activamente de su maternidad, moviéndose hacia la salud, dentro de un *continuum* salud-enfermedad-salud.**

Paralelamente al programa grupal dirigido a las usuarias, sigue siendo imprescindible promover la formación continuada de las profesionales de la salud. La disposición y las competencias de la matrona para promover y proteger la salud en torno al parto/nacimiento es fundamental a la hora de prevenir el trauma obstétrico y/o posibles re-traumatizaciones (en casos de experiencias traumáticas previas, no adecuadamente atendidas ni integradas a nivel psíquico).

La formación continuada aspira a dotar a las profesionales del parto de herramientas específicas para una escucha activa, una valoración circular de la mujer, la detección de señales y secuelas de la violencia obstétrica y/o del trauma para facilitar el trabajo en red y la derivación pertinente a profesionales de la salud mental perinatal. Creo imprescindible que la formación profesional continuada contemple ante todo una parte experiencial dedicada a la elaboración de la propia historia (traumática) como mujer y como profesional de la salud femenina, pasando por la reflexión en torno a la construcción y vivencia de la propia identidad, sexualidad y afectividad. Se-

ría además esperable que la formación continuada contemplara espacios de seguimiento, *debriefing* (reunión tras la actividad) y supervisión dentro del horario laboral. Estas herramientas formativas han demostrado su eficacia a larga escala en diversos programas de promoción de la salud laboral de las profesionales de la salud. **Solamente cuando la mujer-profesional haya indagado profundamente en su historia podrá convertirse en un agente social transformador, aliada de la mujer en todas las fases de su desarrollo y evolución.**

Los grupos terapéuticos, la psicoterapia y el activismo siguen siendo recursos imprescindibles para la sanación de las heridas de la psique con el objetivo de re-generar salud y fomentar empoderamiento, en pos de una sociedad respetuosa con la ecología humana. La psicoterapia grupal ha demostrado ser una valiosa herramienta para reparar el daño sufrido, generar resiliencia y favorecer el crecimiento de la persona. **El activismo sigue siendo la llama que origina y mantiene viva la inquietud**, la sensibilización, el debate, la cohesión social en femenino, las acciones concretas y efectivas a gran escala.

Las mujeres no estamos exigiendo un trato preferencial, sino tan solo que se contemple nuestro derecho a ser bien atendidas, tanto desde un punto de vista clínico, como humano y ético. **Pedimos que se nos trate como adultas, capaces de pensar y decidir, de gestar, dar a luz y nutrir con Amor a la cría humana.** Y pedimos hoy que las políticas sociales contemplen y reconozcan la labor prestada como mujeres y madres al servicio de una sociedad al borde del declive, para así preservar en las generaciones futuras la capacidad de amar(se) y de mantener la salud y el bienestar de la humanidad y del Planeta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Allen, S.: A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. 1998. En: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107-131.
- Antonowsky, A.: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. 1997.
- Beck, C.T.; Watson, FJ; Watson, SD.: *Traumatic Childbirth*. 2013.
- Beck, C.T.; Gable RK; Sakala, C.; Declercq ER.: *Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey*. EN: *Birth*. 2011 Sept; 38(3): 216-227.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J.: *Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors*. En: *Birth*. 2000 Jun; 27(2):104-11.
- Downe, S.: *Normal Birth: Evidence and Debate*. 2004.
- Duden, B.: *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. 1993.
- Estrategia De Atención al Parto Normal del Ministerio de Salud <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- Kendall-Tackett, K.A.: *Violence against women during the perinatal period: The impact on pregnancy, postpartum and breastfeeding*. En: *Trauma, Violence and Abuse*, 2007, 8, 344-353.
- Kendall-Tackett, K.A.: *Intervention for Mothers Who Have Experienced Childbirth-Related Trauma and Posttraumatic Stress Disorder*. En: *Clinical Lactation* 2014, 5(2), <http://dx.doi.org/10.1891/2158-0782.5.2.56>
- Kitzinger, S.: *Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics*. En: *British Journal of Midwifery*, 2006 14(9), 544-545.
- Kogan, I.: *The Cry of Mute Children*. 1995.
- Odent, M.: *La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad*. 2009.
- Odent, M.: *El nacimiento en la era del plástico*. 2011.
- Olza, I.: *Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica*. En: *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática*, nº 111, 79-83. 2014.
- *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud, OMS, 2014* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Ruglass, L.; Kendall-Tackett, K.A.: *Psychology of Trauma* 101. 2014.
- Soet, J.E., Brack, G.A., & Dilorio, C.: *Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth*. En: *Birth*. 2003 30(1), 36-46.
- Schmid, V.: *Salute e nascita*. 2007.



Dulce María Arechederreta
dmareche@hotmail.com

YO TAMBIÉN he sido víctima del síndrome de yentle una crónica de maltrato médico con sesgo de género

En 1991, la cardióloga Benarnide Heally había publicado, en la prestigiosa revista New England Journal Medicine, un editorial titulado The Yentl Syndrome, en el que venía a decir que si quieres ser bien atendida por los médicos cuando vayas al hospital, disfrázate de hombre. Ella había reunido evidencias irrefutables de que a las mujeres, por el hecho de serlo, cuando llegaban al hospital con síntomas cardíacos, se les hacían menos pruebas diagnósticas que a los hombres, porque se tomaban menos en serio sus síntomas físicos y se atribuían más fácilmente a causas emocionales. En consecuencia, las mujeres se morían más que los hombres. Cuando conocí la existencia de este artículo, comprendí que yo había sufrido sin saberlo este síndrome, es decir que, si yo hubiera sido un hombre, mi accidente y las lesiones que me provocó hubieran sido las mismas pero tal vez no hubiera necesitado cuatro años para recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado. Mi vida de estos últimos diez años hubiera sido muy distinta.

Crónica desesperada

El **29 de noviembre 2004** tuve un accidente de tráfico. Sufrí un impacto posterolateral izquierdo con tirón y retroceso brusco que, en pocos segundos, se produjo dos veces: primero por el golpe directo del otro vehículo y luego porque mi coche se desplazó y chocó con la mediana de la calle. El

impacto fue muy fuerte debido a que el otro vehículo venía a mucha velocidad saltándose dos semáforos en rojo. Además, yo no lo vi venir por lo que no pude protegerme.

Este tipo de impacto puede hacer que se rompan los cartílagos de las articulaciones. En mi caso, se me rompieron los cuatro, ambos hombros y caderas (labrum glenoideo de hombro y labrum glenoideo de cadera). El diagnóstico de este tipo de lesión, que se denomina SLAP, se hace mediante una Arthro-Resonancia (ArthroRM) que es una técnica de imagen que permite evaluar una articulación por resonancia magnética tras la inyección intraarticular de contraste paramagnético.

Pues bien, tardé tres años en ser sometida a esta prueba para hombros y cuatro para caderas, y sólo porque yo misma me hice la primera en mi seguro privado. Siguieron una intervención tras otra y daños añadidos por actuaciones médicas perjudiciales hasta que por fin, en 2010, hallé un profesional competente y humano.

Nadie veía nada / nadie me escuchaba

Tras el accidente comencé una peregrinación por médicos "que no veían nada". Me intoxicaron a radiaciones, analíticas, antidepressivos, ansiolíticos, y medicación "para ver si se me pasaba", rehabilitación que me perjudicaba y derivaciones a mil otras consultas convir-

tiendo así mi vida en hospitales y citas médicas. Primero se me diagnosticó de dolores inespecíficos, después de hiperlaxitud, luego de síndrome subacromial (este diagnóstico lo hizo un traumatólogo de prestigio, ello conllevó un efecto arrastre en los demás) y desde el principio hubo sospechas de que mis dolores era más una cuestión psicológica que física. Yo repetía mi dolor y limitación una y otra vez, también que había sufrido un accidente de tráfico indicando el tipo de impacto, pero nunca se me escuchó. La respuesta era pruebas y más pruebas, muchas veces perjudiciales (**¡aunque nunca la ArthroRm!**), más medicación y rehabilitación, y también, "lo que te pasa es que estas ansiosa, tranquilízate", derivándome así al psiquiatra.

Nadie se paró a pensar que a pesar de toda la rehabilitación no había mejoría. Nadie consideró que había sufrido un traumatismo, ni el tipo de impacto, lo que era fundamental para el diagnóstico. Y en ningún momento se me hizo la única prueba que podía determinar la lesión, la Arthro-Rm. Las desautorizaciones constantes me provocaron una extrema confusión personal. Creí que me estaba volviendo loca. Pasé cuatro años rehabilitando sin parar, lo que empeoraba mis lesiones. Y podía ver la cara de incredulidad de los médicos y sus sospechas de que mi dolor tenía un origen diferente al físico. Mi vida estaba arruinada. Me cambió el carácter. No me podía hacer mi pro-

pia comida, no podía caminar, no podía hacer las tareas domésticas, tenía problemas para ducharme y para vestirme. Los médicos me quitaban la baja continuamente cuando yo no podía trabajar. Mis compañeros me trataban de "cuentista". Mi vida íntima y afectiva estaba hundida, y mi economía también, me estaba gastando una fortuna en médicos privados, viajes... Además, el exceso de tiempo transcurrido desde el accidente, añadido a las actuaciones médicas inadecuadas, hicieron que todo se complicase muchísimo, no sólo a nivel físico y psicológico, también legal.

Nadie se ha responsabilizado

Hasta ahora, mayo 2015, no he podido ver mi situación con perspectiva y ordenar todo lo pasado. Tampoco he tenido la fuerza emocional y mental necesaria para afrontar este escrito. A día de hoy, nadie se ha responsabilizado por los daños que se me han causado. El tiempo transcurrido y los errores de diagnóstico han permitido a la compañía de seguros no hacerse cargo de todas las lesiones, y el corporativismo médico ha hecho posible que los médicos que me atendieron nieguen sus errores. Además, las leyes tienen sus plazos, los casos prescriben. Todo esto ha jugado en mi contra. Me he sentido durante años en la más absoluta indefensión. Carecía de claridad mental para llevar mis asuntos legales que se habían complicado infinitamente. De ahí que aunque lo intenté, todo salió mal. Solo me quedaban fuerzas para atender a mi supervivencia diaria. Pero guardo constancia documental de todas las actuaciones, con fechas, nombres y apellido, y me siento cada día más fuerte. Poco a poco voy a tratar de lograr que se me haga justicia.



CRONOLOGÍA DEL MAL TRATO

0- Tras el accidente, acudo a la seguridad social en Vitoria dos veces con dolores intensos en cervicales, zona lumbar, caderas, hombros y pies. Me diagnostica latigazo cervical y hombro derecho. Después hombro izquierdo. El resto de dolores me dicen que son por el impacto y que se me pasarán.

1- El médico de la compañía aseguradora, ante mi relato de síntomas -que ahora incluye también dolor en brazos de cuello a manos, imposibilidad de coger pesos mínimos. Dolor en lateral de ambas piernas que va de caderas a rodillas, en zona inguinal, al sentarme y levantarme, imposibilidad de abrir las piernas, dolor intenso en nalga derecha que me hace cojear, en ciáticos bilateral. Dolor y tensión en planta y talón de ambos pies (después sabré que esto se debe al desplazamiento de las caderas)-, me envía a rehabilitación. Acudo durante 6 meses sin mejoría, a pesar de lo cual su diagnóstico final es: "el dolor en hombros es un reflejo del dolor cervical, el dolor en caderas es un reflejo del dolor lumbar".

De modo que la aseguradora sólo me reconocerá el impacto cervical y lumbar pero no el resto.

Me dan el alta (sin Artro-Rmn), el 17 de junio 2005 con limitación severa y dolor. Me recomiendan que vaya al psiquiatra.

2- Acudo a una masajista (no quiero más médicos ya que la relación con ellos me causa impotencia). Ella me manipula los hombros y empeora mi situación. Después sé que los cartílagos estaban ya rotos con anterioridad, lo que ella hizo fue desplazar las fracturas.

3- Acudo al Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). Consulto principalmente por hombros y me ven infinidad de doctores en múltiples citas a lo largo de más de dos años y medio (agosto 2005 a principios 2008). Diagnóstico de todos ellos: "**no sé lo que tienes**", "**no vemos nada**". Después me diagnosticarán de "hiperlaxa". Yo sigo insistiendo en cada consulta que "**hay algo más**" pero no me hacen ni caso, siguen enviándome a rehabilitación y/o al psiquiatra.

4- Simultáneamente a las consultas en la sanidad pública, y ante la falta de mejoría, consulto a **especialistas privados** que me dicen lo mismo: **"no sé lo que tienes" o diagnósticos erróneos.**

5- A finales del año 2007 un traumatólogo especialista de la **Osakidetza** "ya" en hombro sospecha lesión de slap pero me disuade (es muy improbable, me dice), **¡y no me hace la Artro-Rmn!** Decido hacérmela en mi seguro privado. El resultado es concluyente: **Slap positivo para hombro izquierdo.**

6- Me operan el hombro izquierdo pero queda mal.

7- Mientras estoy en lista de espera para operar el hombro derecho me quedo coja al 100% de la cadera derecha. En Vitoria solicito una artro resonancia de caderas pero "no ven nada", me derivan a Barcelona, al **Instituto Universitario Dexeus.** Allí me confirman lesión de slap positivo en ambas caderas.

8- Me **operan la cadera derecha** en octubre 08 pero un año después sigo con mecánica invalidante. Según el especialista, se debe a la ulcera formada por el tiempo transcurrido desde el accidente. Me propone rehabilitación y calcio. Mientras tanto, el dolor me obliga a llevar muletas. Como sigo teniendo los hombros mal y la otra cadera también, el dolor es insoportable pero nadie parece escucharme.

9- Mientras, estoy tomando el calcio: tres medicamentos fuertes a la vez, (tratamiento puesto sin anamnesis y sin ningún tipo de control, ni previo ni durante la toma de medicación) noto al poco tiempo que **aparece un pico en un dedo** de mi mano, después noto más picos, más deformaciones pero "las niego". Psicológicamente estoy

anulada y solo veo la alternativa de seguir obedeciendo al médico para poder dejar las muletas lo antes posible. Él en ningún momento considera que el tratamiento pueda estar perjudicándome, aunque yo le he mostrado mis deformaciones. Cuando puedo tomar contacto con la realidad (a los 6 meses), lo dejo. Le pido una analítica y consulto por mi cuenta a un reumatólogo: me diagnostica **artrosis generalizada.** Pero el daño ya está hecho.

10- En octubre de 2009, el mismo médico me **opera la misma cadera.** Estoy tan anulada y dependiente que soy incapaz de irme a otro.

Se repiten los fuertes dolores posteriores. Cuando se lo comunico, veo su cara de incredulidad y sus sospechas hacia mi estado psicológico. Sabré más tarde, en una tercera intervención con otro profesional, que también en esta ocasión hay **adherencias,** pero él ni se lo plantea.

11- Mientras tanto, los efectos adversos de los tratamientos erróneos y excesivos, el stress continuado durante años y por último los antidepresivos y ansiolíticos me han provocado una subida de **presión ocular y glaucoma** que se hace severa en octubre de 2009, tras la segunda operación en la cadera derecha. Sin embargo, no acudo a consulta hasta enero de 2010, cuando noto un fallo en mi campo visual, porque **psicológicamente estoy bloqueada, ¡no puedo admitir otro problema más!**

12- **Comienzo una peregrinación desesperada por oftalmólogos.**

El miedo me supera porque mi campo visual disminuye día a día. Nadie me cree, una vez más. Me dicen que el glaucoma no va tan rápido. Un oftalmólogo de la seguridad social me **niega** mi relato desde el accidente. Me dice "IMPOSIBLE" a mis síntomas. **Él sabe lo que me pasa, yo no.** Me diagnosti-

ca de "glaucoma crónico" cuando nunca antes he tenido presión ocular. **Me envía directamente al psiquiatra.**

Para abreviar diré que lo que estaba pasando era que tenía hemorragias internas por exceso de presión, de ahí la pérdida rápida, esto derivó además en daño en nervios ópticos.

Me intervienen el ojo izquierdo en septiembre 2011.

13- **POR FIN** En 2010 (y hasta hoy), encuentro un traumatólogo excelente como profesional y como persona que me operará (bien), a lo largo de tres años, las dos caderas y los dos hombros.

14- **Consecuencias de la no escucha:**

Las severas secuelas debido al retraso en el tiempo y a actuaciones erróneas han hecho que necesite más intervenciones en el futuro.

Se me causó una ceguera parcial central bilateral. Añadido a esto, la intervención quirúrgica en mi ojo izquierdo derivó en una gran ampolla que me hace ver borroso y desenfocado.

Padezco deformaciones en todo mi cuerpo por artrosis.

Se me causaron múltiples cicatrices.

La ansiedad y miedo por todo lo pasado y todo lo que debo llevar en mi día a día ha llegado a un extremo tan severo que me ha causado un trastorno de personalidad: "trastorno de despersonalización y desrealización".

Diez años de mi vida han sido destruidos y el resto condicionados y nadie se ha responsabilizado por mis daños.

Mi voz ha de ser escuchada. Mis daños reparados. Mi condición de "mujer-víctima-paciente" reconocida. A partir de entonces empezaré a recuperarme realmente, tanto física como psíquicamente.

Este escrito es un primer paso para ello

¡¡NO a La vacunación masiva de niñas contra el virus del papiloma humano!!



Mensaje urgente del Dr. Carlos Álvarez-Darder
Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante

(Extracto de la campaña de recogida de firmas)

<http://www.nogracias.eu/2015/06/02/campana-contra-la-vacuna-del-papiloma/>

...Debe saber que esta vacuna no es necesaria, ni efectiva; y ni siquiera es segura. Es inútil y peligrosa.

Sólo ofrece protección frente a dos (o cuatro, según la marca) de las 100 cepas del virus del papiloma humano.

Los efectos de las vacunas duran pocos años (Cervarix reconoce en su ficha técnica que "al menos" 18 meses).

El virus del papiloma humano se transmite básicamente por vía sexual, por lo que no tiene ningún sentido poner la vacuna a niñas de 12, 13 ó 14 años.

Se introdujo en España cuando en otros países ya se estaban produciendo alertas por sus efectos adversos, incluyendo la muerte, invalidez permanente por enfermedad del sistema nervioso, desórdenes autoinmunes, embolismos pulmonares, síndrome de Guillain-Barré, convulsiones, desmayos, temblores, síncope, vértigos, pancreatitis, lupus y un largo etcétera de daños, sobre los que las campañas de vacunación no dicen absolutamente nada.

El Comité Asesor de Vacunas (que aunque es un organismo teóricamente independiente, está integrado por colaboradores de los laboratorios farmacéuticos, que financian sus actividades) se han planteado entre sus retos rebajar la edad de vacunación a niñas preadolescentes de 11 años, extenderla también a los varones y, además, administrar las vacunas en los colegios (en algunas comunidades ya se está haciendo), para que no haya "escapatoria".

En España la incidencia del cáncer de útero es bajísima, de las más pequeñas de Europa, donde ya de por sí es baja (el 90% de las muertes se producen en países subdesarrollados, donde las mujeres no se someten a controles ginecológicos). Desde que se introdujo la vacunación en España, hay tres casos de muertes en los que se sospecha que la causa ha podido ser la vacuna, y miles de casos de reacciones adversas (el Ministerio de Sanidad mantiene una total opacidad sobre esta información).

Algunos datos estadísticos más:

- La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es frecuentísima; casi el 90% de las mujeres la tienen en algún momento de sus vidas.
- El 70% de las infecciones remiten por sí solas en el plazo de un año. Más del 90% lo hacen en dos/tres años.
- De las que perduran, sólo el 5% progresarán hacia lesiones precancerosas.

- Los tipos de virus que potencialmente pueden evolucionar hacia el cáncer son unos 15. La vacuna teóricamente protege de dos de ellos que están en el origen del 51% de los cánceres de cérvix en España (está aún por ver cuánto protege y durante cuánto tiempo, pues no ha transcurrido el tiempo suficiente para saberlo). Frente al resto de virus la vacuna no protege.

- Una citología vaginal cada 2 ó 3 años detecta en una fase temprana estas lesiones causadas por cualquiera de estos tipos de virus, y se eliminan con una sencilla intervención con láser.

- El cáncer de cuello de útero tarda de 20 a 40 años en desarrollarse y no siempre está asociado a la presencia del virus del papiloma humano.

- La mayoría de las mujeres que mueren por cáncer de cuello de útero en España son mujeres mayores que no se habían sometido a las correspondientes revisiones ginecológicas que hubieran detectado a tiempo la enfermedad.

¿Qué justificación tiene pagar el precio de una reacción adversa grave, en niñas con toda la vida por delante, para prevenir un hipotético cáncer al cabo de 40 años, que además puede prevenirse y tratarse de otras formas que han demostrado que funcionan?

¿Compensa que nuestras hijas corran el más mínimo riesgo por una enfermedad fácil de detectar y de curar con el seguimiento regular por parte de un ginecólogo?

El objetivo (¡muy rentable!) de las empresas farmacéuticas y de los grupos de presión es, sin lugar a dudas, vacunar cuanto antes a todas las niñas, vacunar en cuanto puedan también a los niños y vacunar en los colegios en lugar de en los centros de salud (tal y como ya se está haciendo en algunos lugares).

Podemos hacer que den un paso atrás si, todos juntos, decimos NO a estos abusos.

Ver también:

EDITORIAL NOGRACIAS 05 junio 2015

Vacunas: no todas son iguales. Los casos de las vacunas de la difteria y del virus del papiloma humano. <http://www.nogracias.eu/2015/06/05/editorial-nogracias-vacunas-no-todas-son-iguales/#sthash.9Ank5UPS.dpuf>





VIAGRA FEMENINA O TODO VALE CON TAL DE VENDER

Otra vez ha salido a bombo y platillo en todos los medios de comunicación la aprobación de la FDA de un nuevo medicamento para las pobrecitas mujeres sin deseo sexual. La FLIBANSERINA.

En realidad éste no es nuevo, ya en 2010 acaparó titulares pero finalmente la FDA lo rechazó por mostrar una eficacia insignificante (aumento de 1 acontecimiento sexual satisfactorio al mes respecto al placebo) y por sus efectos adversos.

Los nuevos estudios arrojan, al parecer, un aumento leve de esta mísera eficacia, pero me permito dudar de que el fármaco haya mejorado, más bien han debido mejorar los mecanismos de manipulación de los estudios. Ya lo dijo Marcia Angell *"Cualquier investigador clínico sabe que los resultados se pueden manipular. Puedes diseñar los estudios de manera que salgan como tú quieres que salgan. Puedes controlar los datos a tener en cuenta, controlar el análisis y luego modificar ligeramente tu interpretación de los resultados"* (1).

Otra manipulación evidente es el invento del llamado síndrome de disfunción sexual femenina. Las razones por las que la sexualidad de una mujer no "funciona" pueden ser muchas: *"agotada por el trabajo,*

preocupada por la inestabilidad laboral, cansada de una sexualidad insatisfactoria, dolorida por el machismo social y de pareja, harta de los estereotipos sexuales que reprimen la variedad y la espontaneidad en las relaciones, angustiada por la situación económica, triste porque cuida familiares enfermos..." (2), ninguna de las cuales se arregla con una pastilla.

1- Shannon Brownlee. *MyS* 15, 2005

2- Editorial de *No Gracias*, 18 de junio 2015
<http://www.nogracias.eu/2015/06/18/editorial-nogracias-la-medicalizacion-de-la-sexualidad-femenina/>



¡POR FIN LA OMS ADMITE QUE EL GLIFOSATO ES CANCERÍGENO!

El 20 de marzo, la IARC, la agencia especializada en cáncer de la Organización Mundial de la Salud, publicó los resultados de la evaluación de carcinogenicidad de cinco plaguicidas organofosforados entre los que se haya el GLIFOSATO, un herbicida fabricado por Monsanto que actualmente es el más usado en todo el mundo (el nombre comercial es Round up).

La IARC lo ha incorporado a su clasificación de productos cancerígenos en la categoría 2A (Probable Cancerígeno para los seres Humanos), lo que significa que

"hay pruebas limitadas de carcinogenicidad en humanos y pruebas suficientes de carcinogenicidad en animales de experimentación". El concepto de prueba limitada, en este caso, teniendo en cuenta el poder de Monsanto y la presión enorme que ha ejercido y ejerce sobre la OMS, significa, a nuestro entender, que hay pruebas de sobra.

Para que nos hagamos una idea del calibre de estas presiones, la propia nota de la IARC, explica que ya en 1985, la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA), basándose en un estudio con ratones, había clasificado el glifosato como *"posible cancerígeno para los seres humanos"* (Grupo C), pero una re-evaluación posterior, de ese mismo estudio por parte de la propia EPA, cambió su clasificación a *"no carcinogenicidad en seres humanos"* (Grupo E) en 1991.

Este nuevo estudio que se publica ahora, devuelve de nuevo al Glifosato a la parte peligrosa de la clasificación de la que nunca debió haber salido.

Es de suponer que Monsanto no se quedará con los brazos cruzados. Seguiremos informando.

www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf

VIENTRES DE ALQUILER. UN DEBATE ESPINOSO

Actualmente en España la maternidad subrogada no es legal, pero hay cada vez más voces pidiendo que se revise este estado de cosas.

En MyS consideramos que antes de ser acometido un cambio legislativo sobre un tema tan complejo y con tantas implicaciones de tipo social, moral, de salud física y psicológica y de derechos (ver MyS 37, pg 6), es preciso un amplio y tranquilo debate que permita ahondar y desgranar sutilezas, lejos de la banalización y de los fundamentalismos.

Para fomentar el debate, empezamos informando de esta campaña "NO SOMOS VASIJAS" lanzada por un grupo de filósofas y sociólogas feministas. www.nosomosvajias.eu

Con la colaboración de:



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

Suscríbete al MyS para que podamos continuar



...Y PARA PASAR UN BUEN 2015 YA SABES... REGALA SALUD A QUIENES MÁS QUIERAS...

www.mys.matriz.net

También síguenos en facebook

www.facebook.com/pages/Revista-MYS/ y clicla "me gusta"



MyS MUJERES Y SALUD

Vale Regalo por la suscripción de un año (2 números) a la revista MyS.

- > Haz un ingreso de 15€ en la cc de CAPS: 2100-0781-49-0200081043
- > Mándanos un mensaje a mys@pangea.org con los datos de la persona a quien se la regalas.