

## ENTREVISTA

TERESA  
FERNÁNDEZ  
CERVANTES

La música  
en cuidados  
paliativos

## HORMONAS EN LA MENOPAUSIA

una epidemia  
provocada

## PAPILOMA

EL virus  
escapista

## SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

La gran olvidada

## VIOLENCIAS DE GÉNERO

Daños  
colaterales

## DOSSIER

patriarcado  
en La facultad  
de medicina

## 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 Callis,**  
Secretaria 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 Cànovas Sau  
Regina Bayo-Borrás Falcón  
Ma José Hernandez Ortiz  
Jimena Jiménez Madrazo  
Ibone Olza Fernández

### 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](http://www.labodoni.com)  
Impresión: amadip-esment.  
Centre especial de treball

Depósito legal: B 16354-2017

# sumario

EDITORIAL. cuando duele La vida. Victoria Burgos Díaz	3
MYS MENSAJES. menuda tarea nos espera. Carme Alemany Gómez y En Los momentos bajos. Esperanza Aguilà Ducet	4
ON: si nosotras paramos se para el mundo” y OFF: Frontera tarajal II de ceuta	5
ENREDHADAS. Algo habremos hecho bien. Leonor Taboada Spinardi	5
ENTREVISTA a Teresa Fernández cervantes. Leonor Taboada Spinardi	6
EL DEDO EN LA LLAGA. Escudos humanos en La sanidad. Carme Valls Llobet	9
papiloma virus: EL virus escapista. Carme Valls Llobet	10
COSAS QUE NOS PASAN. ¡a La mesa! Margarita López Carrillo	11
Los Libros te cuidan. Silvia Adela Kohan	12
cáncer de colon a Los 26. Marta Mesonero González	14
terapia hormonal para La menopausia. Carmen Mosquera Terreiros	16

### DOSSIERS

#### ¿PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA?

estudiar en La facultad de medicina. Rosa Turbau Valls	20
ciencia y feminismo. (S.)García –Dauder	24
¡juntas somos más fuertes! Aina Delgado Morell	27
de universidades, peces, industria y conflicto de intereses. Margarita López Carrillo	30
estudiantes de medicina contra el acuerdo de farmaindustria	33

#### ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

enfermería en salud mental: ¡La gran olvidada. Yolanda Garza Recio	34
de La pluri a La inter- disciplinariedad. Regina Bayo-Borrás	37

#### VIOLENCIA DE GÉNERO

entre Ley y pacto, nos siguen asesinando. Macu Gimeno Mengual	40
observatorio de violencia obstétrica en España. Serena Brigidi y Susana Ferreiro Mediante	42
MGF. Las abuelas pueden ayudar. Anneke Newman	45
daños colaterales: abuelas madres. Angels Espeig Juangran	46
La pobreza, La salud y el género. Pep Martí Valls	46
LIBROS	47
MINIDOSIS	48

## myses publicados

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.	9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.	20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.	33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.	10 “DOCTORA, ME DUELE TODO”. Fibromialgia.	21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres sí.	34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.	11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.	22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA?	36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.	13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.	23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!	37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.	15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.	24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.	38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.	16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.	25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN	39 CUANDO LA VIDA SE ACABA
7 MATAR MOSCAS A CAÑO-NAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.	17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.	26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS	40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE	18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.	27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO	41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
	19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.	29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR	42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS
		30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS	
		31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA	
		32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE	

## cuando duele La vida



Victoria Burgos Díaz

Quiero, antes que nada, dar gracias a la RED-CAPS por la labor que durante tantos años realizan tantas mujeres generosas y sabias al compartir su saber y buen hacer con las demás, me siento muy afortunada y agradecida de pertenecer a esta red.

Voy a exponer una serie de reflexiones que hemos elaborado entre varias mujeres sanitarias de Huesca, y desde mi experiencia de 37 años de médica de Atención Primaria rural (primero médico y luego médica), 30 de ellos con la misma población.

La Estrategia Nacional de Salud Mental dice:

*"La salud mental en positivo*

*La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. Entre las dimensiones que abarca se encuentran la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia.*

*En cuanto a la distribución por sexo, en España los hombres obtienen puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en salud mental positiva...*"

De esto sabemos mucho las sanitarias de Atención Primaria, de atender en consulta al "malestar de las mujeres" muchas veces derivado de, y otras veces mantenido por, las situaciones y relaciones que nos toca vivir, esto también lo reconoce la Estrategia:

*"Uno de los factores de protección de la salud mental mejor estudiados es el apoyo social percibido.*

*España presenta una de las correlaciones más altas entre apoyo social y salud mental."*

Por eso creo que hablar de Salud mental en Atención Primaria en mujeres es hablar de la vida de las mujeres, de cuánto duele la vida que nos lleva a enfermar el cuerpo y la mente.

La prevalencia de los problemas de Salud mental en España se estima en un 9%. Entre un 20 y un 25% de las consultas de Atención primaria, 1 de cada 4, tiene como motivo de consulta principal, o incluso único, un problema de salud mental.

*"Se ha sugerido que el gradiente socioeconómico de salud y las desigualdades económicas entre mujeres y hombres, así como la violencia de género y la continua responsabilidad del cuidado de otras personas, contribuyen a que las mujeres tengan peores resultados en salud mental, sobre todo asociándose con depresión (ESM 2007)"*

Así es como la VIDA es la que perturba la salud, en este caso la mental, y lleva a tantas mujeres a la consulta de AP en busca de alivio.

La misma Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud reconoce:

*"En salud mental, sin embargo, lo que determina la calidad asistencial son principalmente los y las profesionales. No solamente por su lado humano y de disposición a ayudar, sino además por su capacidad para utilizarse a sí mismos como instrumento de diagnóstico, de comunicación y de recuperación, aspecto éste de naturaleza técnica que tiene que adquirirse con entrenamiento específico."*

De hecho, la variabilidad en la práctica clínica es mucho mayor en Salud mental que en otras prácticas asistenciales y la posibilidad de hacer más daño a las mujeres en nuestra asistencia es mayor, sentencias como: "no tienes nada" o "son solo nervios", pueden ser devastadoras.

Mi percepción es que se espera mucho de las profesionales de AP en este campo y la realidad es que, en general, o al menos en mi medio, nos falta mucha formación y tiempo y nos sobra capacidad de utilizarnos a nosotras mismas como instrumento terapéutico. Acabamos "quemadas" y las mujeres que acuden a nosotras reciben una atención con una altísima variabilidad en la práctica clínica.

Quiero llamar la atención sobre la importancia de nuestra formación, en la detección de los problemas de Salud Mental ya que, contando con una gran accesibilidad (pacientes que nos pueden acudir a cualquier hora, que acuden con confianza de que van a ser atendidas, con trato cercano y una gran cantidad de horas de trato que sumamos al cabo de los años), no somos capaces, al menos en mi caso, de generar la confianza necesaria para que nos cuenten sus "voces" o sus visiones, esta para mi sigue siendo una asignatura pendiente.

Yo me pregunto si es esto todo lo que puede ofrecer un servicio público de salud tan desarrollado en otros campos.

Tal vez ha llegado el momento de incorporar estos elementos en los programas formativos de los y las profesionales de salud mental, en particular la modificación de actitudes que permitan **el paso de una concepción de la actividad sanitaria basada en la identificación de factores de riesgo a otra basada en la identificación y fortalecimiento de factores de protección.**

*El último Seminario de Autoformación de la RED-CAPS (Red de Mujeres Profesionales de la Salud), el pasado 27 de octubre, inspiró a dos compañeras estas reflexiones que hemos querido compartir con todas las vosotras:*

## ¡¡¡¡menuda tarea nos espera!!!!

El tema de esta columna tuvo su origen gracias al XIX Seminario de Autoformación de la RED-CAPS del pasado 27 de octubre. La primera mesa redonda del seminario: "¿Qué hacemos con el malestar emocional (*de las mujeres*) en Atención Primaria?" me permitió interrogarme sobre un dato: el 85% de los psicofármacos que se prescriben son para mujeres. Me pareció tan excesivo, que lo primero que me vino en mente fue Freud, quien ante la incomprensión del malestar de las mujeres en la sociedad patriarcal del siglo XIX, no se le ocurrió otra solución que calificarnos de histéricas, es decir situar **la culpa en nosotras**. Además, este nuevo concepto le procuró una fama que trascendió las fronteras a cambio de encerrarnos en la culpa. Lo sorprendente, en este hombre de gran sabiduría reconocida, es que jamás se le ocurrió analizar qué sucedía en la sociedad donde nacían, crecían, vivían y morían las "histéricas".

Esta forma de diagnosticar se ha ido transmitiendo de generación en generación, situando el origen del malestar de las mujeres en ellas mismas valorándolas como vulnerables y más dadas a la depresión, a la histeria, etc. Ello explica que el cuerpo médico haya acompañado el malestar y las quejas de las mujeres con el silencio y recetando psicofármacos hasta la saciedad.

Por suerte, después de Freud, ha habido numerosas psicoanalistas que al confrontar su propia experiencia de vida con los conceptos freudianos han cuestionado su validez. Esta confrontación ha ido generando una **Nueva Ciencia frente a la Ciencia Dominante**, a pesar de que ésta se mantiene aún como válida en la mayoría de los centros universitarios. No obstante,

gracias a esta revisión conceptual, muchas mujeres han podido posicionarse "en resistencia" ante lo que se considera ciencia. Desde esta misma orientación, al preguntarnos en el seminario de la RED-CAPS ¿Qué hacemos con el malestar emocional en Atención Primaria? y presentar los datos sobre la prescripción de psicofármacos según el sexo, se puso el foco en el silencio y la incomprensión del malestar de las mujeres existente en Atención Primaria. Ahora bien, si no desvelamos ambos desde una mirada crítica hacia nuestra sociedad capitalista y patriarcal y la vida cotidiana que ésta brinda a las mujeres, vamos a continuar administrándoles psicofármacos, silenciando su malestar e incrementando los beneficios de la industria farmacéutica. ¿Es este nuestro papel, o nos toca colectivamente "destapar la olla" del silencio y construir conjuntamente herramientas - de denuncia y alternativas - ante la prescripción de los psicofármacos? Además, según indican los datos estadísticos presentados, parecería que los hombres padecen menos malestares. Sin embargo, si comparamos sus conductas con las de las mujeres, son mayoría en: consumo de alcohol y drogas, conducción temeraria y accidentes automovilísticos, conductas suicidas y suicidios consumados, comportamientos de riesgo, actos violentos, agresiones y homicidios, agresiones sexuales y violaciones ... ¿no será que tendremos que revisar y desvelar también los silencios que encubre el concepto de masculinidad?

En resumen: Un largo camino por hacer y una gran tarea a realizar.

**Carme Alemany Gómez**

## En Los momentos bajos

En los momentos bajos, cuando el ánimo flaquea, los agobios que nos oprimen ocupan nuestros días y nuestras noches y las fuerzas parece que nos abandonan para siempre, entonces, en medio de toda esa inquietud puede aparecer, a mí me pasa a menudo, se hace presente en mi vida con una presencia contundente, cálida y arraigada fuertemente en la genealogía femenina, la presencia de la sororidad, de las compañeras en el activismo, el consuelo de compartir las ideas y los anhelos, la esperanza de la transformación de este mundo tan hostil para la salud de las mujeres y, en definitiva, para todos.

Es en esos momentos bajos cuando me pongo a pensar en todas estas mujeres presentes en mi vida, más o menos íntimamente, más o menos cercanas, y reflexiono sobre sus conocimientos,

sus experiencias, su generosidad y su entrega, y me analizo a mí también, porque a menudo me pregunto cuál es mi participación en la lucha feminista, qué apporto a esa transformación de la sociedad tan anhelada, y ahí aparecen todas las otras tareas de mi vida, las que he aceptado y me competen sólo a mí, analizo los apoyos que he tenido y que tengo, desmenuzo mis puntos débiles e intento no atormentarme.

Alguien dijo, para ser feminista hace falta ser paciente, y yo añado, para ser feminista es necesario practicar la humildad, reconocer y amar al grupo, reconocer y amar a las mujeres en su diversidad. Sentirse parte y perdonarse.

**Esperanza Aguilà Ducet**

# ON: “SI NOSOTRAS PARAMOS SE PARA EL MUNDO”



<http://hacialahuelgafeminista.org/>  
<https://www.facebook.com/Huelga-Feminista/>

Nuestra revista se une al clamor de miles de mujeres de todo el mundo que están preparando la Huelga Feminista para este 8 de Marzo.

Reproducimos las sabias palabras que en la rueda de prensa de presentación en Zaragoza nos dejaron:

“Las mujeres participamos en todos los espacios de la vida, realizamos los trabajos esenciales para que la sociedad funcione: somos mayoría en sanidad, hogar, dependencia... Sin nosotras ni se produce ni se reproduce, sin nosotras se para el mundo, y eso queremos hacer visible: todas las injusticias del sistema”. Va a ser una huelga de trabajos, de cuidados y doméstico, laboral, estudiantil y también de consumo”, El objetivo está claro “pararlo todo, en ciudades y pueblos” para exigir “vivir libres de todo tipo de violencias”, “ser dueñas de nuestros cuerpos”...

“La huelga feminista no es simbólica, es una acción de resistencia y de cambio real, y no va a acabar aquí”. “La historia del movimiento feminista nos avala, nos hemos enfrentado a grandes enemigos pero hemos permanecido fuertes y juntas no hemos cejado en nuestro empeño.,

A LA HUELGA, DIEZ, A LA HUELGA CIEN, A LA HUELGA MIL...

A LA HUELGA MADRE YO QUIERO IR...

## Off: FRONTERA TARAJAL II DE CEUTA



Tragedia: Iham y Souad mueren aplastadas en la Frontera Tarajal II de Ceuta. A las Trabajadoras se les arrebató el derecho a la vida.

Este es el texto de un tweet de Helena Maleno que apoyamos totalmente en este Off para exigir cambios inmediatos en las políticas de fronteras que contemplen los derechos humanos mientras existan fronteras.

Iham Ben Chrif, con tres hijos menores de edad, y Souad Zniter, de 27 años, se han convertido este lunes en las dos últimas porteadoras fallecidas en la frontera de Ceuta aplastadas entre la multitud. Durante los últimos diez meses, seis mujeres marroquíes han perdido la vida, desde la inauguración del nuevo paso fronterizo Tarajal II que, según el Gobierno, pretendía «dignificar» a quienes realizan esta labor y acabar con los tumultos. No ha funcionado. Un reciente informe de los colectivos Irídia, Novact y Fotomovimiento denuncia violencia verbal, empujones y golpes de la Policía Nacional contra las mujeres porteadoras. La Asociación por los Derechos Humanos de Andalucía (ADPHA) estima que el negocio en torno a los portes en las fronteras de Ceuta y Melilla genera unos 1.400 millones de euros cada año. Y la vida y la dignidad de las personas no es lo importante.

## ALgo habremos hecho bien



**Leonor Taboada Spinardi**  
 Directora MyS  
[leonortaboada6@gmail.com](mailto:leonortaboada6@gmail.com)

Verdad que las compañeras de viaje de toda la vida no se rinden y siguen. No es que hayan desaparecido, es que han aparecido muchas más que renuevan el discurso y ponen en el río sangre nueva, cataratas nuevas, que me impresionan, emocionan e iluminan... Suspiros de alivio: ha llegado el relevo al feminismo... y qué relevo!

Me apasiona no sólo lo que dicen: también como escriben... No las puedo nombrar porque no me cabrían todas.

Las leo y releo. Lagrimeo cuando las encuentro en una manifestación y flipo cuando compartimos una mesa redonda.

¿Qué hemos hecho las hijas del rock and roll para merecer esta herencia? ¿Tal vez empoderarlas? ¿Allanarles el camino? ¿Quitarles miedos de encima? ¿Crear en ellas? ¿Inocularles el mensaje de que lo personal es político?

No se han dejado convencer por nuestros logros, los han dado por sentados y siguen tirando de la cuerda.

Lo que más me sorprende es coincidir en las miradas y denuncias... la prostitución, el alquiler de úteros, el papel de la economía depredadora, el capitalismo, el rol de cuidadoras, la violencia de género, el género en salud... y ver que ellas dan pasos adelante.

Tienen algo a favor que, aunque no lo parezca, es muy importante: dominan las redes sociales haciendo llegar sus mensajes allí donde antes había barreras insalvables... Aunque los medios de comunicación de toda la vida sigan respondiendo a los intereses del patriarcado ellas han podido salirse por la tangente, saltarse las vallas de ese techo de cristal.

A las veteranas nos queda envejecer de otra manera. Crear otro modelo. Revolucionar el envejecimiento. Eso no lo pueden hacer ellas por nosotras, pero pueden ayudar y mucho. Porque cuando ellas tengan los puestos de mando —y los tendrán— escucharán nuestro discurso y nuestras alternativas para que el envejecimiento no sea una cruz, sino un oasis... Porque alternativas tenemos, eh... Y con vosotras al frente, las vallas del patriarcado caerán... como si fueran de cristal.

# TERESA FERNÁNDEZ CERVANTES

## musicoterapeuta de cuidados paliativos

Por Leonor Taboada



**¿Qué te motivó para hacer lo que haces? me refiero a tu trabajo en paliativos con la música como instrumento.**

He sido voluntaria durante algunos años en el acompañamiento a enfermos paliativos y sus familiares. Cuando hice el Máster de Musicoterapia, mi trabajo final de máster, ya lo hice con una paciente a la cual acompañaba en la Unidad de Cuidados Paliativos. Este trabajo que realicé con ella durante tres meses, me confirmó que la música influye de una forma especial en este tipo de pacientes y que es capaz de adentrarse por lugares donde no es posible con otros métodos.

Me di cuenta del trabajo tan profundo que había hecho la Musicoterapia con esta paciente a la cual acompañé y ayudé en muchísimos momentos y situaciones de dolor, de ansiedad, de miedo, de depresión y posteriormente de presencia final hasta despedirse de esta vida.

A partir de ese momento decidí tomar la responsabilidad de continuar con este trabajo y de compartir con el resto del equipo interdisciplinario la experiencia de la Musicoterapia, como un elemento a tener muy en cuenta en las Unidades de Cuidados Paliativos y con los pacientes terminales y sus familiares.

Cuando un ser humano transita por este tiempo de espera hacia un lugar que desconoce, suceden muchísimas cosas que en la cotidianidad de la vida diaria no nos damos cuenta. Aparecen preguntas, miedos, necesidades de encontrarse y de encontrar a nuestros seres queridos en otro lugar para poder ser capaces, por ejemplo, de poder pedir perdón, o de poder decir te quiero, o de poder decir tengo miedo, etc. La Música ayuda y facilita este lenguaje. Ayuda a decir cosas, a comunicar, a sentir desde el lado más profundo. En un lugar donde la materia cada vez más va perdiendo su sentido a todos los niveles, el papel de la música es fundamental para ayudar al paciente a tranquilizarse y a soltar todo lo que le pesa.

La vida sigue estando presente en el trabajo musicoterapéutico con un enfermo paliativo, también el humor. La música, ayuda a mantener las ganas de luchar si la persona legítimamente así lo decide, revitalizando y energizando física, psíquica y emocionalmente, independientemente del pronóstico o dolencia.

### Cuéntame algo de tu currículum

La idea de contarte sobre mi currículum ya se me hace pesada, como pesada fue mi trayectoria profesional; ya que desde joven siempre me tuve que mover entre dos mundos; uno el de complacer las expectativas de mis padres y el otro el de cubrir mis necesidades y gustos reales. Por lo que a nivel musical soy bastante autodidacta tanto para la escritura de mis textos como para la composición musical.

He realizado diferentes estudios, todos de alguna manera, relacionados con la sanidad: Técnico de Laboratorio, Técnico Especialista en Educación a Disminuidos Psíquicos y Físicos. Hoy por hoy he de decir que, finalmente, y después de todos estos años, soy Musicoterapeuta y que mi trabajo consiste en sanar, iluminar, equilibrar, acompañar etc. a través y con la música.

Paralelamente a esto, trabajo en la composición musical, escribo y canto. He grabado varios discos, el último "Amado" en el que he musicado a algunos de los poetas místicos más conocidos como San Juan de la Cruz, Teresa de Ávila, Kabir, etc. Creo que finalmente he definido mi profesión, y es a ella a la que me quiero dedicar por completo.

# cada paciente elige la terapia que necesita

Poder ver y experimentar el papel que tiene la música en este ámbito, me hizo darme cuenta de las muchas cosas que quedan por hacer, y de querer hacerlas o al menos intentarlo.

## ¿En qué consiste tu método?

Hasta la fecha, no he tenido tiempo de plantearme que método me gustaría seguir o si podría crear mi propio método. De momento todo lo que tengo y con lo que trabajo es la documentación de mi propia experiencia y de mi propio hacer. Sí es cierto que hay algunos enfoques dentro de la Musicoterapia que me convencen más que otros, o a los que yo, por propia naturaleza, soy más afín. Te diría que el lado humanista, o la Musicoterapia creativa, o la Musicoterapia Antroposofía quizás.

Trabajo muchísimo con la improvisación y por lo tanto intento estar siempre preparada tanto a nivel musical como humano, para comprender y saber encajar lo que el paciente me está contando o pidiendo, ya sea a través de sus cinco sentidos o también de sus silencios.

Bajo mi punto de vista, la creación también es muy importante y por lo tanto intento ayudar al paciente a crear; en este caso música, que le sirva para expresarse y para poder comunicarse.

He de decir también que finalmente es el paciente el que marca las pautas y los ritmos, y el que decide lo que quiere y cómo lo quiere; y que, en este sentido, es muy importante ser flexible y estar muy preparado para ser capaz de ofrecer y trabajar con lo que te está pidiendo en ese momento. Es el paciente el que pone su propio método. Puede ser una melodía, puede ser una canción, o una composición musical etc., pero también puede ser un simple silencio, no olvidemos que el silencio también forma parte de la música.

## ¿Cómo y cuándo te decidiste?

Hace dos años que decidí dedicarme a la Musicoterapia y que me gustaría trabajar en este ámbito de los cuidados paliativos.

La música ha sido desde que me reconozco mi motor, mi manera de expresarme con los demás y con el mundo. He comprobado lo que ha sido capaz de mover en mí y sentí que debía ser coherente con lo que yo soy y con lo que me gusta hacer.

Gracias al buen hacer de muchos profesionales, la Musicoterapia se comienza a contemplar cada vez más, como parte del equipo interdisciplinario de un hospital, aunque bien es cierto que todavía no existen los presupuestos suficientes como para que pueda haber una continuidad laboral. Debemos seguir trabajando y haciendo, hasta conseguir que sea equiparable a cualquier práctica hospitalaria.

## ¿Te inspiraste en alguien?

A nivel Musicoterapéutico no me he inspirado en nadie, ya que al ponerme a ejercer tan rápidamente, no he tenido mucho tiempo para comprobar y ver desde el lado de otros profesionales las diferentes formas de trabajo. De momento aprendo de mi propia experiencia y de mi hacer, aunque también contemplo en mi trabajo la continua formación y la supervisión de otros Musicoterapeutas con los que tomar referencias.

Mi inspiración nace constantemente de la experiencia y de la visión que me ofrece cada paciente que es individual y única; surge de cada ser humano con el que trabajo. Cada paciente elige finalmente la terapia que necesita y es importante estar atento para poder ver más allá de lo que vemos.

La inspiración surge en el momento en el que el paciente tiene un espacio para expresarse musicalmente y humanamente, y el terapeuta también lo tiene para poder ofrecerlo. Entonces surge la inspiración tanto en el paciente como en el terapeuta. Puede ser a través de cualquier elemento musical que podamos imaginar, desde cualquier sonido, ritmo, melodía, silencio, etc. Cualquier ayuda que vemos y percibimos que es la adecuada para ese momento.

Algunas veces lo comparo con preparar una comida, e intentar hacerla con la máxima delicadeza, atención, respeto y amor. Tendremos diferentes ingredientes para prepararla que serán nuestros recursos musicales, pero para hacerla exquisita al paladar necesitamos poner la máxima atención, flexibilidad y mucho cariño.

Si estamos abiertos, preparados musicalmente y también humanamente, y tenemos buenos recursos; será el paciente el que finalmente nos dirija, acompañado por la música, al puerto al que necesite ir. El trabajo es hacerlo o al menos intentarlo. Querer tomar la responsabilidad de acompañar en este tránsito y atreverse a hacerlo con la música, que es la gran facilitadora, capaz de abrir puertas y ventanas tanto a nivel emocional como mental o físico.



Cada día es diferente, cada sesión es única. La inspiración es fundamental, pero le acompaña siempre el momento presente y los elementos justos y en equilibrio.

Podemos inspirarnos en muchísimos trabajos de otros profesionales y efectivamente nos ayudan, son herramientas necesarias, pero el trabajo final es, en el ámbito paliativo y desde mi humilde experiencia, siempre único tanto para el paciente como para el Musicoterapeuta.

Es importante también estar preparado para trabajar con la música en un ambiente en el que los cambios tanto de humor, físicos, emocionales, psíquicos, etc., de los pacientes, sufran muchos altibajos y más rápidamente que en condiciones normales.

### **¿Tuviste que formarte para hacerlo?**

He tenido que formarme como Musicoterapeuta para poder hacer este trabajo y también intento dedicar diariamente un tiempo al estudio de la música, ya sea a la composición, la improvisación, la armonía etc.

En lo que se refiere a los cuidados paliativos es siempre una formación continua.

En el ejercicio de esta profesión, es necesaria también para mí, una formación paralela a nivel humano y personal. Una formación que te permita estar en equilibrio contigo y con tus emociones.

Lo que somos es lo que finalmente transmitimos y lo que somos también influye de una forma definitiva en el resultado de esta terapia.

El humor, la sorpresa, la espontaneidad... también cuentan y están presentes en muchas ocasiones en la terapia y también son herramientas muy necesarias; por lo que es necesario formarse también.

### **¿Haces cosas diferentes con niños y adultos?**

Hasta la fecha no he trabajado con niños, aunque sí contemplo la posibilidad de hacerlo y también en el ámbito de los cuidados paliativos. Solamente he tenido un caso con una paciente de 20 años con la cual hice una sesión y en este caso trabajé más con su padre que con ella, ya que ella se encontraba en

un proceso de sedación terminal; aun así, fue bastante bien dentro de las dificultades obvias de este caso en concreto.

### **¿Reaccionan del mismo modo mayores y menores?**

Para mí hay algo muy importante que distingue a los niños o a las personas más jóvenes, de los adultos o mayores; y es, que cuanto menos edad tienen, más capaces son de estar en el momento presente y de disfrutar de lo que hacen en cada instante, por lo tanto, la terapia con los menores o los niños, se hace de una manera más dinámica y ligera. En pocas ocasiones existe el peso y la preocupación por lo que va a suceder o los planteamientos de vida y de continuidad de vida que se pueda hacer un adulto. Lo que más condiciona a un niño o joven paliativo en el trabajo musicoterapéutico es el malestar y el dolor físico.

No olvidemos que una persona mayor tiene todo un proceso de vida por detrás que inevitablemente afecta al presente y al trabajo musicoterapéutico; además de una necesidad lógica, bajo mi punto de vista, de ordenar emociones, sentimientos etc. La persona adulta, en una situación de fragilidad, necesita poder crear un lecho de confianza donde depositar, sabiendo que van a ser absolutamente respetados, sus lugares más íntimos. Al niño lo conquistas en el momento con ritmos, con juegos con frescura. Si se encuentra físicamente bien y le gusta la música, la mayoría de las veces está dispuesto a participar sin plantearse nada más que el disfrute. No hay pudor, ni tampoco prejuicios. No hay planteamientos mentales complicados que dificulten la espontaneidad y la creatividad. Y si hay algún planteamiento profundo, normalmente lo expone desde un lado más natural.

Cuando le propones a un niño cantar o jugar a cantar con vocales o consonantes o improvisar algunas percusiones o hacer sonidos dispares o mover la boca o los brazos, normalmente lo hacen y hay un gozo en ello.

Los adultos en musicoterapia necesitan ser dirigidos al lugar donde va el niño, pero a ser posible sin que se den mucha cuenta de lo que están haciendo; ya que siempre tendemos a pensar que estamos haciendo el ridículo. Hay que hacerlo discretamente y ser como un guía en el camino. Una vez que consigues llevarlos al lugar del disfrute con la música en sus miles de manifestaciones, es una conquista para ambos, musicoterapeuta y paciente.

### **¿Estás "inmunizada" ante la pena?**

La verdad es que creo que nunca he sentido pena, y, es más, creo que, si la sintiera, no podría hacer mi trabajo. Cuando estoy con un paciente me dirige siempre el impulso de ayudar en el tránsito y en el proceso final.

Creo que la pena la sentimos en un plano más profundo, y la mayoría de veces con nosotros mismos y con algún ser querido mucho más cercano.



Algunas veces piensas si serías capaz y tan fuerte como muchos pacientes con los que estás si te sucediera lo mismo y si estuvieras en su situación.

Muchas veces me he conmovido viendo el amor y la ternura que hay entre un paciente y alguno de sus familiares. He visto pena, desde luego; pero lo que he visto muchísimo más es amor.

En estos momentos y en este tránsito de la vida; al contemplar algunas situaciones difíciles y muy complicadas, me he dado cuenta de lo grande que es el ser humano y de lo mucho que puede llegar a amar a un ser que sabe que va a perder; de las miles de manifestaciones que puede llegar a tener el amor y de lo mucho que somos capaces de ofrecer en estos momentos.

He podido contemplar muchas miradas bellas entre personas que se amaban, muchos gestos bellos que no necesitaban de muchas palabras.

En alguna ocasión he sido tocada también por el sentimiento de la partida de algún paciente que me ha llegado especialmente, y en algún momento he tenido que gestionar algún sentimiento de duelo personal; pero siempre ha sido desde la consciencia del proceso natural, y hasta ahora me ha dejado más tranquila saber que lo mejor es partir en la mejores y buenas condiciones; y ayudar a que así sea es parte de mi trabajo en este ámbito paliativo. Entrás, haces lo mejor, y vuelves a salir. Y vas sabiendo que esto es lo que hay que hacer; lo mejor de ti. Esto no significa que seas un autómatas, ni mucho menos, sino que aceptas e intentas estar y dar, cuidando y cuidándote.

La pena está algunas veces, pero también está el humor por contradictorio que parezca, y la risa, y también está la esperanza y la lucha, porque hasta el final hay derecho a ellas.

## ¿Además de la espiritualidad, tiene la religión algo que ver con tu trabajo? (¿con tu vocación?)

Me gusta investigar y estudiar las filosofías de las diferentes religiones que existen; como una manera de descubrir al ser humano en sus diferentes formas de búsqueda de lo divino o de su espíritu. Pero mi trabajo no tiene que ver con ninguna religión en concreto.

Estudiando a algunos de los clásicos religiosos de diferentes culturas te das cuenta de que la mayoría convergen en ese punto donde el vacío es el único camino de conexión con el espíritu; el despojarse de todo absolutamente y presentarse desnudo ante lo elevado, lo sagrado, lo divino.... Y en ese sentido tiene mucho que ver para mí, el tránsito que puede hacer un paciente y el proceso hasta madurar e integrar su paso por esta vida, al igual que el camino que hace de ir soltando poco a poco absolutamente todo.

La espiritualidad quizás es en sí ese momento de percibir y ver más allá de la visión de lo que estás viendo en ese momento. Bajo mi punto de vista, no necesariamente tiene que estar asociada a ninguna religión.

## Escudos humanos en La sanidad



### Carme Valls Llobet

Las epidemias de gripe en invierno y las de gastroenteritis en verano, continúan poniendo en crisis los centros de atención primaria y los servicios de urgencia hospitalaria, ya sobrecargados cotidianamente (y empeorando por los continuados recortes en la inversión sanitaria en toda España y especialmente en Cataluña).

La sobrecarga del sistema es atendida, escuchada, analizada, diagnosticada y tratada por las y los profesionales de atención primaria y de los servicios de urgencia, que actúan como verdaderos escudos humanos que salvaguardan el sistema, pero que al mismo tiempo son consumidos por él.

El burn out planea sobre la salud y la vida de nuestros profesionales que deben hacer frente no sólo a la naturaleza de las nuevas infecciones con bacterias cada vez más resistentes o totalmente resistentes por el mal uso de los antibióticos, sino también a la diversidad del sufrimiento humano, que acude a la atención sanitaria por fiebres, dolores, o alteraciones digestivas, que en principio podrían ser abordadas por las propias personas en casa sin necesidad de acudir al médico, pero que se agravan con la angustia económica, por la pobreza o por el paro.

La dictadura franquista ya utilizó la sanidad para "contentar" a la gente, para hacer creer a la clase obrera que tenía derechos cuando por otra parte la explotaba. También ahora los usuarios y usuarias son utilizados por el sistema político-económico como escudo humano para presionar al sistema sanitario, en lugar de proporcionar recursos para que las personas sean responsables de su salud, y para que utilicen el sistema sanitario cuando sea estrictamente necesario e imprescindible.

Creo que la aportación de las y los profesionales de la sanidad con mirada crítica debería replantear, con propuestas claras, la organización del sistema sanitario, para que éste, en lugar de escudarse en las personas, contribuya a mejorar la salud de todas y todos, trabajen o utilicen el sistema. Aunque seguro que es más fácil continuar mirando hacia la luna.

# PAPILOMAVIRUS: el virus escapista



**Carme Valls Llobet**  
Médica Endocrina

Los primeros estudios de los virus del papiloma en humanos (HPV), y de las enfermedades que podían provocar, ya demostraron que estos tipos de virus tienen una especial persistencia. Para permanecer en las células del cuello uterino durante décadas el virus debe escapar a la inmunidad del huésped. Ya en el año 2007 Shereya Kanodia<sup>1</sup>, dirigida por W. Martin Kast del Departamento de Microbiología molecular e Inmunología de la Universidad del Sur de California (Los Angeles), publicó con detalle el ciclo de vida del virus y la forma en que infectaba las células. Señalo la fecha porque la publicación y los estudios en que se basa fueron anteriores a la comercialización de las primeras dosis de vacuna supuestamente profiláctica.

El virus penetra en las células y conduce a una replicación del genoma viral en las capas basales. Algunas células emigran a las capas suprabasales y otras continúan en la capa basal multiplicándose. Pero esta infección en sí misma no conduce al cáncer. El PVH es un virus relativamente simple con pocos genes, para poder sobrevivir, pero ha desarrollado intrincadas estrategias para escapar a la inmunidad del huésped:

- Se hace invisible al huésped manteniendo un perfil muy bajo, por lo que no genera anticuerpos en sangre
- No produce viremia ni muerte celular
- Genera proteínas que imitan las del huésped
- Inhibe la forma en que se presenta el antígeno en la superficie de las células y las señales de daño o inflamación por lo que no se alerta al sistema inmune.

Estas y otras estrategias hacen que los virus persistan escapando a la supervisión de la inmunidad del huésped. Pero a pesar de la persistencia la mayoría de personas infectadas, con una buena inmunidad, pueden eliminar sus infecciones. Es conocido el papel que juega el tabaquismo, la malnutrición



y las carencias de vitaminas en la evolución maligna de las células displásicas. **Así como el consumo de anticonceptivos hormonales.**

Sorprende que, conociendo toda esta información, se haya podido introducir en la agenda de salud pública de muchos países la vacuna contra el papilomavirus humano como vacuna profiláctica, cuando ya se conocía que por muchos anticuerpos que se generen en sangre con la vacuna, las células infectadas con el virus serán indiferentes y harán barrera contra los anticuerpos que les puedan llegar desde la sangre. Escapan a la inmunidad humoral.

Claro que también se vendió la vacuna como posiblemente eficaz para evitar la evolución de las infecciones a lesiones displásicas de cuello uterino, con trabajos preliminares, cuando los resultados a más largo plazo han demostrado una respuesta pobre (Stanley 2012)<sup>2</sup> o, incluso, que la evolución de lesiones precancerosas de CIN 2 a CIN 3 es equiparable tanto en mujeres vacunadas como en las que no (Kuroki 2016)<sup>3</sup>.

Por otro lado, frente a una pobre eficacia, la vacuna ha producido ya un gran número de reacciones adversas, por lo que las críticas éticas, lideradas por equipos de investigadores en Japón (Beppu 2017)<sup>4</sup>, señalan que no se ha tenido en cuenta que para superar mecanismos de evasión del huésped, los niveles de anticuerpos tendrían que ser extraordinariamente altos por un largo período de tiempo para ser eficaz, y tampoco se ha tenido en cuenta la base genética de muchas enfermedades autoinmunes, por lo que su aplicación indiscriminada a toda la población puede generar reacciones inesperadas.

Conociendo esta posibilidad muchos autores señalan la necesidad de que los programas de control y prevención de Cáncer de cuello uterino deben tener en cuenta que cualquier vacuna debe brindar una adecuada inmunogenicidad capaz de revertir las estrategias utilizadas por PVH para evadir la respuesta inmune. Por ahora, al no existir esta vacuna ideal, la prevención del cáncer de cuello uterino, no debe bajar la guardia en la realización de las citologías preventivas, y en el seguimiento ágil de las mujeres que presenten lesiones, sin excluir las biopsias, dado que las células continúan replicando a nivel de las capas basales y suprabasales del cuello uterino.

Sin embargo conscientes de la estrategia evasora del Virus, otros grupos de investigadores exploran ya desde hace tiempo la posibilidad de desarrollar otro tipo de vacunas, las denominadas vacunas terapéuticas. Kaufmann (en el 2007)<sup>5</sup> ya logró unir proteínas estructurales de las células del cuello con secuencias antigénicas de las proteínas virales, logrando partículas más estimulantes de la inmunidad que los mismos viriones. Estas partículas estimulan la inmunidad celular, que mantiene una muralla defensiva a nivel local. Otros grupos han continuado investigando como el de Alberto Monroy-García (2015)<sup>6</sup> que ha empleado plantas como biofábricas productoras de proteínas antigénicas que permitan una defensa local sin alterar la inmunidad de los huéspedes. Hemos de seguir de cerca estas investigaciones, ya que las vacunas terapéuticas pueden ser una nueva forma de luchar contra las lesiones precancerígenas, con menos riesgos.

## REFERENCIAS

- 1 Kanodia S, Fahey LM, Kast WM. Mechanisms used by human papillomaviruses to escape the host immune response. *Curr Cancer Drug Targets*. 2007 Feb;7(1):79-89. Review.
- 2 Stanley MA. Genital human papillomavirus infections: current and prospective therapies. *J Gen Virol*. 2012 Apr;93(Pt 4):681-91. doi: 10.1099/vir.0.039677-0. Epub 2012 Feb 8. Review.
- 3 Kuroki LM, Binder PS, Powell MA, Massad LS, Gao F. Self-reported human papillomavirus vaccination does not have an impact on the risk for high-grade cervical intraepithelial neoplasia among women referred for colposcopy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul;215(1):123-6.
- 4 Beppu H, Minaguchi M, Uchide K, Kumamoto K, Sekiguchi M, Yaju Y. Lessons learnt in Japan from adverse reactions to the HPV vaccine: a medical ethics perspective. *Indian J Med Ethics*. 2017 Apr-Jun;2(2):82-88.
- 5 Kaufmann AM, Schneider A. New paradigm for prevention of cervical cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007 Jan;130(1):25-9.
- 6 Mora-García ML, Monroy-García A. [Immune response in cervical cancer. Strategies for the development of therapeutic vaccines]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53 Suppl 2:S206-11. Review.



## ¡A La mesa!

**Margarita  
López Carrillo**

Vaya por delante que considero una alimentación sana la base de la buena salud. Ahora, guárdeme mi angelita de la guarda de pronunciarme sobre lo que es bueno o malo comer. En este tiempo líquido en que vivimos tratar de "comer bien" puede producirte un ictus por cruce de cables. Puedes empezar la semana evitando obediente un alimento maldito y acabarla poniéndote morada del susodicho, elevado de un día para otro a "superalimento". Por ejemplo, ahora hay que comer grasas (también animales), ¡quién nos lo iba a decir! Por mí genial, nunca he dejado de desayunar tostaditas con chorizo ibérico (mi primera opción favorita) o sobrasada mallorquina picante (mi segunda opción favorita). Lo que ha cambiado es que antes lo decía con la boca pequeña y ahora presumo. Y ¿os acordáis de cuando los huevos eran poco menos que veneno?, pues ahora son la proteína super-mega-chachi, la "más mejor" de todas. Por mí también genial: yo sin mi huevito diario es que no me hallo (que dicen por ahí). Conocí a un dentista paraguayo que se zampaba once huevos al día; tenía setenta y largos y estaba como una rosa. Tampoco hay que exagerar, que dice un proverbio chino que mucho de algo bueno es malo, señor dentista. Y ya que va de frases sabias y antiguas, me estoy acordando de mi padre diciéndonos en la mesa, mientras nosotros miramos con asco un plato de fabada, aquello de "hay que comer de todo" (claro que a él le pirraba la fabada). Y qué me decís del café, hasta ayer mismo un grado menos malo que la estricnina y ahora va y parece que los que se toman una taza al día viven más. Por mí requeté genial, nunca he logrado dejar mi tazón despertador. Ahora el demonio se llama AZUCAR. Y yo me pregunto: ¿Voy a ser capaz de dejar la mermelada del desayuno, la horchata en verano, los caquis e higos en otoño, o el bizcocho casero que cada tanto nos prepara una prima segunda de mi marido? Viendo mi trayectoria, mucho me temo que no; lo que no sé es si será por hacer caso a mi padre, y "comer de todo" contra viento y marea, o porque soy incorregible (¡ya me lo decían las monjas!). Se lo preguntaré a mi psicoanalista.

# LOS LIBROS TE CUIDAN: Leer - escribir, hacia el bienestar y La salud



**Silvia Adela Kohan\***

Escritora y tallerista

[silviadelakohan@gmail.com](mailto:silviadelakohan@gmail.com)



Cuando mi querida Margarita me dijo: *“en diciembre publicamos el próximo número de MyS, escribe un artículo...”*, supe que me lo pedía en el momento justo, el de una renovada comprensión de que lo que no se escribe no existe, y que escribir y leer son beneficios para la salud. Algunas cosas solo pueden pensarse a medida que se escriben. Os aseguro que es así. La escritura delata, funciona como espejo, durante y después de la vivencia dolorosa. Expande la memoria voluntaria y atrae la involuntaria; por tanto, tus fantasmas *esos que te martirizan y te crean enfermedades físicas y psíquicas*, se convierten en ayudantes. Es catarsis y reflexión. Actúa en presente y es preparación para lo que vendrá.

En mi experiencia desde la enfermedad a la salud, escribiendo pude recuperar el diálogo que le reclamaba a mi madre. Apuntando detalles y atando cabos. De allí nacieron algunos de mis libros. Pude recrearla juntando fragmentos y comprendí que en lugar de culparla por su desapego, debía valorar las consecuencias que eso produjo en mí (aún no sé si habrá sido desapego o es que ella estaba atrapada en su dramática historia personal, de la cual hubiera podido liberarse escribiendo). Gracias a que yo leí tanto y escribí tanto, supe quién quería ser y quién soy, y acabé dándole las gracias. Las cosas suceden por algo. Cada persona, y por supuesto una madre, son maestros en la vida de una mujer. Así pasé de las tinieblas y el vacío, generadores de la ira y la impotencia que se adueña del hígado, a las revelaciones energéticas a través de las palabras mágicas que diluyeron las piedras. Cada tanto, una palabra era una señal, y también me refiero a las palabras de las poetisas y las novelistas y las ensayistas que leo desde el alma para llegar al cuerpo. Y pude recuperar no solo las palabras que mi madre no me dijo, sino las que me podía haber dicho, aunque dijo otras.

Tengo tres hijas mujeres, me alegro de haberlas tenido. Creo que al principio yo estaba tan perdida como mi madre, aunque creía todo lo contrario. Eso sí, desde pequeñas, les dije: *“Escribe y lo sabrás”*.

No les decía que me hubiera gustado leer lo que escribían sobre mí. Sabía que estarían tanteando y las dejaba probar. Ahora que pasaron cerca de cuarenta años, compruebo que fue un buen plan.

Escribir, releerse y leer dan sentido al caos. La ficción completa la realidad; la poesía activa las emociones; el ensayo moviliza las neuronas. Te sientes acompañada por la escritora de turno. Después, lo proceso en un diálogo continuo con algunas de mis amigas que transitan en la misma longitud de onda. Y en el intercambio, las ideas se expanden, respiran y respira mejor el cuerpo; nos contagiamos el entusiasmo; las escritoras nos alertan gracias a un párrafo, a una simple frase, a un verso que contiene el mundo, nos sumergen en otras vidas y llega la comprensión de lo que nos pasa o no nos pasa porque no nos atrevemos a probar.

Hace poco, al enviarme los diez primeros títulos de una nueva editorial le pregunté al editor por qué todos los autores eran hombres: *“Cierto, me respondió (se ve que ni lo había registrado), no hay escritoras en la colección. Pero para mí hay solo escritores al margen de su sexo masculino o femenino”*.

Pues bien, a mí me parece un buen plan leer precisamente escritoras mujeres.

A Grace Paley, por ejemplo, que les da a sus personajes la oportunidad de comenzar otra vez en la vida, contagia su falta de miedo y su resistencia ante la adversidad. Y que ha dicho: *“Las mujeres se sienten cómodas hablando de lo personal, a diferencia de los hombres. Se cuentan más cosas, y tienen muchos problemas en común. Y aunque han comprado libros escritos por hombres desde siempre, y se dieron cuenta de que no eran acerca de ellas, continuaron haciéndolo con gran interés porque era como leer acerca de un país extranjero. Los hombres nunca han devuelto la cortesía”*.

Sí, nos hace reír, nos hace llorar, como comenta de ella Susan Sontag: *“Admiro su capacidad humorística, melancólica, sen-*



*cilla, enérgica, aguda*". En una ocasión, hablando con mujeres que querían escribir y hacer otras cosas, y decían que los deberes para con sus hijos se lo impedían, Grace Paley les dijo: *"Hay que meterse en la cabeza que cuidar a los chicos no es una profesión que una tenga que hacer perfectamente, como ponerlos en la mejor escuela, estar sobre ellos todo el tiempo... es engañarse a una misma. Una no es tan importante. El mundo ya los está criando, así que si una tiene un hijo que puede ser enviado a África y ser asesinado, es mejor para ellos que ella, además de prestarle atención al chico, le preste atención al mundo. Todo está relacionado"*.

### **La escritura permite el saludable desplazamiento de lo que molesta.**

Lo colocas en otro lugar y ayuda al cambio. Al desplazarlo al papel o a la pantalla, alteras su representación en tu interior: lo procesas de otro modo. Dejas de reiterarlo mentalmente. De lo contrario, queda almacenado y daña. A la vez, al quedar registrado lo relees, lo analizas, lo retomas: te obliga a escucharte. Y así desplazas el cuestionamiento, el reproche, la resistencia. Mientras escribes o mientras lees, cada palabra mueve un campo de asociaciones, una cosa te lleva a otra, una idea te trae otra. Ya sabemos que las palabras no son inocentes. El mapa interno lingüístico nos determina. Por ejemplo, la palabra ojalá nos sitúa muy lejos de lo que queremos conseguir. Está demostrado que el lenguaje es una red en la cual asoma a cada momento y para cada cual, un tema evidente y otros latentes. Cuando mueves de lugar el evidente, los latentes se reacomodan y reparas en las ventajas de "entrar" en un problema por otra puerta. También al leer, desplazas tu vida hacia la de los personajes, descolocas las creencias limitadoras. La lectura advierte de los peligros, esos que reprimimos y se transforman en grumos que nos enferman (adaptarse/someterse, miedo al fracaso, auto-boicoteo, entre tantos...).

## Testimonios:

*"Me encanta escribir con otras mujeres, desprenden una fuerza grande"*.

*"Tras escribir mi conflicto, lo he visto desde otra perspectiva y he sentido alivio"*.

*"Al escribirlo, he notado que me juzgo mucho"*.

*"He escrito casi de forma automática en torno al sentimiento en cuestión. He sentido cosas tan físicas como que la piel de mi brazo se erizaba cuando alguna frase hermosa apuntaba justo a ese sentimiento"*

*"Constato al leerlo que no ha ido por el camino que pensé que tomaría. Un poco como si tuviera vida propia, una coherencia interna que importase más que mis expectativas"*.

*"Me siento de algún modo fortalecida, como si al dar forma al texto yo me hiciera también más real"*.

*"A medida que avanzaba en el texto se me iba deshaciendo el nudo del estómago y las palabras fluían más ágiles"*.

*"Cuando escribía sobre mí lo hacía a través de un alter ego, hacerlo en la práctica de este taller ha sido nuevo para mí y me ayudó a eliminar pudores paralizantes"*.

Una pregunta esencial: "¿Qué sabes de tu abuela materna?". Al responderla por escrito quizá compruebes que muchos de tus miedos actuales eran también los miedos de ella:

*"... y al comprender la vida de mi abuela, pude eliminar una energía estancada y sentirme libre de muchas cosas que me estaban impidiendo avanzar"*.

*"Comprendí que los «no debo» o «no puedo» pertenecen a un ayer en el que, posiblemente, otro yo anterior no podía, no sabía o no quería saber; un tiempo en el que se dependió del cuidado de algunos y se estuvo a merced de las decisiones de otros"*.

*"... tengo que escribir sobre mi historia, que empieza al revés, cuando los recuerdos florecen ya de adulta. Una mujer que se enfrenta a un pasado que había guardado en un rincón de su memoria y que el cuerpo me recuerda muchos años después. No escribo por publicar sino por poner el punto final a mi proceso. Para cerrar el capítulo"*.

Si todavía no escribes (leer también es reescribir), tienes la oportunidad de empezar. Si en cambio, escribes a menudo es borrosa la frontera entre escribir para uno mismo y hacerlo para la creación literaria. Es común empezar por una vía y acabar en la otra. En cualquier caso, ahora te propongo que escribas la historia de tu vida en un adjetivo y tires de ese hilo. Escribir (y leer) es una inversión a largo plazo. Como dice Tagami Kikusha, *"Incluso arrastrándose en la arena la enredadera florece"*.

\*Autora de "La escritura terapéutica (claves para escribir la vida y la creación literaria)", ALBA editorial, 3013.

# CÁNCER DE COLON A LOS 26: no todo ha sido oscuridad



**Marta Mesonero González**  
[marta.mgz9@gmail.com](mailto:marta.mgz9@gmail.com)

todo porque creo que es importante hacer noticia de lo positivo. Es un canto a la vida, al lado bueno de las cosas y a la necesidad de encontrar lo bonito de la parte oscura. Está hecha desde el corazón, intentando expresar de la mejor manera que sé cómo me he sentido y vivido.

Mi historia empieza el día en que me regalaron una segunda vida. El 12 de diciembre del 2016 me operaron por unos quistes endométricos en los ovarios y el intestino. La operación era sencilla o ese era el plan, pero cuando ya estaban cerrando, encontraron en el recto a un invitado no deseado. Había un tumor de tres centímetros. Un tumor que no se esperaban, que a la edad de 26 años era muy poco probable, pero ahí estaba. Para limpiar el recto me quitaron gran parte y reconstruyeron, con lo que quedó, unos cuatro centímetros que se han convertido en la parte más querida de mi cuerpo. Para proteger la zona y que curara bien realizaron una ileostomía. Aquí va la primera palabreja "ileostomía". Se trata de una abertura en la pared abdominal donde recolocan el extremo terminal del íleon. Para que nos entendamos, me sacaron el intestino delgado por la barriga creando algo así como un *alien*. ¿Recordáis la peli? Pues el momento en el que sale por la barriga es lo que me vino a la mente la primera vez que lo vi.

Cuando desperté la bolsa se convirtió en mi peor pesadilla. Era gigante y transparente. Se veía perfectamente el trozo de intestino, rojo y enorme. A eso se le sumó que hacía lo que quería, porque no tenía ningún tipo de control sobre él. De repente salían gases o empezaba a evacuar como si no hubiese un mañana inflando la bolsa como un globo. Lloré durante un día entero, no me veía capaz de seguir mi vida con algo así. Mis amigos querían venir a verme pero yo no sabía cómo. ¿Y si sonaba delante de ellos?, ¿y si se inflaba? Y el olor... tenía ese olor asqueroso metido en la nariz y por mucha colonia que pusiera seguía ahí. Pasé tres días en cama hasta que me dieron los resultados de la biopsia y me dijeron que lo que habían encontrado era cáncer. Hasta ese día ni me había preocupado por el invitado.

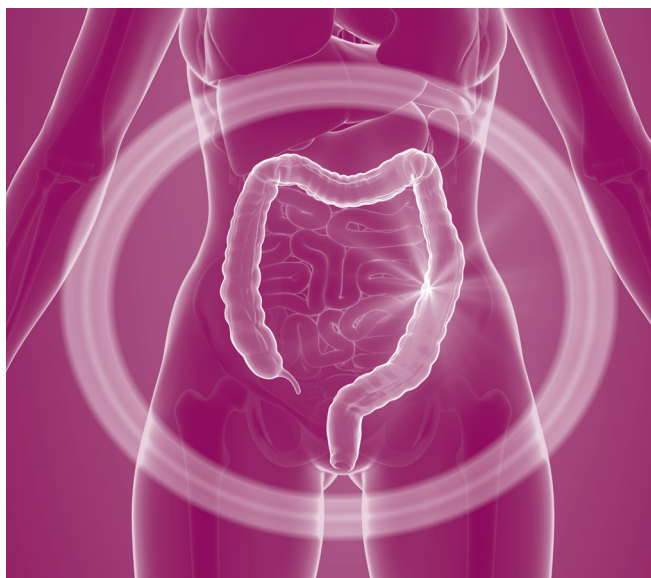
Cáncer... Esa palabra significaba muerte. Cuantas noticias, cuantas personas habían muerto y malvivido por esta puñetera en-

fermedad. Y ahora me tocaba a mí. ¿Por qué? Durante diez minutos lo único que oía de la doctora era que me iba a morir. Pensé "Has tenido una vida muy bonita". Realmente sentí que si había llegado el fin por lo menos no tenía nada de lo que arrepentirme. He viajado, conocido a personas increíbles, había querido mucho y me había sentido muy querida. Aunque si hay más... ¡Bienvenido sea! Dejé de divagar, no todo tenía por qué estar perdido y empecé con las preguntas de rigor. ¿Ahora qué toca hacer? Cuando la doctora se fue me sentí con fuerza por primera vez en tres días. Me esperaban unos meses duros de tratamiento para terminar con el "bichito" y tenía que poner de mi parte. Ese día fue el primero que salí de la habitación a dar un paseo. Mi mente débil y obsesionada con la bolsa se volvió fuerte y dispuesta a aguantar lo que viniese. Tenía ganas de vivir, me encantaba mi vida, mi gente y mis planes. Sentí que la vida era demasiado bonita como para rendirme y si ahora tocaba esto había que aceptarlo y encontrar la forma de seguir, de seguir siendo yo.

El alta llegó en una semana. El día antes vino una enfermera para ayudarme y explicarme todo lo que necesitaba saber sobre la ileostomía. Cómo cambiar la bolsa, cómo preparar los aros, cómo cuidar el estoma, qué podía comer, etc. Era mucha información y al principio parece cuestión de vida o muerte, pero con el tiempo todo se va normalizando. Los primeros días en casa tardaba una media de 20 minutos en cambiar la bolsa y si tocaba renovar aro podía estar hasta una hora. Era frustrante no conseguir colocarla a la primera y el miedo a que se soltará me hacía revisarla una y otra vez. Un mes después se convirtió en algo mecánico, como quien se maquilla cada día antes de salir de casa.

Cuando me sentí con fuerzas decidí que iba a seguir con mi vida lo más normalizada que pudiese. No podía trabajar, comer ni beber según qué, ni hacer deporte, ni viajar o salir de fiesta pero habría cosas que sí podría hacer como una chica normal de 26 años ¿no? Para salir al mundo me preparé una mochila con el kit de supervivencia necesario. El siguiente paso era encontrar algo que ponerme, fue desesperante. En mi armario no había nada que tapase la bolsa, o eso creía yo. Tardé tres horas en decidir qué ropa usar. Nada me gustaba, necesitaba camisetas anchas, largas y cómodas pero a la vez quería verme guapa y subir un poco la autoestima que se arrastraba por los suelos. Era imposible, me pusiese lo que me pusiese la bolsa estaba ahí retándome a salir.

Una vez fuera de casa todo era extraño. Solo pensaba en mi *alien*, en si los demás verían que estaba ahí. También me sorprendió ver que el mundo seguía girando, que cada uno continuaba con su vida, eso fue decepcionante. No es que me crea



el ombligo del mundo pero aceptar que mi vida está en pausa mientras en el exterior siguen pasando cosas es complicado. Sobre todo porque sabía que había experiencias en las que yo no podría participar y odio quedarme fuera.

La excursión al mundo exterior fue bastante bien y sin incidentes. A pesar de estar un poco en tensión, controlando los movimientos y ruidos del *alien*, disfruté mucho de la normalidad de ir a tomar algo con amigos. Aunque ese día fue bien, he de reconocer que ha habido varios sustos estando fuera de casa. A los pocos meses de empezar la radio quedé con una amiga para tomar un café. Mientras estábamos en una terraza noté cómo parte del aro se despegaba y empezaba a salir el contenido de la bolsa. Corrí al baño como pude intentando no mancharme la ropa. Entre temblores y maldiciones conseguí cambiarme todo sin mancharme, aún no sé cómo lo hice. Desde entonces en mi mochila también hay una muda. De todo se aprende.

Empezar la quimio fue un reto. Sabía que iba a ser duro pero ni en mis peores pesadillas imaginé que pudiese encontrarme tan mal. Pasaba semana y media encerrada en casa y cuatro días en libertad. En mi caso desde el principio hubo problemas para poner los ciclos cuando tocaba. Siempre tenía las defensas bajas y hasta encontrar la inyección adecuada pasaron dos interminables meses. Sentía que no avanzaba. Mis amigos y familiares me animaban contando los ciclos que faltaban "venga que solo quedan cuatro". ¿Solo?, la palabra es "¡aún!". Fueron unos meses muy duros en que no reconocía ni mi propio cuerpo pero cuando estaba bien usaba toda la energía que me quedaba en disfrutar. Disfrutar del aire libre, la naturaleza, el calor y del amor que me daban todas las personas de mí alrededor. Aprendí que aunque suene a tópico realmente se necesita muy poco para disfrutar.

La ileostomía, al igual que muchas enfermedades o trastornos, es algo muy desconocido. En siete meses he encontrado a cuatro personas contadas que supieran de lo que hablaba. De hecho me he convertido en una experta en el tema, a día de hoy podría dar una clase magistral a los alumnos de enfermería. Imaginaos hasta qué punto es desconocido que incluso en los hospitales había veces que me sentía un bicho raro porque no

todos los médicos ni todos las enfermeras se atrevían a manipularla. El motivo de la poca información es el mismo que la desinformación que hay sobre trastornos mentales o enfermedades degenerativas, hasta que no te pasa de cerca no quieres saber del lado malo de la vida. Pero analizando mi proceso, si hubiese conocido a alguien con ileostomía, si hubiese tenido información de antemano, posiblemente no me habría afectado tanto cuando abrí los ojos después de la operación. Saber que es algo con lo que podía vivir casi con total normalidad me habría gustado mucho en su momento.

Con el cáncer pasa algo parecido. De la misma manera que mi primer pensamiento al saber que tenía cáncer de colon fue "voy a morir" toda la gente a la que se lo contaba cambiaba su mirada. En sus ojos leía perfectamente "pobrecita, que jodida está". No voy a decir que no lo estuviese, el cáncer es duro porque el tratamiento es muy duro. Pero de cánceres hay de todos los tipos, colores y tamaños. Yo no he tenido ni el más difícil ni el más fácil, he tenido el mío y he tenido mi proceso. Mi lucha no ha sido contra los bichitos, de eso se encargaban mis médicos y el tratamiento, mi lucha ha sido controlar mi estado mental y anímico, y eso también puede ser muy duro. La desinformación no ayuda a ser positiva y a veces la información tampoco. Cada día leía en las noticias de algún famoso que había "caído en la batalla contra el cáncer". Todos tenemos conocidos que han muerto por esta causa. Para mí esas muertes fueron muy sentidas. No solo a nivel humano, creo que a todos nos entristece saber de la muerte de alguien ya sea más o menos conocido. Pero cuando estas en una situación parecida aún es más ya que no puedes evitar pensar en que quizá tu tampoco lo superas, en si no funciona la quimio o en si tienes una recaída en unos años. Mi consuelo era saber que por cada paciente que muere hay otros tantos que sobreviven. Pero esos no son noticia. Se queda en la intimidad de la persona, sus familiares y amigos.

En mi caso estoy terminado el proceso y me niego a sentir que estos meses solo me sirven a mí y a mi aprendizaje. Quiero compartirlo porque las historias que salen bien merecen ser contadas. La gente que ahora empieza en un proceso así o que tiene miedo a que algún día les toque a ellos merecen saber que hay diferentes formas de vivirlo. Por lo menos a mí me reconfortaría saber que aunque al principio todo parece negro en ti está la solución para verlo en color. Que si un pantalón no queda bien, prueba con una falda y cambia tu forma de vestir. Que si la comida es insípida, prueba nuevas maneras de cocinar. Que si no es posible ir a la playa por la tarde, por la noche el agua esta perfecta y hay menos gente. Que una experiencia negativa puede ser una buena historia que contar y pasar el rato entre risas. Que si alguien se aleja porque estás en una situación complicada, no merecía la pena que estuviese a tu lado. Que si hay un día malo, el día siguiente será perfecto por el simple hecho de que ya sabes cómo es estar en un agujero y ahora que puedes decides disfrutar plenamente. El lado malo de la vida forma parte de la vida y yo la adoro con todas sus caras.

# TERAPIA HORMONAL PARA LA MENOPAUSIA: La historia de una epidemia provocada



**Carmen Mosquera Terreiros**  
Médica Epidemióloga

La historia de la Terapia Hormonal (TH) es el paradigma de la medicalización de población sana desde el sistema sanitario, en beneficio de los intereses de la industria farmacéutica y del propio sistema (profesionales y administración de turno). Esta historia no trata de hacer una revisión bibliográfica al uso, sino de destacar aspectos que nos ayuden a denunciarla y a no repetirla, complementando aportaciones que ya se realizaron en la revista MyS<sup>1</sup>.

La historia comienza ya a mediados del siglo pasado; en su inicio la TH estaba constituida sólo por estrógenos, lo que provocó la primera epidemia de cáncer de endometrio en los setenta; esta epidemia produjo un descenso en su uso por parte de las mujeres, y como respuesta al mismo apareció un nuevo fármaco que combinaba estrógeno y progestágeno. Esta terapia combinada se promocionó en los años setenta y ochenta y, para aumentar sus ventas y los dividendos económicos derivados, a sus supuestos beneficios –mejora de los “síntomas” climatéricos, del humor y de la libido, juventud y bienestar integral...- Farmaindustria añadió (y nos vendió) una serie de milagros preventivos: de enfermedad cardiovascular, de osteoporosis, Alzheimer, cáncer de colon... En fin, la panacea.

Sin embargo, en 1998 el estudio HERS, en mujeres con enfermedad cardiovascular, no encontró ningún beneficio de la TH en su prevención secundaria. El mismo año, Elizabeth Barrett-Connor (JAMA) plantea serias dudas y preguntas sobre los riesgos y supuestos beneficios de la THS y señala la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados. Tres años más tarde, la misma investigadora junto con Cynthia A Stuenkel (International Journal of Epidemiology 2001), en una revisión de los estudios observacionales publicados hasta el momento, concluyen que mientras no se conocieran los resultados de los ensayos clínicos en marcha, sería prudente **limitar el uso de la TH** a mujeres con sintomatología severa, mujeres con ovariectomía (hasta los 50-55 años) y en el caso de prevención de osteoporosis sólo en los 5 años siguientes a la menopausia.

Al fin, en el año 2002, se publican los resultados del Women's Health Initiative (WHI) en EEUU y en 2003 los resultados del

Million Women Study (MWS) en UK, **los primeros ensayos clínicos sobre la terapia hormonal en la menopausia, después de 50 años de su prescripción y uso por millones de mujeres.** Ambos estudios muestran la relación de la TH con un incremento del riesgo de cáncer de mama, cáncer de endometrio, enfermedad cardiovascular (específicamente de infarto), ictus, tromboembolismo venoso (embolismo pulmonar). Estos riesgos aumentaban con el tiempo de exposición. En el año 2004, la Agencia Española del Medicamento, siguiendo la estela de la Agencia Europea, emite una información dirigida a profesionales y otra dirigida a las mujeres en las que cuantifica esos riesgos y limita la prescripción y el uso de dichos fármacos en estas recomendaciones.

1. Para el tratamiento a corto plazo de síntomas de la menopausia que dificulten la actividad diaria... **utilizando la dosis más baja que resulte efectiva y durante el menor tiempo posible.**
2. En su uso a largo plazo para prevenir la osteoporosis en mujeres con un riesgo elevado de padecer fracturas, la THS sólo debería de utilizarse en aquellos casos en los que no se puede utilizar otros tratamientos o en los que el efecto de otros tratamientos haya resultado insatisfactorio.
3. No debe de utilizarse en otras situaciones distintas a las indicadas.

En 2007 la epidemióloga Valerie Beral (Lancet) en un análisis de los datos del Million Women Study demostró una mayor incidencia y mortalidad del cáncer de ovario en las mujeres que utilizaban la TH. Estos hallazgos fueron confirmados por otros estudios.

## ¿cuántas mujeres estaban expuestas a esos riesgos?

Datos de la cohorte EPIC, en la que participan 10 países europeos y cinco CCAA (Asturias, País Vasco, Navarra, Murcia y la provincia de Granada), ponen de manifiesto el alto por-



centaje (superior al 50%) de mujeres que utilizaban la TH en Europa en la primera mitad de los noventa; Italia, España y Holanda registraban porcentajes más bajos.

Dado los millones de mujeres expuestas –y en un porcentaje elevado “para toda la vida”- y los riesgos asociados a cada patología, éstos “tratamientos” hormonales produjeron una verdadera epidemia de miles y miles de casos de cáncer de mama, infarto y tromboembolismo **en mujeres sanas**.

## qué conocían Las mujeres acerca de La TH?

No se disponía de adecuada investigación sobre un tema tan fundamental. En nuestro país, el estudio de Isabel Ruíz en Granada (Gac Sanit 2004) puso de manifiesto la información sesgada que recibían: las mujeres conocían con mayor frecuencia los supuestos beneficios, tanto las que utilizaban las hormonas (91%) como las que no lo hacían (57%), y en mucha menor medida los riesgos asociados a estos fármacos (57% y 28% respectivamente).

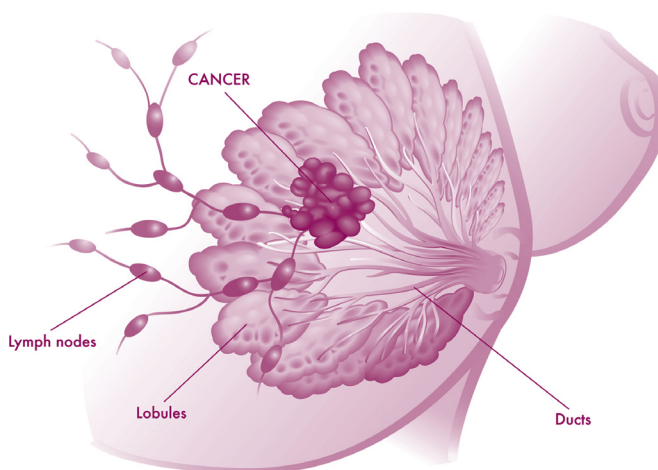
Este es un ejemplo de cómo el sistema sanitario, sin contar con las necesarias evidencias (ensayos clínicos), (de)formado por la industria farmacéutica (su “docente” básica) y prisionero de la misma, toma decisiones por las mujeres, a las que engaña y medicaliza, provocando una enorme iatrogenia en población sana. Estas decisiones paternalistas impiden que seamos nosotras las que, con una información rigurosa que refleje también la incertidumbre, con nuestros valores, preferencias y circunstancias decidamos sobre nuestro cuerpo y nuestra salud.

## La información rigurosa e independiente empodera a Las mujeres

En el estudio de Asturias (Carmen Moquera, Gac Sanit 2009), se observó un descenso modesto en la prescripción de la TH (24.5%) en los dos años posteriores a la publicación del WHI y MWS (cuyos resultados se supone deberían haber llegado a las y los profesionales) y mostró un descenso adicional muy

relevante (49%) después de acciones de información científica, veraz e independiente dirigida a las mujeres y profesionales. Ello supuso que el porcentaje de mujeres expuestas pasara del 17,2% en 2001 a un 4,1% en 2005, cifra más acorde con lo que esperábamos, a tenor de una encuesta realizada previamente a grupos de mujeres asturianas participantes en el programa Tiempo Propio (un 5% referían trastornos asociados al cambio hormonal que les dificultaba su vida diaria). Este pequeño ejemplo, que aún la metodología investigación, nos sirve para recordar lo que el movimiento de mujeres para la salud, el movimiento feminista, viene planteando desde hace muchas décadas: la necesidad y la obligación de información científica rigurosa e independiente para aumentar el empoderamiento y la capacidad de decisión de las mujeres (de la población) y para reducir la ignorancia y/o la complicidad del sistema sanitario con respecto a farma-tecno-industria.

## EL descenso en el uso de La TH y el descenso del cáncer de mama



Descensos en el uso/prescripción de la THS, en torno a un 30-40%, fueron generalizados y mostrados por la bibliografía universal. Pocos años después del WHI y el MWS se publican los resultados de estudios realizados en EEUU, Australia, Nueva Zelanda, UK, Canadá ... que muestran los descensos

en la frecuencia del cáncer de mama asociados al descenso en el uso de la TH, una vez controlada la variable “uso de mamografía” (en los programas de cribado o fuera de ellos) que tendría un efecto contrario debido al sobrediagnóstico que ocasiona. Este descenso del Ca de mama se observó fundamentalmente en mujeres de 50 años y más y en los tumores hormono-dependientes.

Usan THS	Dinamarca	Francia	Alemania	Italia	Noruega	España	Holanda	UK
Nunca	49.5	42.4	39.8	74.7	30.6	81.0	73.7	59.5
Actual	33.6	36.2	46.2	12.0	59.2	10.5	13.4	28.1
Pasado	16.6	18.2	13.2	12.9	9.7	8.5	12.8	10.8
N.C.	0.2	3.2	0.8	0.5	0.5	0.0	0.1	1.6

*Uso de la THS en mujeres post-menopausicas en la cohorte EPIC (1992-96)*



Estudios poblacionales en el conjunto de EEUU (Shetty Kanaka, Medical Care 2009) mostraron la asociación temporal entre la caída en la exposición a la TH y el descenso de los casos de infarto agudo de miocardio en mujeres mayores de 40 años. Este fue un aspecto de la epidemia menos estudiado.

## La epidemia silenciada y Los Lamentos de La “ciencia”

Esta epidemia, nunca fue estudiada ni documentada por el Ministerio de Sanidad, organismo responsable de las políticas farmacéuticas; fue una epidemia silenciada e ignorada como lo fueron la de la talidomida, el agreal, el viox y otras más asociadas a las malas prácticas de la industria farmacéutica con la complicidad y/o colaboración de ciertas sociedades profesionales y la pasividad, al menos, de las autoridades sanitarias.

En Asturias, las propuestas realizadas para incluir en el contrato-programa de los años 2003 y 2004 la vigilancia/control de la prescripción inadecuada de la THS fueron sistemáticamente rechazadas por la autoridad de salud pública; finalmente fue incorporada en el contrato-programa de 2005 para desaparecer en los años sucesivos; simplemente no interesaba.

En el año 2002, Sackett (CMAJ), el “padre” de la Medicina Basada en la Evidencia, en un artículo titulado “La arrogancia de la Medicina Preventiva” calificaba a ésta de agresivamente asertiva, presuntuosa y despótica y denunciaba:

*“Los expertos se niegan a aprender de la historia hasta que la hacen ellos mismos y el precio de su arrogancia es pagado por inocentes. La medicina preventiva es demasiado importante para ser dirigida por ellos”.*

El editorial de *Annals of Internal Medicine* de agosto de 2002 titulado “Cómo hemos podido equivocarnos tanto” se daba golpes de pecho al igual que la declaración de la presidencia del colegio de medicina alemán comparando la epidemia de la TH con la epidemia de la talidomida.

## Las ventas bajan y no hay tiempo que perder

Mientras tanto la industria farmacéutica con las sociedades profesionales - Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) y la Sociedad Española de Ginecología (SEGO) - y sus adláteres en el sistema sanitario y en el mundo académico, no pierden el tiempo. En mayo de 2008 se organiza en Madrid un congreso multitudinario de la International

Menopause Society, financiado por Wyeth, Bayer, Novo Nordisk Femcare y Schering Pharma para “destacar los beneficios de la THS y reducir los temores de las mujeres sobre su uso” como denunció Melissa Sweet, periodista colaboradora del BMJ.

Los titulares de la prensa sobre aquel evento eran tan clarificadores como aterradores: “Medio millar de expertos debaten desde hoy en Madrid sobre patologías asociadas a la menopausia, como la fibromialgia”, “Ginecólogos piden que se cree la especialidad de Gerontología Ginecológica para tratar los estados de la postmenopausia”, “El 20% del 7,5 millones de mujeres españolas con menopausia podrían requerir THS” El comunicado de la SEGO y la AEEM del 15 de junio fue comentado en el MyS en el artículo “Menopausia: Los ginecólogos recomiendan lo que las autoridades sanitarias desaconsejan”. Y la Agencia Española del Medicamento, en octubre emite una hoja informativa reafirmando en las recomendaciones de 2004.

La SEGO y la AEEM, para escarnio de las mujeres, declaran octubre de ese año como “El mes de la menopausia”. En junio de 2008, la web de la SEGO dejaba clara su íntima relación con Farmaindustria.

## Los escritores fantasma (ghostwriting) y La producción “científica”

Muy interesante e imprescindible fue el artículo de *Plos Medicine* titulado “El refugio de las revistas médicas: Cómo los escritores fantasmas vendieron la THS”<sup>2</sup>. Su autora, la farmacóloga Adriane Fugh-Berman, participó como experta de las 14.000 demandantes en el litigio contra Wyeth, en EEUU, en el que se presentaron 1.500 documentos sobre la promoción de medicamentos y el uso de “proveedores” para producir artículos por escritores-fantasma (ghostwriting) y colocarlos en revistas médicas apropiadas, para influir en quienes prescriben.

Además de los escritores-fantasma, de las propias compañías farmacéuticas o pertenecientes a “compañías de educación y comunicación médica”, este sistema de producción y publicación de artículos interesados necesita de una “autoría” cuyo nombre es el que aparece en el artículo.

Esto no sólo ocurre con artículos, sino también con conferencias, simposios, carteles, resúmenes, presentaciones power point, documentos clínicos ... en toda posible producción y comunicación (supuestamente) científica. El número de este tipo de aportaciones de la industria se cuenta por centenares e incluso por miles.

*"Se desconoce la cantidad de académicos, doctores ... que participan, o cuántos artículos en revistas médicas con peer review están escritos por un ghostwriting, pero existe la preocupación de que la práctica sea extensa",* asegura la autora. Esta práctica – que afecta a otros muchos medicamentos como Paxil (paroxetina), Neurontin, Zoloft (sertralina) o Vioxx- jugó un papel muy relevante en todo el historial de marketing de la TH desde sus inicios. El artículo va desentrañando el entramado de la farmacéutica Wyet para tratar de desmontar todos y cada uno de los resultados relevantes de los estudios que durante más de tres décadas demostraban los efectos adversos, o la ausencia de efectos beneficiosos, de la TH.

En estos procesos fraudulentos tiene lugar un "marketing no regulado" a través de las revistas médicas, o en palabras de la propia industria:

*"las publicaciones revisadas por pares ofrecen refugio a las compañías farmacéuticas de las aguas regulatorias a menudo tormentosas. La FDA considera que los artículos publicados son expresiones comerciales protegidas, por lo que no regula su contenido".*

Con lo cual, esas revistas médicas permiten a las farmacéuticas "vender" usos no indicados en la ficha técnica del medicamento, usos distintos a los aprobados por la FDA.

Recientemente, JAMA publicó un artículo<sup>3</sup> basado en un análisis de los datos del WHI sobre la mortalidad general y específica, concluyendo que *"en las mujeres postmenopáusicas la TH, combinada o sólo con estrógenos, no está asociada con una mayor mortalidad general ni específica por enfermedad cardiovascular o cáncer, en un período de seguimiento acumulado de 18 años"*.

La TH produce más cáncer de mama, ovario, endometrio, más infartos, ictus y tromboembolismo pulmonar... pero, tranquilas, sobrevivimos a todo ello. Un insulto a la inteligencia. Cualquiera diría que somos inmortales (excepto cuando nos matan directamente).

Este *paper* podría pasar desapercibido si no lo publicara esta prestigiosa revista. Parte de la autoría de este artículo recibió honorarios (¿vendrá de honor?) de la industria que vende estos productos (Novartis, Genentech, Amgen, Astra-Zeneca, Novo Nordisk, Genomic Health, Sermonix) por servicios diversos: consultorías, conferencias, actividades educativas, de revisión, entre las nombradas.

Mencionar, por último, las conclusiones de la última revisión de US Preventive Services Task Force<sup>4</sup>, basadas en la revisión

de 18 ensayos clínicos, que aportan unas recomendaciones grado D. En un editorial firmado por Cora E. Lewis, internista y epidemióloga, y Melissa F Wellons<sup>5</sup> se hace un resumen de los hitos en el largo y sinuoso camino hasta llegar a las actuales recomendaciones sobre la TH: **las mujeres deberían de evitar la terapia hormonal para "prevenir" afecciones crónicas. Las que necesiten utilizarla para aliviar su malestar, han de hacerlo a la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible.** Acaban su editorial, recordándonos que el alivio de síntomas es distinto a la prevención de enfermedades a largo plazo.

**EN RESUMEN**, la epidemia de la TH no es el pasado, es una amenaza activa; no se detectan cambios en las políticas de formación/información de profesionales sanitarios que nos hagan esperar un conocimiento científico confiable y una independencia de criterio respecto a Farmaindustria; las autoridades sanitarias continúan mirando para otro lado, ni siquiera cumplen "in vigilando" a través de sus sistemas de vigilancia epidemiológica.

Las mujeres somos cada vez más conscientes de las amenazas derivadas de este sistema neoliberal donde la industria marca la pauta en la que somos diana preferente, pero: ¿En qué medida? ¿A qué niveles? ¿En qué sectores o clase social? ¿Podríamos mejorarlo?

#### BIBLIOGRAFÍA RECIENTE

1. Ver: MyS 13-14, 2004, pg 10-12; MyS 24, 2008, pg 18; MyS 20, 2006m pg 52; MyS 23, 2008, pg 21-28; MyS 26-27, 2010, pg 44.
2. Adriane J Fugh-Berman. The Haunting of Medical Journals: How Ghostwriting Sold "HRT". PLoS Med, 2010; 7 (9): e1000335.
3. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE and col for WHI Investigators. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality. The Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 2017;318(10):927-38.
4. US Preventive Services Task Force. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2017; 12;318(22):2224-33.
5. Cora E Lewis and Melissa F Wellons. Menopausal Hormone Therapy for Primary Prevention of Chronic Disease. JAMA 2017; 318 (22): 2187-9

# ¿PATRIARCADO EN LA FA



**Rosa Turbau Valls**

Estudiante de 6º de medicina (UAB)

## ESTUDIAR EN LA FACULTAD DE MEDICINA ¡una experiencia surrealista! \*

*Medicina* es una palabra que deriva del latín y significa “el arte de curar”. Cuando una decide invertir su tiempo en formarse en este arte, se imagina que en su camino la sensibilidad y el espíritu crítico serán herramientas fundamentales para avanzar. Sin embargo, pronto aprende que durante los años de facultad es mejor dejar estas capacidades aparte (o disimularlas), ya que más que herramientas se pueden convertir en obstáculos para llegar hasta el final. Aun así, a algunas nos cuesta no empatizar con las injusticias, especialmente en temas de género, llevándonos a enfrentamientos surrealistas con profesores/as de la facultad.

Como estudiante de medicina, mi caso es bastante particular, pues esta es mi segunda carrera. Antes de lanzarme a la universidad otra vez trabajé varios años como profesora de ciencias en institutos por lo que existe una considerable diferencia de edad con mis compañeros de clase. Quizá por eso mi mirada sobre las experiencias vividas en la facultad es más crítica, especialmente a nivel de la docencia. Ante la propuesta de escribir este artículo, decidí pasar un mes fijándome en si las clases y prácticas realmente se hacían desde una perspectiva de género y si había cosas que comentar al respecto. Sólo necesité quince días para llenar media libreta de ideas así que pensé que valdría la pena compartirlas.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer			
<b>Capacidad para usar el teléfono</b>	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1			
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1			
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1			
	- No utiliza el teléfono	0	0			
<b>Compras</b>	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1			
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0			
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0			
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0			
<b>Preparación de la comida</b>	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1			
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0			
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0			
	- Necesita que le prepares y sirvan las comidas		0			
<b>Cuidado de la casa</b>	- Mantiene solo la casa con ayuda ocasional para trabajos pesados		1			
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1			
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1			
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1			
	- No participa en ninguna labor de la casa		0			
<b>Lavado de ropa</b>	- Lava por sí solo toda su ropa		1			
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1			
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0			
<b>Uso de medios de transporte</b>	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1			
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1			
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1			
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0			
	- No viaja en absoluto	0	0			
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1			
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0			
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0			
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1			
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1			
	- Incapaz de manejar dinero	0	0			
<b>Interpretación:</b>						
<b>Mujeres</b>	Dependencia	0-1 Total	2-3 Grave	4-5 Moderada	6-7 Leve	8 Autónoma
<b>Hombres</b>	Dependencia	0 Total	1 Grave	2-3 Moderada	4 Leve	5 Autónoma

### sobre Los contenidos

A nivel de contenido, empezaré hablando del Índice de Lawton y Brody (Escala de actividades de la vida diaria instrumentales), que se estudia en la asignatura de geriatría,

y permiten evaluar si un paciente es dependiente o no para las actividades de la vida diaria. Es la escala más utilizada en España actualmente.

\*Ver ponencia completa en <http://www.caps.cat/redcaps/seminaris.html>

## CULTAD DE MEDICINA?

En esta escala se valoran actividades como la capacidad para usar el teléfono, para ir a comprar, para preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, tener responsabilidad respecto a su medicación, y manejar los asuntos económicos. En los hombres, las habilidades de cocinar, cuidar la casa y lavar la ropa no se puntúan, ya que esta escala se diseñó en Filadelfia en 1969, en una sociedad donde los hombres no hacían estos trabajos. Pero claro, hoy en día hay hombres que realizan estas tareas viviendo en pareja, o solos y las tienen que realizar. Así pues, el hecho de no evaluarlas puede suponer que no estamos valorando correctamente la dependencia del paciente y que pensemos que es bastante autónomo, cuando en realidad no lo es porque no puede hacer estas tareas básicas para la supervivencia. Entonces, este tipo de índices ¿no se tendrían que actualizar? Lo curioso del asunto, es que cuando le hice esta pregunta al profesor en clase, se quedó muy sorprendido, y me dijo que este índice es el que se usa y se ha usado desde hace muchos años, y que nosotros no estamos aquí para poner en duda nada, sino para memorizar lo que nos digan y punto. Así que, como veis, esta fue una primera gran motivación para el espíritu crítico. **Y eso, pues, da que pensar...**

En urología, uno de los temas que se estudia hace referencia a la disfunción eréctil. Se trabaja la fisiología de la erección, que por sí no habéis tenido la oportunidad de leer sobre el tema, pues está extremadamente estudiada, incluso a nivel molecular, así como también hay mucha investigación sobre los fármacos para tratar la disfunción eréctil e incluso los efectos psicológicos de esta disfunción. En fin, que hay un tema entero y complicadísimo para hablar de todo lo relacionado con el placer masculino. A mí la verdad es que me pareció interesante, pero claro, al acabar urología me entraron ganas de empezar ginecología y llegar al tema donde se hablara de los mecanismos de placer en la mujer, sus disfunciones, etc. Pero, cuando llegué a ginecología en cuarto se habló de patología (como la endometriosis, una enfermedad que afecta de forma importante la vida de muchas mujeres y para la cual no se dispone de ningún fármaco específico, a diferencia de los varios fármacos disponibles para la disfunción eréctil), menopausia, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, etc... pero ni rastro de los mecanismos de placer. Ah bueno, sí que hubo un tema sobre sexualidad: el tema sobre la esterilidad e infertilidad, ya que parece ser que en la mujer lo de

tener hijos es una de las cosas que más preocupa, y es más importante que los mecanismos de placer, a diferencia de los hombres. **Y claro, eso da que pensar...**

Por suerte para las estudiantes de medicina curiosas por autoconocerse, en quinto tuvimos la oportunidad de poder estudiar los mecanismos de placer femeninos, pero ¿a que no adivináis en qué asignatura? En psiquiatría. Sí, sí. Una clase interesantísima sobre respuesta sexual y disfunciones, donde pudimos descubrir el trabajo de Masters & Johnson y Alfred C. Kinsey y entender las diferencias entre el orgasmo femenino y masculino. Apasionante. Aunque queda por preguntarse si realmente es la asignatura correcta para tratar este tema por primera vez y si no se podría estudiar la parte biológica femenina en ginecología, como se estudia la parte biológica masculina en urología, dejando el componente psicológico para psiquiatría.

Ya que hablamos de ginecología, me gustaría comentar una pregunta del examen final de esta asignatura:

La respuesta correcta, según el profesor, es la D. Yo marqué la A, y cuando fui a revisión de examen, me llevé conmigo la guía de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), concretamente el capítulo que habla sobre la anticoncepción hormonal y las pruebas previas a realizar antes de recetarla. Según la guía, "si existen antecedentes en familiares menores de 45 años de Tromboembolismo venoso o de localización atípica, se debe hacer un estudio de trombofilia (con una analítica sanguínea), siendo en estos casos un requisito imprescindible previo a la prescripción". En la pregunta del examen no se especifica si la paciente tiene o no tiene antecedentes familiares de este tipo, ni siquiera se plantea en las posibles respuestas que sea una pregunta importante a realizar antes de dar el tratamiento. Así pues, con la poca información dada, una puede pensar que es más adecuado realizarle una analítica sanguínea antes de recetarle anticonceptivos para prevenir posibles daños graves en el caso que pudiera estar padeciendo una

49. Mujer de 20 años que viene a la consulta acompañada de su novio solicitando un método anticonceptivo. Tiene relaciones desde hace varios meses. Siempre usan el preservativo pero hace poco se les rompió y tuvieron que usar la contracepción de emergencia. Se asustaron mucho porque no desean un embarazo. Quieren un contraceptivo eficaz, ya que no quieren volverlo a pasar mal. ¿Qué pruebas deben realizarse antes de iniciar un contraceptivo hormonal combinado en este caso?

A. Una analítica sanguínea.

B. Una citología cervicovaginal.

C. Una ecografía transvaginal.

D. No es necesario realizar ninguna de las pruebas antes citadas.

enfermedad no conocida hasta el momento. Pues se ve que no.. La respuesta del catedrático de ginecología fue: "El problema es que tú piensas demasiado... no tienes que pensar en los matices o las excepciones, sino en las ideas generales y claras que te damos y aprendértelas"... Y eso que, según dicen, en medicina dos y dos normalmente no son cuatro... Mi respuesta antes de salir con una gran decepción de su despacho fue "es que yo quiero ser médica, no una máquina de repetir protocolos". Lo más grave del asunto, desde mi punto de vista, es que por elaborar clases prácticas y preguntas de examen sintéticas, se acaban simplificando los conceptos que el estudiante debe aprender sin pensar y sin adaptarlos a los casos concretos ni utilizar su sentido común. De hecho, días después del examen, cuando hablaba con mis compañeros/as de clase, todos/as me respondían que para dar anticonceptivos no era necesario hacer ningún tipo de prueba. **Y claro, eso da que pensar...**

*Curiosamente, un año después, en pediatría, la neuróloga que nos habló sobre los ictus en niños y jóvenes, resaltó la importancia de realizar estudios de trombofilia en chicas antes de recetarles anticonceptivos. Así pues, una se queda con la duda de qué criterio seguir, hasta que se da cuenta de que lo mejor será hacerse uno propio.*

También en clase de ginecología, se nos habló sobre el VPH (Virus del Papiloma Humano) y su vacuna, tema muy discutido en la RED-CAPS y sobre el cual tenemos mucha información. La cuestión es que se habló de la vacuna como eficaz, necesaria y segura para la población. Yo en ese momento ya había visto la primera versión del documental en el que participó el CAPS y leído algunos artículos y comenté a la profesora que había varios expertos que no estaban muy de acuerdo con esas afirmaciones, las cuales venían mayoritariamente de estudios financiados por las mismas farmacéuticas. Hay que decir que la profesora estuvo contenta de que alguien participara, de que hubiera espíritu crítico, pues ella sabía que es un tema en el que hay controversia y en todo momento me dejó hablar y fomentó el debate, aunque en una clase de 90 estudiantes nadie más habló. Quizá porque no les interesaba, quizá porque no habían tenido acceso a cierta información. Así que mucho espíritu crítico creo que no había. Discutimos durante un buen rato y al final la profesora dijo que en el futuro se vería quien tenía razón, que no descartaba que a lo mejor lo que yo decía fuera cierto... pero que no se puede ser tan desconfiada como para ir dudando de todo, incluso de las farmacéuticas. (Momento de pausa para que cada una sitúe este comentario... ¿a alguien más le parece una repuesta surrealista?).

Aludiendo al tema de la vacuna contra el VPH, una profesora de medicina preventiva, en una clase donde nos hablaba

sobre cómo evaluar la eficacia de las vacunas, nos habló de ella por encima y al final de la clase quise comentarle mis dudas al respecto. Me dijo que estaba de acuerdo en que la eficacia de esta vacuna no está demostrada, ni tampoco su seguridad, pero que ella no lo puede decir en público.. **Y claro, eso da que pensar...**

Siguiendo con la asignatura de medicina preventiva y salud pública, debo confesar mi sorpresa cuando llegué a clase el primer día y me fijé en el título de la presentación: "El hombre y el medio ambiente". Caramba – pensé – ¿Y la mujer?... creo que no me voy a sentir muy reconocida en esta clase. Durante dos horas estudiamos los efectos perjudiciales de las partículas suspendidas en el aire y otros contaminantes en el agua y la prevalencia de ciertas enfermedades causadas por ellas pero en ningún momento se habló de Sensibilidad Química Múltiple. Sensibilizada yo por la información que se transmite a través de la RED-CAPS sobre esta enfermedad, pregunté al profesor si íbamos a hablar sobre ella en alguna clase. Él respondió que no, y la razón que dio es que afecta a muy pocas mujeres y por ahora la OMS no la considera una enfermedad como tal. Ahora entiendo el título de la presentación, pensé... Más que nada, que si algún día os encontraréis a un/a médico/a de mi generación, no os enfadéis si no sabe qué es la Sensibilidad Química Múltiple; os aseguro que en clase no se lo han explicado... si ha tenido la suerte de cruzarse con la RED-CAPS, eso ya es otra cosa.

*Curiosamente, al cabo de unas semanas apareció en el Campus Virtual (una plataforma donde los profesores cuelgan los documentos complementarios para nuestra formación) un documento que hablaba sobre la Sensibilidad Química Múltiple y la Fatiga Crónica. Obviamente ningún estudiante lo leyó, puesto que los profesores no avisaron de que lo habían colgado ni que fuera de interés leerlo, pero supongo que el profesor quedó con su conciencia tranquila*

En la clase de medicina preventiva sobre salud sexual y reproductiva salió la definición de perspectiva de género en la primera diapositiva: "El género se fundamenta en la organización social de los sexos: las características, valores y roles que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo configuran las identidades masculina y femenina. La salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios sanitarios y estos se asocian al género...". Esto me hizo augurar una clase interesante. Sin embargo, poco después el tema llegó a su parte crucial cuando el profesor explicó el retraso que ha habido en la edad que las mujeres escogen para tener hijos, acompañándolo de una hermosa frase

dirigida a todas las alumnas presentes: "a ver si os empezáis a organizar ya, que si no luego se os hace tarde...", sin implicar de ningún modo a los hombres presentes, sin hablar de la dificultad de conciliar vida estudiantil-laboral y familiar, sin legitimar a las mujeres que ejercen su derecho a no tener hijos. Muchas reaccionamos con expresión de desacuerdo, aunque nadie dijo nada. Y lo más curioso es que a la mayoría de hombres presentes les hizo gracia la broma. **Y claro, eso da que pensar...**

Al final de la clase fui a hablar con el profesor y le dije que me había parecido curioso que en la primera diapositiva se presentara la perspectiva de género y tanto las 59 diapositivas restantes como sus comentarios no tuvieran ni rastro de ella. Aproveché para confesarle que su comentario sobre la maternidad me había parecido muy desafortunado y se justificó diciendo que había querido hacer una bromita y que la clase pasara mejor. No pude aguantarme y le solté que hay muchas personas luchando por la igualdad de derechos de hombres y mujeres como para que venga un profesor, al que se supone que debemos respetar y creer, y se cargue todo ese trabajo para hacerse el simpático. Obviamente hoy en día este profesor y yo no somos muy amigos que digamos.

## sobre La relación médico-paciente

Actualmente en la carrera hay clases dedicadas a hablar sobre cómo debería ser la relación médico-paciente, cosa que me parece extremadamente importante. Aun así, muchas actitudes que aprendemos a nivel teórico en estas clases, no se ven reflejadas en la realidad de la práctica en el hospital, de manera que es difícil aprender por imitación. Voy a exponer dos situaciones vividas en este sentido, en la que los protagonistas son un médico y una médica, lo que demuestra que eso no tiene por qué marcar una diferencia.

**La primera experiencia** fue una mañana en consultas de ginecología. Transcribo aquí lo que escribí esa misma tarde, afectada por la situación que había vivido.

*<Entra una paciente de unos 60 años acompañada por su marido. Esperan los resultados de una biopsia de mama. El médico ni les mira a la cara al entrar porque está buscando los resultados en el ordenador. Se genera un silencio tenso y la paciente me mira a mí, sentada en un taburete al lado del médico, como si yo tuviera que hablar. Yo digo "buenos días", sonrío y espero. El médico, sin tan siquiera mirarla, le dice "pues sí, bueno, tiene cáncer". La mujer se queda paralizada y me sigue mirando a mí, y yo busco acompañarla como puedo con la mirada, pero siento que no es suficiente.*

*El marido, preocupado, pregunta si es malo. El médico dice que sí, es muy malo, pero que "tiene suerte" porque hay un tratamiento específico. Tampoco se lo explica muy concreto, sino así como por encima sin importarle si ella está entendiendo bien la situación. Rápidamente le programa el inicio de la quimioterapia y cirugía y le dice que esto va para largo. La mujer, que todavía no ha logrado digerir la noticia, le pregunta si podrá seguir trabajando, casi segura de que sí, de que esto de la quimio no debe ser para tanto. El médico aquí sí que la mira, para decirle que ni de broma, que ya puede cogerse la baja hoy mismo y que seguramente siga de baja hasta dentro de un año. Ella se queda muy chocada y al ver que el médico le entrega los papeles y da por acabada la visita, se levanta junto con su marido y se van. Su última mirada es desde la puerta, cuando el médico ya vuelve a mirar el ordenador para preparar la siguiente visita. Sus ojos llorosos están llenos de incredulidad. Como los míos. >*

**La segunda experiencia** se produjo en el servicio de digestivo. Entró en la sala de endoscopias una mujer de 45 años programada para una gastroscopia. En esta prueba se introduce un tubo por la boca hasta el estómago para poderlo observar y tomar muestras. Antes de empezar la prueba la médica le preguntó si tenía alguna alergia o algún problema en la boca. La paciente comentó que los dos dientes delanteros superiores se le movían. La médica le dijo que durante la prueba estos dientes se podrían ver dañados, incluso que se le cayeran y le preguntó de manera insistente por qué le habían pedido esa prueba. La paciente dijo que no lo sabía, que tenía problemas de estómago y que el médico le había dicho que se la hiciera. La médica le dijo que hay otras pruebas que no tendrían ese riesgo... y que decidiera ella en ese momento si hacérsela o no, pero que lo decidiera rápido porque les estaba haciendo perder el tiempo. La paciente, desconcertada, no sabía qué decir. No sabía hasta qué punto hay riesgo en la prueba ni tampoco si esa prueba era necesaria, ni tenía la información para decidirlo, y menos bajo presión. Finalmente decidió que sí, y antes de sedarla la médica le dijo: "bueno, pues que quede claro que si se le caen los dientes es su culpa no la mía". No sé si fue casualidad, pero la médica trató a todos los pacientes hombres que tuvo durante esa mañana con mucha más amabilidad.

Tanto esta experiencia como la anterior sorprenden porque las actitudes del médico y la médica en estos casos difieren mucho de las que nos enseñan que tendríamos que tener...

**Y eso... da que pensar, y mucho.**

# CIENCIA Y FEMINISMO

## De La ignorancia oculta al saber silenciado



(S.) García-Dauder

Psicólogo social y docente (URJC, Madrid)

dau.dauder@urjc.es

El imaginario científico, y de las ciencias de la salud, está saturado de mentes masculinas (y blancas) que opinan sobre cuerpos o naturalezas femeninas (o negras). Para ejemplificar esto, no hay más que recordar la imagen de Charcot y sus discípulos examinando los movimientos de una de las histéricas en la Salpêtrière e imaginar dicha escena con los roles invertidos: sustituir a los observadores varones por mujeres doctoras observando los movimientos histéricos de un joven varón. Si además pensamos en mujeres negras que observan bajo el escrutinio científico cuerpos blancos masculinos, la imagen se torna más irrisoria aún.

A lo largo de la historia de la ciencia y de la medicina, ciertos grupos han sido desacreditados como no conocedores, al tiempo que se ha invisibilizado su resistencia, transformándola estratégicamente en ignorancia o incompetencia<sup>1</sup>. La ignorancia aquí es producto del establecimiento de **estándares de credibilidad imbuidos por sistemas de opresión que favorecen a los grupos privilegiados**, mientras construyen identidades en desventaja epistémica. Barbara Ehrenreich y Deirdre English (1988)<sup>2</sup> nos mostraron la desautorización del saber de brujas, comadronas y enfermeras por parte de la profesión médica, y del de las propias madres necesitadas de conocimientos expertos masculinos “por su propio bien”<sup>3</sup>. Tradiciones orales de cuidados, técnicas curativas espirituales o conocimiento indígena, son ejemplos de saberes ocultados y desprestigiados, algunos además reapropiados bajo nuevos formatos legítimos con envoltorio científico<sup>4</sup>.

La teoría feminista se ha preguntado sobre si el sexo/género de quien investiga es epistemológicamente relevante. Es decir, si esta homogeneización del sujeto de la ciencia afecta a la objetividad de la misma o, dicho de otro modo, si una mayor democratización o diversidad de la comunidad científica redundaría en una ciencia más rigurosa y justa socialmente. ¿Hasta qué punto el feminismo, como movimiento social y teoría crítica, ha contribuido a una ciencia más objetiva?<sup>5</sup>. La historia de la ciencia nos muestra que la presencia de mujeres –en toda su diversidad-, si bien no es

suficiente, sí es una condición necesaria para una ciencia mejor y más justa: porque **cuando se investiga desde puntos de vista tradicionalmente excluidos de la comunidad científica se identifican muchos campos de ignorancia, se desvelan secretos, se visibilizan otras prioridades, se formulan nuevas preguntas y se critican los valores hegemónicos**<sup>6</sup>. Por poner un ejemplo, a finales del XIX, cuando se institucionalizó la Psicología como disciplina, fueron las propias pioneras psicólogas – muchas de ellas feministas y sufragistas- las que utilizaron sus conocimientos científicos para desmontar mitos vigentes sobre la inferioridad de las mujeres que, de forma acrítica, eran defendidos por sus compañeros de disciplina (como que estudiar afectaría su capacidad reproductiva, que eran menos variables y por tanto más mediocres que los varones,...). Tampoco es casual que Mamie y Kenneth Clark, pioneros psicólogos negros, invirtieran sus esfuerzos investigadores en demostrar el daño psicológico que producía en los niños la segregación racial en las escuelas, con su famoso experimento de las muñecas blancas y negras<sup>7</sup>. Lo que se defiende aquí no es que el hecho de ser mujer, o pertenecer a algún colectivo excluido de la ciencia, *necesariamente* lleve a una conciencia crítica, sino que una mayor democratización y diversidad en la comunidad científica aumentará la probabilidad de que se identifiquen campos de ignorancia y, a veces, incluso, de que se provoquen cambios de paradigma.

Nancy Tuana<sup>1</sup> en su artículo “El espejo de la ignorancia: El Movimiento de Salud de las Mujeres y las epistemologías de la ignorancia” expone una clasificación de diferentes **prácticas de producción de ignorancia**:

1 *Saber que no se sabe, sin que importe*. Se refiere al desinterés por conocer e investigar sobre determinados temas por parte de quienes están en posiciones de iniciar y financiar investigaciones, donde la decisión de “no saber” está unida al privilegio (la falta de interés por la investigación en contracepción masculina sería un buen ejemplo de ello).



2 Ni siquiera se sabe que no se sabe.

La autora pone como ejemplo el desconocimiento histórico sobre la anatomía del clítoris, y hoy podríamos hablar de una ignorancia similar respecto a la próstata o la eyaculación femenina.

3 Cuando no quieren que sepamos.

En ocasiones, las instancias de poder de conocimiento promocionan la ignorancia de ciertos grupos. En este caso, existe conocimiento pero interesa la ignorancia pública de las mujeres, en muchos casos

para proteger los beneficios de las empresas: mediante secretos, ocultamientos o "medias verdades" respecto a los efectos secundarios de medicamentos. Son varios los ejemplos donde las compañías farmacéuticas han retenido conocimiento sobre las implicaciones de sus productos sobre la salud de las mujeres (desde la píldora, hasta la THS, la vacuna del VPH y un triste y largo etcétera).

4 Por voluntad, por no querer saber. Aquí la ignorancia no es pasiva, se trata de actos de negligencia por parte de los grupos privilegiados que no quieren saber sobre las condiciones opresivas que ellos mismos han creado o sobre su propia posición de privilegio que ni se hace consciente, ni se reconoce como tal.

5 La ignorancia desde el cuidado. Tiene un sentido positivo que consiste básicamente en la habilidad de no saber, desde la humildad y la pregunta, se refiere a la aceptación de que no siempre podemos saber, al reconocimiento de que hay modalidades de ser que no podremos comprender completamente. El conocimiento científico, en su afán por controlar y dominar la naturaleza y los cuerpos de las mujeres, ha generado históricamente amplios campos de ignorancia por su soberbia de creer que es posible aislar y manipular variables para conocer "verdaderas naturalezas"<sup>8</sup>.

Junto a esta ignorancia, la teoría feminista también ha identificado tres principales sesgos de género en la investigación científica:

1 En primer lugar, la exageración de las diferencias entre hombres y mujeres, esencializando un dualismo complementario y desigual que reduce la diversidad a dos. Se trata de sexismo disfrazado de ciencia: por ejemplo, los cerebros de los hombres "de Marte" y los de las mujeres "de Venus" o ponerle género al cerebro.

2 El segundo sesgo, la omisión de las diferencias, presupone la norma masculina como referente único y universal



desde un marco androcéntrico<sup>9</sup>. Con ello, se invisibiliza la morbilidad diferencial, con negligencias en la salud de las mujeres, o bien se patologiza la diferencia y los efectos de la desigualdad (el "síndrome de Yentl", la ausencia de mujeres en los ensayos clínicos o la medicalización de "malestares de género", ...).

Se trata de dos sesgos aparentemente paradójicos: "si se rompe el androcentrismo, se marcan las diferencias y se corre el riesgo de fijarlas; y si no se marcan las diferencias para romper el dualismo, se corre el riesgo androcéntrico de que lo masculino quede como representante de lo genérico"<sup>6</sup>. Su manejo dependerá de las necesidades de cada contexto.

3 Por último, la incomprensión de la complejidad biopsicosocial o de las múltiples diferencias y opresiones que intersectan ha producido también importantes ejemplos de "ciencia mejorable" detectados por la investigación feminista<sup>10</sup>.

La pregunta es si estamos ante casos de mala ciencia o de ciencia al uso, si es una cuestión de corrección de sesgos o de plantearnos formas diferentes de hacer ciencia que no asuman la neutralidad de la misma, la separación rígida y distante sujeto-objeto, el "ojo de Dios que mira desde ninguna parte"<sup>11</sup>. Para algunas epistemólogas feministas, la "objetividad fuerte" en ciencia equivale a conocimientos situados y responsables, a favorecer la articulación de puntos de vista diferentes en cuya tensión y conflicto se genera un conocimiento más rico.

Por ello, **no solo es importante conocer las prácticas de producción de ignorancia, también visibilizar el papel de movimientos sociales o activismos en salud, en este caso de mujeres, en la producción de "ciencia sin hacer"**. Poniendo como ejemplo el Movimiento de Salud de las Mujeres, en los años 70, Tuana recupera el valor

de los grupos de mujeres que, como expertas conocedoras encarnadas, en contextos colectivos y reflexivos (grupos de conciencia y autocuidado), generaron conocimiento alternativo al conocimiento autorizado por la profesión médica, desde y sobre sus cuerpos, confiando en su propia autoridad cognitiva. En el contexto español, la recepción de *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* o la difusión de un texto como el *Cuaderno feminista*<sup>12</sup> fueron claves para la generación de conocimiento colectivo y reflexivo entre mujeres. También los movimientos LGTB han sido fundamentales como correctivos epistémicos en ciencias como la Medicina o la Psicología, presionando con sus acciones de protesta para que dichas disciplinas dejaran de patologizar la diversidad sexual, en sus diferentes variantes.

Se trata de diferentes ejemplos de activismos relacionados con la salud, en formatos diversos, cuya actuación implica diversificar las voces y plantear cambios en el conocimiento biomédico y en el sistema sanitario. Algunos colectivos asociados a condiciones médicas han pasado de generar conocimiento en el interior del grupo, intercambiando conocimiento experiencial (en forma de consejo o testimonio), a generar conocimiento hacia fuera. Y ello, no solo divulgando y haciendo accesible el conocimiento "experto" (traduciendo textos o haciéndolos más claros en sus webs, por ejemplo), sino produciendo un conocimiento propio, alternativo y riguroso. Se trata de saberes híbridos experienciales/expertos que han identificado campos de ignorancia o ciencia sin hacer y han generado conocimiento alternativo, no sólo biomédico también bio-ético y legal. Por ejemplo mediante formas de "epidemiología popular", generando datos propios, o actuando como "correctivos epistémicos", transformando las propias nociones de salud o enfermedad, de lo normal o lo patológico.



**La revista *Mujeres y Salud* en sus diferentes monográficos ha visibilizado estos casos de evidencia basada en el activismo**<sup>13</sup>. El monográfico *Las voces que hay que oír* (MyS 36), al visibilizar el conocimiento generado desde el movimiento de escucha de voces, alternativo a la psiquiatrización, constituye un buen ejemplo de colaboración

y confusión entre voces (profesionales-escuchadoras de voces), entre narrativas experto-experienciales. Un buen ejemplo del paso de "hablar sobre, a hablar con, a escuchar". Lo mismo se podría decir de otros números de la revista en los que se visibilizan prácticas y conocimientos derivados de diferentes activismos feministas en salud: en torno al cáncer

de mama, la "ginecología autogestiva", la vacuna del VPH, la endometriosis, etc.

Es necesario visibilizar y reivindicar la autoridad epistémica de estos grupos activistas de mujeres en salud e identificar otras culturas de conocimiento y formas de saber en torno a la salud y los cuidados, tradicionalmente excluidas. Desarrollar nuevas modalidades de investigación e innovaciones metodológicas que permitan la participación de voces tradicionalmente excluidas de la generación de conocimiento.

En definitiva, lo que se ha tratado de exponer aquí, siguiendo a las epistemologías feministas, es que una mayor diversidad e igualdad en la comunidad científica redundará en una mejor ciencia. Por ello, la presencia de movimientos sociales y activismos en salud, al visibilizar lo no cuestionado, marcar ciencia sin hacer y en ocasiones provocar cambios de paradigma, ha contribuido a una ciencia menos distorsionada y más justa socialmente, y con ello ha mejorado también la atención sanitaria.

## REFERENCIAS:

- 1 Tuana, Nancy (2006). The speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance. *Hypatia*, 21(3): 1-19.
- 2 Ehreinreich, Barbara y English, Deirdre (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal.
- 3 Ehreinreich, Barbara y English, Deirdre (1990). *Por su propio bien*. Madrid: Taurus.
- 4 Murphy, Michelle (2012). *Seizing the Means of Reproduction. Entanglements of Feminism, Health, and Technoscience*. Durham: Duke UP.
- 5 Harding, Sandra (1996). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Morata.
- 6 García-Dauder, (S.) y Pérez Sedeño, Eulalia (2017). *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- 7 García Dauder, Silvia (2005). *Psicología y feminismo: historia olvidada de mujeres pioneras en Psicología*. Madrid: Narcea.
- 8 Keller, Evelyn F. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.
- 9 Valls Llobet, Carme (2008). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Mondadori.
- 10 Velasco, Sara (2009). *Sexo, género y salud*. Madrid: Minerva.
- 11 Haraway, Donna (1995). *Ciencia, Cyborgs y Mujeres*. Madrid: Cátedra.
- 12 Taboada, Leonor (1978). *Cuaderno feminista: Introducción al self-help*. Fontanella.
- 13 [www.mys.matriz.net](http://www.mys.matriz.net)

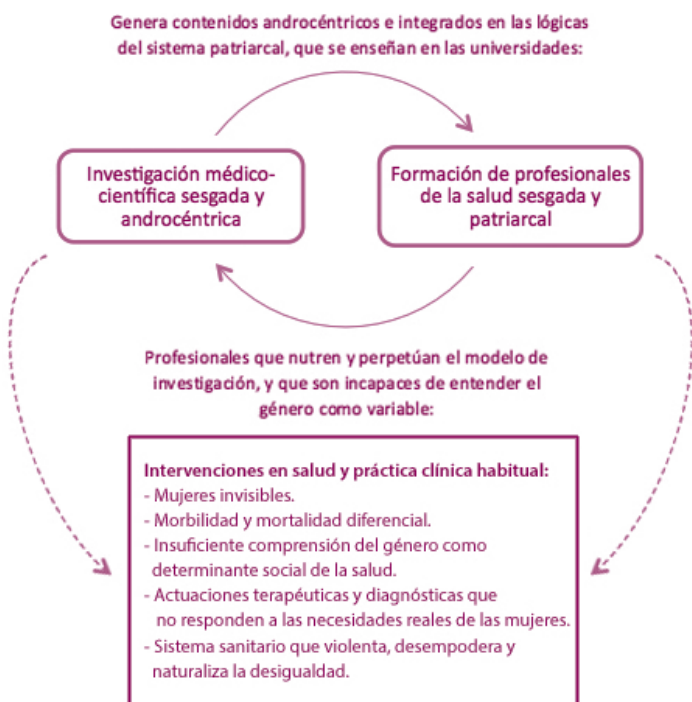


**Aina Delgado Morell**  
Estudiante de 5º de medicina

# ¡JUNTAS SOMOS MÁS FUERTES!

## Denuncia de La transmisión patriarcal en La facultad de medicina

Tenemos bien claro ya cómo el sistema médico-científico es uno de los pilares básicos sobre el que se sostiene y se reproduce el patriarcado. Pero es interesante no perder de vista el ciclo de influencia mutua que constituyen la formación de profesionales de la salud y la investigación médico-científica.



Teniendo presentes las formas concretas en que el patriarcado ha conceptualizado históricamente a las mujeres, y cómo ha usado el sistema médico-científico para hacerlo y definirnos como seres inferiores y *esencialmente* diferentes por nuestra capacidad reproductiva, según un modelo finalista y progresivamente alienador, podemos entender que el habitual sesgo de género presente en la educación y en la transmisión de conocimientos en la totalidad de las instituciones académicas toma formas específicas si hablamos de la formación de futuros profesionales de la salud.

*¿A través de qué mecanismos, pues, nos van envolviendo en esa telaraña que son los marcos epistemológicos patriarcales durante los años en que nos formamos en las universidades?*

### CURRÍCULUM EXPLÍCITO

Hace referencia al documento escrito que establece el enfoque y estrategias pedagógicas, sus objetivos, contenidos, metodología, recursos y criterios de evaluación, etc. Es un regulador simbólico que evidencia las prioridades y enfoques: qué se enseña y cómo se enseña según una planificación consciente. Está íntimamente relacionado con la investigación que se hace y los marcos teóricos desde los que se parte: podríamos considerar que, en relación a la perpetuación de desigualdades de género, el currículum explícito funciona en torno a dos grandes ejes:

#### 1. Transmisión de conocimientos sesgados o directamente discriminatorios

Por ejemplo, el contenido que se nos da en ginecología en relación a métodos anticonceptivos, transmitiendo específicamente y explícitamente que los métodos hormonales son los «mejores» y los que más deberíamos recomendar. O cuando se dan opiniones en clase, de un modo muy consciente, sobre la vacuna del VPH, obviando el mucho debate que hay sobre la cuestión y desautorizando directamente cualquier posible divergencia; o cuando se nos explica que «las mujeres mueren menos que los hombres por infarto agudo de miocardio», y cuál es la presentación típica del cuadro [en hombres], dando una visión sesgada totalmente androcéntrica de la sintomatología, factores de riesgo, prevalencia de la patología, etc.

#### 2. Desactualización interesada

Por ejemplo, cuando se nos enseñan los muchos problemas que sufren las mujeres desencadenados por la menopausia, y se nos habla de la Terapia Hormonal Sustitutiva para esos casos sin mencionar las investigaciones que durante las últimas décadas han estado poniéndola en cuestión, señalando sus riesgos y proponiendo alternativas desde una comprensión no patologizadora de la menopausia. Simplemente, se nos enseña prácticamente lo mismo que se explicaba hace veinte años, y esto se hace con una voluntad totalmente interesada.

## CURRÍCULUM NULO

**Son aquellos temas que no se enseñan.** Cuando estos temas ausentes son siempre los mismos, y lo son no porque sean irrelevantes sino porque nuestro sistema de valores así los considera, se reproducen los esquemas patriarcales y se perpetúa un sistema de investigación y de atención a la salud que no responde a la realidad y a las necesidades de, como mínimo, la mitad de la población. Estos hechos tienen íntima relación con cuáles no son las prioridades en investigación (por ejemplo, en morbilidad diferencial), y con cuáles seguirán sin serlo si no revertimos las prácticas y enseñanzas actuales. Sólo por poner tres ejemplos de temas que prácticamente no se tocan durante la carrera o que directamente no se mencionan, al menos en mi universidad: **fisiología de la respuesta sexual femenina; personas con identidades de género no cisheteronormativas** y sus necesidades en el ámbito de la salud (desde una perspectiva no patologizadora); **violencias machistas y su relación con la salud de las mujeres**, así como cómo prevenir estas violencias desde el ámbito sanitario, o cómo detectar y acompañar a las mujeres que las sufren desde nuestra posición de profesionales de la salud.

## CURRÍCULUM OCULTO

Es el conjunto de normas y valores, mecanismos de aprendizaje e integración, creencias, lenguajes, pensamientos y símbolos que están presentes de modo encubierto en la estructura y el funcionamiento de las instituciones educativas, y que se aprenden y se interiorizan durante el paso por éstas. Es todo aquello que se transmite y se recibe de manera inconsciente o, al menos, sin una intencionalidad reconocida, a través de comentarios informales, marcos discursivos, etc. El currículum oculto, aunque *invisible*, está presente con tanta fuerza que, en muchas ocasiones, supera al currículum explícito si hablamos en términos de capacidad de educar en un sentido u otro. Podríamos considerar que, en relación con la perpetuación de las desigualdades de género, el currículum oculto se estructura en torno a tres ejes principales:

### 1. Androcentrismo

El imaginario de paciente con el que aprendemos es un paciente hombre (y blanco). Eso lleva a una falta de reflexión y de comprensión sobre los factores que condicionan y alteran la salud de las mujeres; a un desconocimiento bastante absoluto de nuestras necesidades diferenciales, de nuestras condiciones socio-culturales de vida, etc. Además, este androcentrismo disfrazado de falsa objetividad científica representa un obstáculo para situar las mujeres como sujeto principal de cualquier investigación o actuación terapéutica, ya que ese desplazamiento del foco es interpretado —esta vez sí— como sesgo, y consecuentemente es ridiculizado y menospreciado. Es decir, la formación

que recibimos asegura que el género no se entienda ya ni como variable clave a tener en cuenta, sino como elemento distorsionador que a veces se pone sobre la mesa por la voluntad subjetiva de algunas profesionales [feministas] «pesadas» que hacen ciencia sesgada.

### 2. Esencialismo biológico

Reduccionismo causa-efecto a menudo incorrecto que parte de los discursos que conceptualizan la mujer como ser-máquina reproductiva y que se limitan a analizar las diferencias de género como diferencias biológicas relacionadas con esa capacidad reproductiva. Eso es lo que vivimos en las prácticas curriculares durante la carrera, cada vez que el médico se dedica a despreciar el dolor o las quejas de una paciente en la consulta atribuyendo su malestar a «es que cuando empiezan con la menopausia...», enseñándole al estudiante a no valorar cuál es el contexto específico [e invisible] de esa paciente más allá del hecho biológico diferencial, que además sólo suele evidenciarse en relación a procesos ginecológicos, psiquiátricos y hormonales.

### 3. Normalización de la desigualdad, desempoderamiento y alienación

Retomando la situación anterior de la paciente cuyos malestares son atribuidos a la menopausia o banalizados de forma similar, el comentario que habitualmente sigue es «estas pacientes son muy poco agradecidas: siempre tienen dolor, nunca consigues que estén bien, siempre se quejan o lloran y en realidad no tienen nada...». ¿Qué es lo que aprende el estudiante de esto? Que es pesado *aguantarlas*, que no podemos ofrecerles alivio, ni solución ni nada a esas pacientes, y que eso es *normal* y está *bien*; que el problema es *de ellas*. Se siguen invisibilizando las causas que hacen que las mujeres tengan peor salud, se normaliza este hecho, y se instaura la creencia que no podemos ni tenemos que hacer nada para resolver esa desigualdad.

Además, se nos enseña una manera de practicar la medicina *en* las mujeres y *sin* las mujeres. Tomando otra situación generalizada en consultas, pensemos en la forma en la que el médico se dirige a los estudiantes mientras la paciente está presente, explicándonos a nosotros y no a ella qué es lo que le pasa y por qué, para luego pasar a hablarle a ella en tono totalmente infantilizador y explicarle otra cosa totalmente distinta, impidiéndole mantener el control de la situación y desempoderándola completamente. Pues esto, vivido por ejemplo en una sala de partos, es una transmisión *oculta* de conocimiento patriarcal intensísima para quién se está formando. Estas prácticas funcionan con un doble mecanismo indirecto y directo: por un lado, nos enseñan a los estudiantes que la mujer es un ser incapaz de entender lo que le pasa, que es un ser que entrega su cuerpo a la ciencia para que los

profesionales hagan con este lo que conviene; por otro lado, incrementan de modo directo la alienación y desposesión de la mujer de su propio cuerpo, de su propio parto y proceso, limitando su función a *producir* el bebé.

Otro elemento que tiene que ver con el currículum oculto y que me parece importante destacar es cómo **durante nuestro período formativo se nos deja claro a las mujeres que somos unas intrusas e impostoras**; que nosotras no deberíamos estar allí ejerciendo como profesionales de la salud. Este aprendizaje lo adquirimos a base de sufrir reiteradamente agresiones sexistas por parte de nuestros profesores, ya sea en las aulas o en las prácticas clínicas. Agresiones que van desde comentarios constantes (tratarnos de «princesa» mientras a nuestros compañeros de prácticas les tratan de «doctor»; decirnos que es mejor que no nos planteemos especializarnos en neurocirugía porque tenemos otras cosas que hacer en la vida, como por ejemplo tener hijos; proponernos, ya sea de broma o en serio, salir a cenar o invitarnos a conciertos de música clásica; comentar con los pacientes hombres que «es una pena que el año que viene cuando vuelvan a revisión de su próstata ya no estarán estas mismas estudiantes, con lo agradable que es que les examinen chicas así de atractivas») a amenazas e intimidaciones cuando alguna da señales de querer denunciar tales comentarios.

## propuestas de transformación

Desde mi punto de vista como estudiante, la docencia es un ámbito de intervención fundamental: para romper el ciclo en el que se retroalimentan los modelos de investigación y la formación en el ámbito de la salud necesitamos ser más y más investigadoras comprometidas y preparadas, pero también necesitamos tener más profesoras formadas y conscientes de la situación, que puedan ejercer de referentes para los y las estudiantes desde las propias universidades, aparte de transformar los contenidos docentes. Cada año miles de futuros profesionales de la salud pasamos por las universidades; está en nuestras manos asegurar que se formen en una visión de la salud que integre la perspectiva de género frente al actual sistema androcéntrico.

Desde hace ya tiempo, **grupos de estudiantes organizadas** —también con la participación de algunas profesoras— intentamos intervenir en las universidades e ir creando espacios de resistencia. A modo de ejemplos desde mi realidad particular, trabajamos desde estas líneas de actuación:

### 1) Hacemos hueco a todos aquellos conocimientos ausentes en los programas docentes

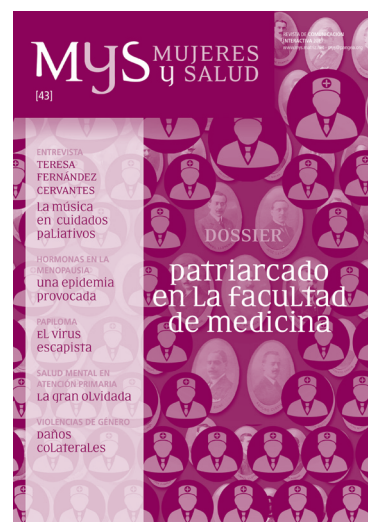
- Estamos trabajando en la creación de una asignatura optativa sobre salud y género para que las personas interesadas en la cuestión tengan un espacio formal desde el cual profundizar en ella.

- Estamos diseñando clases para que sean añadidas en los programas docentes de las asignaturas obligatorias (Ginecología, Psiquiatría, Medicina Legal, etc.), de modo que al margen del interés de cada cual se proporcione formación con perspectiva de género de forma transversal.
- Organizamos congresos de formación crítica (*Jornades de Formació Crítica* del SEPC UB Clínic) o monográficos sobre cuestiones como el abordaje de las violencias machistas desde los servicios sanitarios (*Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris*, organizado por SEPC UB Clínic y la Associació Hèlia).
- Tenemos grupos de formación crítica estables encuadrados dentro de las asambleas de estudiantes.

**2) Visibilizamos los sesgos en los currículums explícitos** y proponemos la supresión de clases con contenidos discriminatorios.

**3) Trabajamos** desde espacios como las comisiones de igualdad o las asambleas feministas de estudiantes en la **denuncia tanto de las agresiones sexistas como de cualquier actitud o comentario discriminatorio en las aulas** o en los hospitales, con el objetivo de combatir el currículum oculto, las narrativas patriarcales, etc. Desde la colectividad, señalamos públicamente los profesores agresores con nombres y apellidos, y los grupos religiosos con influencia en las facultades de ciencias de la salud.

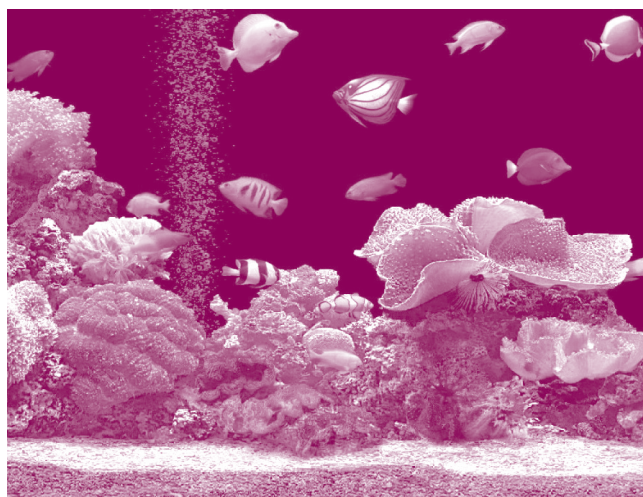
Desde mi propia vivencia, en los últimos años se ha adelantado mucho a nivel de desnormalizar prácticas y discursos patriarcales en las facultades, y en gran parte pienso que eso ha pasado gracias al activismo que se hace desde dentro de las universidades —tanto estudiantil como por parte de muchas investigadoras—. Y es que no es un tópico que **juntas somos más fuertes**; que conseguimos poner en el centro nuestras realidades y visiones, valorizar la perspectiva de género y desridicular su incorporación en cualquier investigación o actuación; que somos suficientemente fuertes como para conseguir que profesores agresores dejen de poder enseñar; que tenemos toda la razón del mundo, y que a medida que ocupamos más y más espacios, hacemos que el sentido común vire hasta el punto de asumir que ciertas actitudes no son normales ni deben ser toleradas, o que la concepción de salud con la que se trabaja tiene muchas lagunas y excluye a más de la mitad de la población. Y que vamos a tener que cambiar esto.



## DE UNIVERSIDADES, peces, industria y CONFLICTO DE INTERESES



**Margarita López Carrillo**  
Documentalista de salud



### una mañana en La universidad

**¿Hay algo mejor que colgar un cartel en el vestíbulo de las facultades para animar a las estudiantes a donar óvulos? Sí, ¡hacer un congreso en el campus!**

Hace unos días asistí en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) al primer día del "X Congreso Internacional AFIN\* Políticas, deseos y derechos reproductivos".

Las sesiones de la mañana trataban de la donación de óvulos. El tema me interesa especialmente porque desde que se empezó a aplicar esta tecnología, desde Caps y desde MyS lo hemos seguido con mucho interés por los riesgos para la salud de las donantes que entraña y por la deficiente información que se les da al respecto.

Hay que decir que la donación de óvulos en sí no es apenas arriesgada. Una mujer puede donar sus óvulos sin pasar por ningún tratamiento hormonal, basta con tener entrenamiento suficiente para detectar cuando ovula y acudir a un centro donde sepan extraerle ese óvulo. Sin embargo, el método habitual es mediante la estimulación ovárica para que el ovario produzca varios óvulos de vez. Y es esta práctica la que conlleva riesgos, algunos graves.

Volviendo al congreso, la primera y la segunda ponencias, de una investigadora de la universidad de West of England (UK) y un investigador de la Aarhus University (Denmark) respectivamente, fueron muy interesantes. Yo estaba animada por la calidad de las aportaciones. En el coloquio que siguió, hice una intervención sobre la poca información que se daba a las donantes sobre las consecuencias para su salud. La ponente inglesa la recibió con mucho interés ya que desconocía ese aspecto de la cuestión. Ella, que era socióloga, había centrado su investigación en desenmascarar y denunciar el mercado de óvulos de mujeres blancas pobres como una estrategia de la raza blanca para intentar seguir siendo hegemónica en el mundo, así como el negocio de las clínicas a costa de la pobreza de las mujeres, especialmente de las emigrantes.

La moderadora me cortó con impaciencia reprochándome mi abuso del tiempo. Me quedé desconcertada porque apenas había hablado y además estaba segura de la pertinencia de mi intervención. Era un indicio de lo que vendría después pero en ese momento sólo pensé vagamente que era raro que un congreso dedicara tan poco espacio de tiempo al debate.

La mesa redonda que siguió resultó estar integrada por sendas representantes de clínicas de fertilidad importantes, Dexeus y IVI (Instituto Valenciano de Infertilidad), y una investigadora de AFIN. Las tres ponencias fueron aportaciones mediocres desde el punto de vista de los contenidos, insulsas y aparentemente neutras sobre la situación de la donación de óvulos en España, la ley, etc, pero claramente encaminadas a dar la idea de que la donación de óvulos es algo absolutamente normal, una práctica integrada socialmente, generosa, desinteresada (aunque retribuida) e inocua.

Me sentí fatal. No porque las dos ponentes de las clínicas aprovecharan el estrado para rebatir como de pasada mi intervención anterior (que también), sino por el desprecio con que lo hicieron. No se molestaron en contraargumentar sobre la información que se les daba a las donantes, simplemente afirmaron que la donación no entrañaba riesgo alguno, en el tono de "qué tontería decir que hay riesgos", añadiendo la frase mágica que todo lo aclara: "no hay evidencia científica de riesgos para la salud de las donantes".

Qué tonta me sentí. De repente **caí en la cuenta de que todo el congreso era un montaje comercial.** ¿Cómo no me había dado cuenta si en el programa ponía claramente "Con el apoyo del Instituto Dexeus". Fórmula ésta, "Con el apoyo de", que habitualmente significa "Financiado por". Había caído en la trampa de pensar que como era un congreso de universidades, no habría colusión con la industria. Olvidé la frase de Marcia Angel citada por Shannon Brownlee <sup>1</sup> (¡que tanto invoco en mis charlas sobre medicalización!):

*"Además del hecho de que no está en el interés de los médicos reconocer los efectos del dinero corporativo, pueden*

*tener dificultades para ver el problema por la misma razón por la cual los peces no saben que están nadando en el agua: los médicos están rodeados de conflictos de interés casi desde el momento en que llegan a la facultad.”*

Ella lo decía en relación a los regalos que los estudiantes reciben y que se van haciendo cada vez más substanciosos a medida que avanzan en la carrera. Pero la frase me parece útil también para describir la dificultad de los estudiantes para ver la diferencia entre formación académica y propaganda comercial debido a la interferencia creciente del negocio de la salud en la formación de los profesionales.

Hace unos años, una organización de estudiantes de medicina, IFMSA, me invitó a participar en unas jornadas para hablar de medicalización y salud de las mujeres; durante el coloquio supe que, por ejemplo, el tema de anticoncepción solo había sido impartido en el aula, en forma de conferencia extracurricular, por un laboratorio fabricante de anticonceptivos hormonales.

Lo que presencié el otro día fue otro ejemplo de esta infiltración. Las y los estudiantes que había en la sala no decían nada, sólo asistían atentos (sobre todo atentas) a lo que se decía. Como nadie más habló de la salud de las donantes y nadie me *dio bola* (que dicen los argentinos), imagino que las estudiantes sacaron en conclusión que donar óvulos era algo sencillo y muy lucrativo, y de paso una buena obra, y yo debí parecerles la loca aguafiestas conspiranoica de turno dispuesta a decir tonterías “sin evidencia” para llamar la atención.

Aquella sesión del congreso comstituyó sobre todo un excelente cartel publicitario para recaudar óvulos de

universitarias (más cotizados que los de las pobres emigrantes, como ya había quedado claro en la primera ponencia de la mañana).

## La donación **SÍ** entraña riesgos para La salud

En el cuadro adjunto puede verse la lista de riesgos de la donación que he extraído de la nada sospechosa Wiki del Master de Bioética de la Universidad de Columbia, donde se puede ver con claridad que todos los momentos del proceso entrañan riesgos, incluido el largo plazo posterior.

Además, quiero dejar constancia aquí, para que las jóvenes que lo lean se lo piensen dos veces antes de donar óvulos (y para quitarme la espinita, eso también), de algunas cuestiones que no pude exponer en el congreso:

## sobre el consentimiento informado

Quando leo el documento informativo para donantes de la Sociedad Española de Fertilidad<sup>2</sup> veo claras dos cosas:

Una, que sí hay riesgos, y muchos.

Dos, que sólo se les informa, como sospechaba, de los efectos secundarios al tratamiento que se puedan producir durante el tratamiento mismo pero no con posterioridad a él. Es decir, el consentimiento informado supone, como tantas veces, más un documento para exonerar a los profesionales en caso de que “pase algo” que de informar a las donantes.

Por otro lado, respecto a los riesgos de los que sí se les informa, cabe preguntarse cómo se da esa información. Sabemos que la información médica no es fácilmente comprensible por

### RIESGOS DE LA DONACIÓN DE ÓVULOS

#### Riesgos de la estimulación ovárica

- Reacciones leves y moderadas
  - Sangrado
  - Dolor abdominal
  - Cambios de humor
  - Dolor de cabeza
  - Hematomas (por las múltiples inyecciones de hormonas)
- Eventos potencialmente graves
  - Síndrome de hiperestimulación ovárica
  - Acumulación de líquido en abdomen y tórax
  - Trombosis arterial

#### Riesgos de la extracción de óvulos (cirugía)

- Reacciones leves y moderadas
  - Calambres
  - Sangrado menor
- Eventos potencialmente graves
  - Reacciones adversas a la anestesia
  - Sangrado
  - Infección extensa
  - Daño a los ovarios o estructuras adyacentes (intestino, vejiga)
  - Persistente alteración del ánimo
  - Problemas psicológicos (de origen psicológico o fisiológico)

#### Estado de salud a largo plazo

- Reacciones leves y moderadas
  - Molestias suaves pero persistentes
- Eventos potencialmente graves
  - Riesgo de cáncer de mama, ovario y endometrio
  - Riesgo de otros cánceres
  - Infertilidad
  - Problemas psicológicos
  - Riesgos severos a largo plazo desconocidos

<http://stemcellbioethics.wikischolars.columbia.edu/Ethical+Considerations+of+Egg+Donation#References>  
(de la Wiki del Master de Bioética de la Universidad de Columbia)

un profano y si, como ocurre con los fármacos de cualquier tipo, el profesional te asegura que a pesar de la larga lista de efectos adversos éstos no se producen casi nunca y no debes darle importancia, lo más probable es que la donante, deseosa de donar (y cobrar los mil y pico euros) va a escuchar sobre todo eso último.

Además, según denuncia la organización de donantes We Are Egg Donors, incluso la información que se les da está sesgada porque no es cierto que sólo se produzcan un 1% de casos de síndrome de hiperestimulación ovárica, como les dicen, sino muchos más<sup>3</sup>

## sobre Los datos de seguridad

Es muy difícil cuantificar la prevalencia de los efectos adversos del proceso de donación. **No hay cifras fiables.** Por no existir, **en España no hay siquiera un registro oficial de donantes.** En EEUU, por ejemplo, la notificación al registro es voluntaria y muchas clínicas no hacen la inscripción. Y así, una gran diversidad de modalidades de registro (o ausencia de) en cada país. En la UE hay una normativa que obliga a la notificación para un registro de la Eurozona, para evitar problemas de consanguinidad, pero, igual que España, muchos países no la cumplen.

De este modo, aunque la ley española limita a 6 los nacimientos debidos a una misma mujer, la realidad es que **esa mujer puede donar óvulos en diversas ocasiones sin que esos datos se crucen nunca.**

Esto implica también que no hay estudios rigurosos sobre las consecuencias ni a corto ni a medio-largo plazo para la salud de las donantes. Las clínicas no tienen por qué hacer públicos sus datos y, además, **no hay seguimiento alguno de las donantes una vez que acaba el proceso de donación.** Como dice la médica internista Jennifer Schneider, cuya hija que había donado dos veces murió de cáncer de colon a los 31 años:

*"En estos momentos las donantes de óvulos son tratadas como vendedoras, no como pacientes. Las pacientes necesitan un seguimiento... Pero a los pocos días de haber sido dadas de alta de la clínica de FIV, tras constatar que no ha habido consecuencias inmediatas, nunca más vuelven a ponerse en contacto con ellas."*<sup>4</sup>

De modo que cuando las clínicas afirman que "no hay evidencia de riesgos" lo que están diciendo es que no hay interés alguno en investigar los riesgos. Naturalmente, quien debería investigar esto son las autoridades sanitarias ya que, como dice Judy Norsigian, de la prestigiosa organización Our Bodies Ourselves (Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas):

*"Ya tenemos pruebas suficientes de que no es seguro dejar al zorro cuidar a las gallinas y de que necesitamos la supervisión pública de una industria que ya durante demasiado*

*tiempo ha puesto los beneficios por encima de la salud de las mujeres jóvenes."*<sup>5</sup>

## sobre el pago por "Las molestias y desplazamientos"

La ley española dice que la retribución que reciben las donantes de óvulos es por las molestias y desplazamientos. Pienso que estamos ante un redactado sumamente hipócrita, ya que:

Todos los estudios de campo con donantes que se han hecho reflejan claramente que la principal motivación para donar óvulos es la precariedad económica o la promesa de conseguir dinero "fácilmente" de las mujeres que acuden, ya sean emigrantes o estudiantes.

Porque es radicalmente falso que se paguen las molestias y desplazamientos cuando existen multitud de testimonios de donantes que han sido descartadas en algún momento del proceso (ya sea por producir sus ovarios pocos óvulos o por poca calidad de los mismos, sea lo que sea esto) y a esas medio-donantes, que ya habían sufrido muchas molestias (múltiples inyecciones de hormonas, entre ellas) y desplazamientos, no se les ha acabado pagando nada<sup>6</sup>.

Y porque es evidente, después de todo lo expuesto hasta ahora, y por testimonios directos como el de Berta Gómez<sup>6</sup>, que las clínicas con ese dinero pagan los óvulos y sólo los óvulos.

### REFERENCIAS:

\* AFIN es un "grupo de investigación interdisciplinar, interuniversitario e internacional" de la Universidad Autónoma de Barcelona.

- 1 Shanon Wronlee. Why you can't trust medical journals anymore. Laleva.org. May 13, 2004. [http://www.laleva.org/eng/2004/05/why\\_you\\_cant\\_trust\\_medical\\_journals\\_anymore.html](http://www.laleva.org/eng/2004/05/why_you_cant_trust_medical_journals_anymore.html). (Ver traducción en MyS 15, 2005)
- 2 Donación de ovocitos. Documento informativo. Sociedad española de fertilidad [www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/consentimientos/mod24.pdf](http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/consentimientos/mod24.pdf)
- 3 ¿SOLO EL 1% DE LOS DONANTES DE ÓVULOS TIENEN SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA? (SPOILER: NO.) <http://www.weareeggdonors.com/blog/ohss>
- 4 Judy Norsigian. Una llamada para proteger a las mujeres que donan óvulos. <http://www.ourbodiesourselves.org/2016/03/a-call-for-protecting-the-health-of-women-who-donate-their-eggs/>
- 5 Judy Norsigian. ¿Es seguro donar óvulos? MyS 37, 2014, pg 9. <http://matriz.net/mys37/img/mys37.pdf#page=9>
- 6 Berta Gómez. Mis razones (y mis contradicciones) para donar óvulos. El Diario.es, 7-11-2017. [www.eldiario.es/nidos/razones-contradicciones-donar-ovulos\\_0\\_705529811.html](http://www.eldiario.es/nidos/razones-contradicciones-donar-ovulos_0_705529811.html)



# ESTUDIANTES DE MEDICINA CONTRA EL ACUERDO CON FARMAINDUSTRIA

Comunicado de estudiantes de Ciencias de la Salud en contra del nuevo requisito del Fondo de Liquidez Autonómico



Desde la Federación Española de Estudiantes de Medicina para la Cooperación Internacional, IFMSA-Spain; l'Associació d'Estudiants de Ciències de la Salut, AECS; el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, CEEM; y el Consell d'Estudiants de Medicina de Catalunya, CEMCAT, **hacemos público este posicionamiento para mostrar nuestro rechazo al reciente acuerdo del Gobierno Central con la patronal de la Farmaindustria**, el cual garantiza un nivel de gasto público anual constante en medicamentos registrados por las empresas implicadas, disminuyendo así el consumo de medicamentos genéricos.

(...) Todas las CCAA deben cumplir el requisito indispensable de adscribirse al convenio anteriormente mencionado para poder acceder al Fondo de Liquidez Autonómico (FLA). Esta medida implica que los Sistemas de Salud autonómicos se vean obligados a reducir la prescripción de medicamentos genéricos para acceder a las ayudas económicas estatales, que aseguran el mantenimiento de los servicios públicos en situaciones de necesidad.

La falta de presupuesto para dichos servicios pondría en jaque la salud de la población. **El gasto público queda de esta forma supeditado al interés de ciertas empresas y no a las necesidades de la población general.** Por otro lado, es el personal sanitario quien debe elegir qué fármaco, de marca o genérico, se ha de recetar a cada paciente en pro de su beneficio y según las características tanto del paciente como del medicamento. Debemos alejarnos de una Medicina

influenciada por los intereses económicos y lucrativos que haya detrás y conseguir una sanidad completamente ética y transparente. Además, los medicamentos no genéricos tienen, a veces, precios estratosféricos en ningún caso justificados por los costes de investigación, (...) Tenemos la certeza de que su imposición inapelable supondrá un aumento de los gastos sanitarios para un mismo tratamiento que en ningún caso se verá compensado por una mayor efectividad de los mismos, ya que sus homólogos genéricos se caracterizan justamente por ser bioequivalentes, es decir, con efectos y seguridad esencialmente idénticas.

**Este innecesario desembolso acabará por empobrecer a los Sistemas Sanitarios de las CCAA** ya sea de manera directa, por el sobrecoste de los fármacos registrados frente a genéricos, o indirecta, ya que incumplir el acuerdo conlleva una sanción económica cuya beneficiaria no sería otra que la propia industria farmacéutica. Así pues, **esta medida supone una barrera para la entrada al mercado de los medicamentos genéricos, desincentivando su producción y dificultando enormemente el acceso a los fármacos.** En definitiva, se trata de un ataque frontal a la salud de la población.

En nuestras asociaciones promovemos una relación ética y transparente entre la comunidad médica y la industria farmacéutica a través de diferentes acciones, como el movimiento Farmacriticxs de IFMSA-Spain y posicionamientos, charlas y actividades de CEEM, AECS y CEMCAT. Nuestros objetivos son, entre

otros, concienciar sobre la relación de la comunidad médica con la farmaindustria y la limitación al acceso a medicamentos que conlleva el funcionamiento actual de dicha industria, así como del grave riesgo que genera la existencia de intereses económicos dentro de la misma para la población mundial y la salud individual de cada persona.

Así mismo,  **vemos imperativo abrir un espacio de debate y llegar a un consenso que sea capaz de construir un sistema de producción y dispensación de medicamentos sostenible y equitativo para todos.** En Farmacriticxs, por ejemplo, participan tanto estudiantes de Ciencias de la Salud como profesionales sanitarios de nuestro Sistema Nacional de Salud. Desde CEEM, IFMSA-Spain, AECS y CEMCAT consideramos que el espíritu crítico que caracteriza a nuestras entidades y al conjunto de estudiantes de Ciencias de la Salud, como futuros miembros de la comunidad médica, nos lleva a posicionarnos en contra de esta injusta medida y, por consiguiente, a seguir luchando por una sanidad pública, universal y de calidad con una gestión que responda a los valores e intereses generales de la población, nunca al servicio de intereses privados. (...)

Ver texto completo y bibliografía en <http://www.nogracias.eu/2017/12/04/estudiantes-ensenan-politica-sanitaria-al-gobierno-del-pp-no-al-acuerdo-farmaindustria-quiere-imponer-gobierno-las-cc-aa/>

## ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: ¡La gran olvidada!



**Yolanda Garza Recio**

Enfermera de AP y Matrona

**La enfermería de Atención Primaria** es la profesión dentro del equipo de salud que más se ocupa de los estilos de vida, ya que una de nuestras funciones es la Promoción de la Salud. Por otro lado **El Diagnóstico de Enfermería** es el *"juicio clínico sobre la respuesta humana ante una situación de salud o enfermedad"*, que según la OMS es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud.

Sin embargo, para poder tener un juicio clínico sobre una respuesta humana, lo primero es posicionarnos en ESE humano, y no sólo en los números de una analítica, los quilos de una balanza o los milímetros de mercurio de una tensión arterial.

Es imprescindible, con las herramientas de las que nos dota nuestra profesión, y principalmente desde la empatía, colocarnos en qué es lo que ha llevado a esa persona a tener esos desequilibrios.

### si rascamos un poco, nos damos cuenta de muchas cosas

A través de nuestra principal herramienta de trabajo, **La Entrevista Clínica**, nos encontramos con mujeres entradas en los 70 y tantos, con unas sobrecargas brutales de trabajo, que deben hacerse cargo de los nietos y de dar de comer a sus hijos, porque la sociedad los ha dejado de lado; a hombres infantilizados, porque han cedido el cuidado de su salud a sus mujeres/madres con la tensión que eso provoca en la familia; a jóvenes con pocas perspectivas de futuro y pocas herramientas de afrontamientos saludables, o saturados porque no pueden manejar las responsabilidades de un trabajo y una familia, en un entorno hostil que, o dificulta o directamente impide la conciliación.

Si no hacemos una buena entrevista clínica (y para ello es imprescindible establecer una relación de confianza con la persona: nadie va a explicarte que tiene que dar de comer a

sus nietos porque su hija se ha quedado sin trabajo y le han embargado la casa; o que su marido la trata constantemente como si fuera tonta,...) es imposible tener una visión global de cuál es el problema que genera los desequilibrios.

Si hablamos concretamente de la **atención sexual y reproductiva**, la situación es muy parecida. Para poder acompañar a las mujeres en el cuidado de su salud sexual, y dotarlas de herramientas para poder mejorar su gestión, debemos saber de dónde partimos.

Por más que indiquemos a una persona que **DEBE** perder peso, **DEBE** comer sin sal, **DEBE** hacer ejercicio físico regularmente, **DEBE** dormir las horas necesarias, **DEBE** dejar de fumar, **DEBE** usar preservativo..., si no nos posicionamos en SU vida, en SUS valores, en SUS prioridades, en SUS carencias, lo único que conseguiremos es aumentar la sobrecarga que ya padece, el sentimiento de incompetencia y la **ANSIEDAD**, que es el verdadero problema/plaga de nuestro tiempo.

Si a todo este drama le añadimos que en **nuestro sistema sanitario** (ejemplo y estrella para que el universo admire) tenemos la responsabilidad de una media de 1500 personas por equipo de enfermera y médica/o de familia, con unos elevados porcentajes de población >60 años, pluripatológicos, polimedicados, y visitas de 10 minutos para la enfermera y de 7 para la médica, el problema está servido. Por no hablar de la atención a la diversidad, la interculturalidad, las barreras idiomáticas, etc. Y la de presión de trabajar por "objetivos" (que aún tengo que encontrar alguno que mida el bienestar emocional de las personas que cuidamos).

En AP trabajamos en red. La dificultad reside, por una parte, en que para saber que una persona necesita atención de psicología o trabajo social, tengo que haber tenido que detectarlo; y además, necesito hacer ver a la persona que es bueno para ella ir a ese profesional (cosa que en muchas ocasiones es un reto); y tengo que poder facilitarle el acceso a ese profesional del equipo, luchando contra unas listas de espera interminables, cuando el problema de salud la persona lo tiene ahora.

Por el lado de las personas, hay que poner en evidencia que tienen pocos recursos de afrontamiento, y poca cultura de autorresponsabilidad sobre la propia salud. Hemos creado

un sistema sanitario PATERNALISTA, y SUPERACCESIBLE, al que hay que acudir ante cualquier problema de salud, lo que se traduce en el institucionalizado "mal uso de los servicios sanitarios": si tengo un vómito, acudo a urgencias (en mi centro, "servicio de visitas no demorables") o si mi hijo tiene fiebre desde hace dos horas, lo llevo a urgencias... En este caso, muy frecuente desgraciadamente, quiero detenerme.

## estrés Laboral, estrés parental, estrés por injusticia sanitaria...

Cuando un padre o madre (habitualmente, una madre; por estadísticas y por vivencia profesional y personal) que trabaja, lleva a su hijo/a al jardín de infancia, y a media mañana le llaman porque la criatura tiene décimas de fiebre y debe ir a buscarla, se desencadena una situación de muy difícil manejo. Por una parte debe dejar su puesto de trabajo, con lo que esto representa: justificaciones, juicios por parte de la empresa y los compañeros (sobre los cuales recae el trabajo que no podrá hacer) y el sentimiento de "culpa laboral" que genera; por otra parte, el estrés que produce pensar que esta situación se puede prolongar por días, y qué vas a hacer con la criatura, porque las inexistentes políticas de conciliación de las que disfrutamos hacen recaer todo el manejo de esta situación en las familias; y por otra, y no se decir en qué orden, la preocupación por la salud de la criatura, el manejo de la cual le han dejado claro a esa madre/padre (por lo general, madre) está dirigida por el sistema sanitario que manda y juzga lo que la criatura debe comer, cuando y cuantas veces, cuando debe levantar la cabeza, cuando caminar...

Con todo lo cual, el sentimiento de las madres/padres es de incompetencia e inseguridad; cosa que, una vez más, aumenta el estrés.

Fin de la historia: madre/padre que trae a la criatura al centro de salud pidiendo una cita que no le van a dar porque no hay, acudiendo entonces a "no demorables" suplicando un antibiótico para que la criatura pueda ir mañana al jardín de infancia porque si tiene fiebre no se la cogen, y que el antibiótico sea "de 12 horas", porque en la guardería no se lo dan, y no podrá justificar otra ausencia en el trabajo.

Y si no se lo recetan, porque no sabemos si hay infección o no ni el foco ni si es vírica o bacteriana, tenemos al progenitor/a



furibundo porque se siente desatendido por la sanidad "que paga", y acaba yéndose a la farmacia "que los conoce" a comprarse el antibiótico.

Y llega un buen día, en que esa madre/padre que tiene trabajo, dos coches, una casa, dos hijos... tiene la tensión por las nubes, el colesterol alto y unos cuantos síntomas inespecíficos: malestar, cansancio "no justificado", ha engordado un montón,...

Y va la enfermera de AP, y le pregunta: ¿De qué trabajas? ¿Cuántos hijos tienes? ¿Qué horario haces? ¿Tienes ayuda en casa, cómo te organizas? ¿TIENES TIEMPO PARA TI? Y te miran como si fueras marciana.

Con esto quiero explicitar que no disponemos de tiempo para dar atención (que no despachar) a las personas, en cosas que se extienden más allá de mirar la tensión, pesar, programar el análisis y el electro e intentar hacer una mínima educación sanitaria "estándar":

- ¿Fumas? ¿Cuánto? (lo tienes que dejar, consejo breve)
- ¿Alcohol? ¿Cuánto? (es mucho..., consejo breve)
- ¿Alimentación? (si haces encuesta dietética se te va el tiempo; recomiendas dieta en un click, sin poder individualizar)
- ¿Ejercicio físico? (Tienes que caminar cada día media hora) ¿Cuándo? (No sé)
- De conductas sexuales de riesgo, nadie pregunta... y está en los protocolos.

**Con las personas mayores**, que vienen habitualmente a seguimiento de patologías, tienes más ocasiones de verlos, y si crees (como es mi caso) que es nuestra obligación profesional tener una relación de ayuda con los usuarios (y para ayudar debes saber qué les pasa), lo consigues a base de hacer micro visitas de 10 minutos (que nunca lo son) y a costa de no poder ir casi nunca a desayunar, múltiples infecciones de orina por no acordarte de hacer eso que les decimos (o les deberíamos decir): “hay que orinar cada dos o tres horas”, o de rezar para que te falle alguno y enjugar un poco el crónico retraso... Volvemos: estrés profesional.

## La gran olvidada

En este cuadro que os he querido pintar, la interpretación global es que la atención a la salud emocional, mental, está olvidada. Olvidada porque es prácticamente imposible hacer el *tetris* que nos permita meter (y siempre con calzador) esa atención a la salud emocional que haría mucho más eficiente la atención.

Si para una hipertensión damos antihipertensivos, sin tener previamente la posibilidad de ver por qué la tensión, tan sensible al estado emocional, esta elevada, y de saber cómo está gestionando esa persona sus estilos de vida (responsables del 43% de los niveles de salud alcanzados según La Londe), y qué limitaciones tiene esa persona para gestionarlos adecuadamente, sean personales, familiares o de la comunidad..., si nos saltamos todo este paso previo al antihipertensivo no estaremos solucionando más que un número, no estaremos mejorando su calidad de vida, solo medicalizándola.

Y si con la tensión arterial, que se puede objetivar con un número, pasa esto: ¿Qué pasa con el manejo del estrés, que es tan inespecífico?

Pues que este manejo requiere una formación que a los profesionales muchas veces nos falta; que idealmente, en el equipo de AP debería haber psicólogas/os a las que poder derivar aquellos casos (muchos) en los que detectamos que hay una gestión ineficaz de ese estrés, que se traduce en malestar y en parámetros biomédicos alterados.

Y requiere, que las personas, tengan la percepción correcta de su estado de salud (también emocional) y habilidades de afrontamiento ante las situaciones de la vida (estamos vivos, nos pasan cosas, debemos afrontarlas). Pero, las personas hemos cedido una parte importantísima de nuestra autorresponsabilidad en materia de salud, a este sistema sanitario paternalista que dice “si tienes problemas, ven, te los solucionaremos”, y cuando acudimos queremos eso, que “nos lo solucione”. Si tenemos que esforzarnos ya no nos gusta.

Y entonces llega el recurso estrella: estoy nervioso/a por el trabajo, por la familia, por la hipoteca,... (eso si dan alguna razón), necesito **ansiolíticos**.

O es el profesional: te veo muy nervioso/a, nos podemos plantear un **antidepresivo**.

No soy una profesional ANTINADA. Creo que la farmacología, cuando es necesaria, es necesaria. El matiz está en saber cuándo es necesaria. Hay ocasiones en las que un ansiolítico es como una muleta; si estamos en una situación de ansiedad tal, que no nos permite funcionar, un ansiolítico nos va a dar temporalmente la capacidad de serenarnos para poder tomar distancia de la situación, y ser más objetivos y tomar decisiones favorables. El problema es cuando ese ansiolítico se convierte en el sustituto de nuestra capacidad de autorregularnos, y que no se acompaña de una actitud proactiva por parte de la persona, actitud proactiva que debe ser facilitada y acompañada por los profesionales...

## Para acabar

He titulado este artículo “salud mental en Ap, gran olvidada” porque a la hora de priorizar, ocupa un lugar muy abajo en las prioridades de la atención sanitaria.

La profesionalidad y la dedicación de los sanitarios está fuera de toda cuestión, tal y como se ha demostrado en estos tiempos de recortes (que aun sufrimos) en los que gracias a la capacidad de multiplicar los panes y los peces de los sanitarios el sistema no se ha ido a la porra. Pero aunque ésta capacidad es muy grande, tiene un límite. Y ante recursos limitados, y prioridades dirigidas con mano de hierro por las autoridades sanitarias, más interesadas en indicadores que hagan brillar sus presentaciones de resultados, es muy complicado dedicar tiempo y fuerzas a temas que no salen reflejados en ninguna estadística. Porque éstos no te los exigen mientras que la reducción de peso en personas con obesidad, o el número de personas con diabetes a las que se les ha hecho la revisión del pie, sí. Independientemente del grado de bienestar emocional de esa persona obesa o diabética.

E independientemente del hecho de que, si esa persona con obesidad tuviera mejor estado emocional, más equilibrado, mayor empoderamiento para reclamar sus espacios personales sin sentirse culpable, probablemente abrazaría estilos de vida más saludables, y perdería peso. Cosa de la que doy fe. En mi consulta todavía no he visto a nadie perder peso de manera saludable y mantenida sin una intervención a nivel emocional MUY intensa.



**Regina Bayo-Borràs**  
reginabayo@gmail.com

## de La PLURI a La INTER-DISCIPLINARIEDAD

### ¿Por qué es tan importante La Atención primaria para La salud mental?

La Atención Primaria es el primer contacto con el equipo sanitario de aquellas personas que "van al médico" buscando ayuda afectadas por una sintomatología o un trastorno del cual, en ocasiones, creen saber la causa pero en otras muchas no. Corresponde, pues, al médico/a de familia rastrearla y encontrar un diagnóstico.

Sin embargo, la cosa se complica cuando, al poco tiempo disponible para ello (una o dos visitas de 10 minutos) se añade que la demanda de ayuda venga cargada de un intenso malestar emocional, ya que —no lo olvidemos— lo orgánico y lo emocional correlacionan entre sí. Esta carga emocional se expresa a veces de manera elocuente —cuando la persona necesita narrar todo tipo de pérdidas, agravios o acontecimientos en los que la adversidad ha sido la nota predominante— o todo lo contrario —cuando alguien responde sólo con monosílabos, o elude las respuestas de manera indiferente o con marcada turbación.

En realidad lo complicado en sí mismo no es lo que le pueda suceder al consultante, aunque lo parezca debido principalmente a su dificultad en explicarse o en hacerse entender. Lo sencillo o complicado de una problemática emocional depende, como en todas las disciplinas que tienen que ver con las personas, del conocimiento/desconocimiento que se tenga de las dinámicas de la subjetividad humana y de sus vaivenes relacionales. El personal sanitario, aun contando con una amplia experiencia de trato con personas que sufren patologías más o menos severas de todo tipo, y de procedencia, extracción social y situación vital muy variadas, se encuentra, por lo general, con escasos recursos para entender, registrar y reconducir aquello tan sutil o tan grosero a veces. Lo que suele venir a buscar quien consulta, sea más o menos consciente de esta necesidad, es aliviar la angustia, contener el desborde emocional, encontrar perspectivas de alivio sintomático; en otras palabras, reducir el malestar psíquico y somático que suele contribuir al bucle del pesimismo.

Estas consultas médicas complicadas, difíciles de manejar con el paciente, e incluso a veces "bizarras" que se dan en las consultas de atención primaria, no son casos aislados ni se trata de problemáticas marginales o de "enfermedades raras".

### ¿qué demandas de salud mental Llegan a Atención primaria?

En España, los estudios realizados indican que más de 2/3 de las personas con problemas emocionales acuden, en primera instancia, a su Centro de Salud. Estas personas llegan con manifestaciones muy diversas de estrés psico-social; estrés post-traumático; depresión (de leve a severa), angustia, crisis de pánico, un variado abanico de fobias, dolor psíquico y/o corporal, somatizaciones más o menos invalidantes (migrañas, gastritis, úlceras, dolor, fatiga crónica, ingesta compulsiva, adicciones alcohol, tabaco, drogas, etc.).

### ¿De qué sufren Las mujeres?

Estos estudios nos dicen que 2 de cada 3 pacientes con estas problemáticas son mujeres, que el consumo de psicofármacos es el doble en mujeres que en hombres, y que éste aumenta con la edad pero disminuye cuanto mayor es el nivel cultural.

Las investigaciones realizadas coinciden en que **la depresión** es el trastorno emocional predominante en las mujeres, el que causa mayor discapacidad, en especial en el ámbito laboral; que suele aparecer en la década de los 20 años y que las mujeres en su conjunto lo desarrollan el doble que los hombres. También sufren el doble de trastornos de ansiedad que los hombres, además de trastornos alimentarios, problemas sexuales (falta de deseo, anorgasmia, dolor en el coito), trastornos del sueño, y variada sintomatología por estrés post-traumático debido a abusos sexuales, malos tratos, agresiones y violencia familiar (pareja, hijos, padres). En lo que respecta al suicidio, en las mujeres se da mayor prevalencia de intentos que en los hombres (aunque ellos las superan en cuanto a suicidios efectivos).

A quienes estamos interesadas y comprometidas con las dolencias femeninas estos datos no nos sorprenden porque conocemos bien la correlación entre condiciones de vida estresantes y mala calidad de salud, pero nos preocupan. Se trata de una realidad incontestable en todos aquellos países en los que también se han realizado estudios epidemiológicos sobre este tema. Es como una epidemia que padece más de la mitad de la población mundial.

## ¿En qué problemáticas se igualan mujeres y hombres?

En el llamado trastorno bipolar y en los cuadros obsesivo-compulsivos no hay grandes diferencias entre ambos sexos. Los hombres sólo superan a las mujeres en problemas de drogas y alcohol. En cualquier caso, lo que importa destacar es que la situación va empeorando, como indican las estadísticas españolas y de todos los países en los que se realizan estudios poblacionales de salud mental.

## ¿Podemos sacar algunas conclusiones?

En primer lugar, que hay casi tantos problemas de mala salud mental como todos los problemas de salud juntos. Así lo sintetizan los informes realizados por el Consejo General de Colegios de Psicología de España.

En segundo, que las mujeres son más vulnerables (según su percepción subjetiva) al malestar emocional que los hombres (pero no más que los niños de 0 a 6 años, según se desprende del aumento de consultas a pediatría y a centros de atención precoz y SM infanto-juvenil).

Y en tercer lugar, se requiere de un abordaje especializado en Salud, sobre el malestar psico-social femenino, lo que, a su vez, implicaría desarrollar **investigación** específica en este campo.

Actualmente, sin embargo, esta investigación adolece de los recursos humanos y económicos necesarios. Y mientras esto no mejore, seguiremos sufriendo las consecuencias de esta carencia, o sea: profesionales no suficientemente formados para dar la perspectiva adecuada al padecer femenino.

Las consecuencias de esto siguen a la vista:

- Las mujeres son las que mayor hiperfrecuentación de consultas médico-sanitarias realizan.
- Las que reciben más medicación para sobrellevar sus problemas psico-sociales.
- Y las que, debido a la escasa e inadecuada atención médica, padecen a la larga la cronificación insidiosa de su malestar emocional.

Este panorama explicado de forma generalista puede resultar algo catastrófico. Pero ¿puede ser de otra manera si en la mayoría de las consultas la reducción de síntomas resulta ineficaz?

## ¿qué pueden hacer Los profesionales de La Atención primaria?

Como decía, el riesgo de esta situación asistencial es que las/los profesionales estén dando una atención deficiente, y a veces incluso contraria a los beneficios que pretenden, pues acaban implementando una respuesta casi exclusiva-

mente medicalizada a las pacientes y adjudicando etiquetas diagnósticas a enfermedades que (todavía) no lo son. Además, como la presión asistencial ha aumentado desde los inicios de la crisis económica, las/los profesionales se encuentran con que han de responder a unas demandas cada vez más complejas (por variedad y pluralidad sintomática) con menos recursos.

Nos encontramos, por ejemplo, con que el abordaje asistencial del estrés psico-social y del malestar emocional en su conjunto –que requiere una formación y entrenamiento específicos– suelen entenderse como problemáticas “banales”, y se gestionan con algunas palabras de consuelo y prescripción de tranquilizantes o antidepresivos.

Es imprescindible pues:

- Una mayor conciencia de los problemas de salud mental y del malestar emocional en su conjunto.
- Mayor apoyo a los profesionales de Atención Primaria para atender a estas pacientes plurisintomáticas. Apoyo que ya están dando equipos de psicología clínica en las Áreas Básicas de Salud de localidades de gran presión asistencial.
- Mayor tiempo de consulta
- Más formación continuada. La formación y la supervisión de casos han sido las primeras víctimas en la época de recortes. Esto ha ocasionado una verdadera mutilación de recursos y está afectando la calidad asistencial a pesar del esfuerzo y dedicación de los profesionales.

## La importancia de La entrevista médica

La falta de formación en las técnicas de la entrevista lleva con frecuencia al profesional a adoptar actitudes de inhibición o de evitación con la persona que consulta, y le empuja a actuaciones inadecuadas, como por ejemplo su derivación sistemática e inmediata a servicios especializados de salud mental sin que realmente sea necesario. El ejercicio continuado de práctica asistencial es un buen campo para este aprendizaje. Tanto quien consulta como el personal sanitario albergan –de forma asimétrica– esperanzas y temores en cada encuentro médico. Si la/el profesional conociera mejor los diferentes tipos de pacientes, los motivos de consulta debido a trastornos psíquicos camuflados, y el abanico de patologías con base emocional, seguramente tendría menos prevención a la hora de manejar sus propias emociones, sentimientos y fantasías que, por otra parte, se dan en TODA relación asistencial.

Se sentiría con menor prevención y con mayor soltura para conversar con la paciente sobre su malestar emocional y la sintomatología psíquica que padece.

Sin embargo, si la profesional desconoce estos procesos, que en gran parte son inconscientes, al ignorarlos o negarlos, "se le escapan de las manos" y pueden alterar la buena marcha de la consulta y del tratamiento.

## LOS grupos BALINT

Desde su creación en 1950, han sido siempre unos espacios excelentes para entrar en contacto con esos aspectos emocionales de la relación médico-paciente, que en ocasiones resultan tan inesperados como sorprendentes, cuando no angustiosos o incluso deprimentes. El grupo Balint consiste en un grupo de médicas/os, coordinadas/os por un/a profesional de la salud mental, en el que se reflexiona conjuntamente sobre la experiencia de la subjetividad en su tarea cotidiana. Son una metodología muy útil para analizar las emociones y los sentimientos de los profesionales sanitarios. En ellos encuentran mejor conocimiento sobre las variables psicológicas de los pacientes que interfieren en su trabajo.

A través de la puesta en común de las experiencias clínicas con usuarios/as, el personal sanitario va encontrando la mejor manera de evitar algunas actitudes nocivas, como por ejemplo, la del médico/a que se siente psicoterapeuta, o la del que favorece la catarsis pero luego no tiene tiempo de recoger ni de acompañar en la elaboración de las emociones y los afectos que se han destapado. En otras ocasiones también se puede dar, por parte del médico, una actitud fraccionadora/disociadora, sin entender la problemática integral de las circunstancias de vida del paciente, (es decir, en lo que se refiere la calidad de los vínculos, el impacto emocional de las pérdidas de seres queridos, el daño psíquico debido a traumatismos durante la infancia, la vulnerabilidad durante la etapa adolescente, etc.). Estas actitudes y otras como la más activista (lanzarse a tomar decisiones cuando el paciente todavía no lo ve claro ni está decidido), o la directiva paternalista (ponerse a dar consejos y recomendaciones, generando todavía más dependencia con el médico) pueden ilustrar maneras de hacer muy inconvenientes para el progreso y recuperación de quien consulta.

## La relación asistencial como instrumento terapéutico

Mucho se ha escrito y se ha estudiado sobre la importancia de la relación asistencial y de los beneficios que comporta para el paciente -y por supuesto para las profesionales sanitarias!- manejarse bien (cómodamente, con seguridad, sin ambivalencias) durante el encuentro de la consulta. Pero como por cuestiones de espacio no puedo aportar aquí más elementos sobre el tema, quiero recomendaros alguna bibliografía que considero indispensable para las que tengáis interés por ampliar y profundizar en este campo.

Por supuesto que implica un gran esfuerzo personal conocer y profundizar sobre del malestar emocional y sus efectos en la salud; también en lo que se refiere a la dinámica relacional específica que se da en la consulta médica. Pero conlleva muchos réditos positivos. Los beneficios son tantos, para las médicas y sus pacientes, que sería larguísimo explicarlos. Me conformaré con resaltar tres cuestiones inherentes a la función de curar/sanar, que por más obvias que parezcan, me parece se recuerdan poco:

- Los fármacos y la cirugía no son las únicas terapéuticas médicas. Lo terapéutico va más allá de lo que a veces podemos constatar en la consulta; implica también cambios en la forma de vida y replanteamiento de valores o prioridades que hasta ese momento se habían mantenido inalterables.
- El valor terapéutico de la palabra en el contexto transferencial médico/paciente tiene un gran peso específico, que en la dosis adecuada y manejando los tiempos de comprensión del consultante, proporciona más alivio de lo que a veces se puede prever.
- La salud (mental) del propio profesional no hay que descuidarla. Es el principal recurso para seguir trabajando, y por supuesto, para seguir viviendo sin enfermar.

## BIBLIOGRAFIA

- **Balint, Enid y Michael:** (1960) "El médico, su paciente y la enfermedad". Ed. Libros Básicos. 1961.
- **Bayo-Borràs Falcón, Regina:** (1999?) ¿De qué sufren las mujeres? En "Mujer y Salud mental. Reflexiones y experiencias". Editado por COPC, Barcelona 1999.
- **Fernández de Sannmamed, M<sup>a</sup> J. y otros autores:** (2016): "Atenció a les persones amb malestar emocional. Relacionat amb condicionants socials a l'Atenció primària de Salut." Fòrum Català d'Atenció Primària. Maig 2016.
- **Freeman, Daniel & Jason:** (2013) "The stressed sex". Oxford University Press. 2015
- **García Dauder, S.; Pérez Sedeño, Eulalia.:** (2017) "Las mentiras científicas de las mujeres". Ed. Catarata. Madrid. 2017.
- **Rossell Poch, Teresa & Rodríguez Molinet, Pepita** (2017). "La entrevista en el Trabajo social". Ed. Herder. Barcelona. 2017.
- **Salzberger-Wittenberg, Isca:** (1970) "La relación asistencial". Amorrortu Buenos Aires. 1988
- **Tizón García, J.L.** (1996): Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria". Ed. Bibliària. Barcelona 1966.



## Macu Gimeno Mengual

Feminista, País Valencià

macugimeno@intersindical.org

Si con la aprobación de la Ley Integral Contra la Violencia de Género se puso en el espacio público la violencia sufrida por las mujeres en la intimidad de sus hogares, donde sus maridos eran dueños y señores de sus vidas, hoy -13 años más tarde y con un promedio de setenta mujeres asesinadas cada año- ve la luz el primer pacto estatal contra la violencia de género. Un pacto donde las organizaciones de mujeres y feministas no han estado representadas, ni está prevista su presencia en la comisión de seguimiento del mismo.

### **Sin enfoque feminista, el pacto adolece de lo más importante.**

Ratificado unánimemente por el Senado en septiembre, articulado en 10 ejes de actuación con diferentes propuestas, el Pacto de Estado Contra la Violencia de Género no es sino un "consenso de mínimos". No voy a negar que su aprobación nos haya puesto de enhorabuena. Por lo menos ha habido unanimidad en este documento que tiene más de informe que de pacto. Pero quedan muchos interrogantes sobre cuestiones clave que han quedado fuera. Como la inclusión de otras formas de violencia machista fuera del ámbito de la pareja o la consideración de víctimas de las madres a quienes el maltratador asesinó a sus criaturas. Muchas imprecisiones y pocos compromisos y presupuesto. Y todos los interrogantes sobre la forma de implementar las medidas propuestas o el plazo para ello.

Siguiendo la estructura del pacto según los ejes de actuación, ahí va mi resumen:

### **sensibilización y prevención**

Este primer eje no es sino un recordatorio de lo que viene establecido en la LIVG y que sigue sin desarrollarse, poniendo de nuevo sobre el tapete la necesidad de actuar desde la educación. Se reconoce la ineficacia de campañas actuales y se proponen sanciones a clubs deportivos que permitan apología de violencia de género o sellos identificativos, que ya han demostrado su ineficacia.

# Entre Ley y pacto, nos siguen asesinando

### **mejora de La respuesta institucional**

La más significativa de las propuestas de este eje es la de modificación de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local para devolverle las competencias a los ayuntamientos en materia de igualdad y violencia, competencias que nunca debió quitarles. También se habla de modificar la LIVG para ampliar las formas de acreditación de la condición de víctima para acceder al estatuto integral de protección. Es importante, pero hay que recordar que algunas autonomías ya cuentan con esta ampliación. Se habla de la necesidad de asimilar el concepto y medidas de violencias consignadas en el Convenio de Estambul, pero deja fuera otras formas de violencia como la prostitución -origen de la explotación sexual y la trata- y la aplicación a menores.

Importante también es la supresión del atenuante por confesión o perfeccionar la tipificación de delitos en el ámbito digital, así como el tratamiento de injurias y calumnias en redes. También la recomendación de excluir la relevancia del consentimiento de la víctima en la valoración, el mayor control en la concesión de licencias de armas o el refuerzo de la especialización en los juzgados. Y más revisiones de planes, compromisos, estudios y protocolos. Llevamos años hablando de lo mismo.

### **perfeccionar La asistencia, ayuda y protección a Las víctimas**

Me parece importante destacar la propuesta de habilitación de instalaciones amigables donde poder atender a las hijas e hijos de las mujeres en situación de maltrato o el plazo de dos años para establecer las Unidades de Valoración Forense Integral (es increíble que no estén funcionando ya), el plan de acompañamiento o la inclusión de las criaturas en la valoración. También la propuesta de estudio del sistema de renta activa de inserción para sustituirla por seis meses de paro, ampliable por semestres prorrogables, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.

Otras propuestas hablan de potenciar un plan de inserción socio laboral, incrementar la atención a las víctimas en zonas rurales, adaptar la información para garantizar el acceso a la misma de las mujeres con diversidades funcionales y más protocolos, formación especializada y equipos multi disciplinares en sanidad, más de lo mismo.



**Medidas de las que venimos hablando desde hace años y siempre estamos en el mismo punto porque no se implementan.**



En cuanto a la asistencia y protección de menores y la adopción de medidas para no dar la custodia compartida o el régimen de visitas en casos de violencia de género, de poco le ha servido a los hijos de Juana Rivas, entregados al maltratador por la justicia. En la

ratificación del pacto en el Senado se ha incorporado al texto una propuesta para otorgar protección a las víctimas incurso en situaciones de sustracción internacional de menores y cuyo origen sea una situación de violencia de género. Lástima que a tantas Juanas la medida les llegue tarde.

Se habla también de estudios sobre la situación de menores respecto a custodia, visitas y relaciones con el padre maltratador. No se hace mención alguna del SAP y del uso de él en los juzgados.

## Impulso a La formación para mejorar La respuestas

Este eje habla de implicar a profesionales de las farmacias para informar sobre violencia de género, de la formación de profesionales de medios de comunicación y la ampliación de ésta al personal de judicatura y fuerzas de seguridad en prevención de violencia de género y trata, de violencia a mujeres transexuales y transgénero. En estos dos últimos casos, en colaboración con entidades que luchan por los derechos de estas mujeres. Esta colaboración no se establece con las organizaciones de mujeres o feministas en otros casos al hablar de formación.

## seguimiento estadístico

El documento habla de establecer la obligación legal de obtener y prestar datos estadísticos, incluyendo tramos de edad, diversidades, número de menores víctimas, indicadores de inspecciones educativas, estudios sobre violencia sexual y efecto acumulación de asesinatos.

## recomendaciones a CCAA, entidades Locales y otras instituciones

Entre otras, se propone instar al gobierno central para realizar un pacto en la Unión Europea sobre medios de comunicación, de mejorar los recursos en las Comunidades Autónomas o de

sugerir al Consejo General del Poder Judicial la evaluación de la formación del personal de judicatura. Esta evaluación es imprescindible, dados los casos de In-Justicia patriarcal que vemos a diario.

## visualización y atención a otras formas de violencia contra La mujer

Se habla sólo de violencia sexual y de introducir módulos formativos en empresas y administraciones públicas, del diseño de programas de prevención, campañas y protocolos y estudios. Respecto a la trata, de impulsar la Ley Integral y modificar la Ley de Protección de testigos para mejorar la protección de las víctimas. Insuficiente tratamiento de esta esclavitud dada la magnitud de la barbarie y el aumento alarmante de la prostitución en el estado.

## compromiso económico

El compromiso económico para cinco años es de 1000 millones de euros, 200 con carácter anual. El reparto es de 80 para la Administración central, 20 para los 8.000 Ayuntamientos a los que se les devuelven las competencias en igualdad y violencia de género -poca cantidad para tantos ayuntamientos- y 100 para las autonomías, que irán destinados a programas de lucha contra la violencia de género. No sabemos cómo va a ser el reparto, porque si se trata de hacerlo según el sistema actual de financiación a autonomías, se seguirá perpetuando el reparto desigual y generando víctimas de primera y de segunda. Falta detallar partidas, objetivos, medidas u órgano gestor. Muchas imprecisiones sobre un presupuesto que parece insuficiente y que comparado con *los Gastos diversos de Ministerios, para Imprevistos y funciones* es ridículo, ya que supone un 10% del presupuesto asignado para este programa, según denunciaba IU.

Esperamos que la composición de la comisión de seguimiento incluya a organizaciones de mujeres y feministas. Que se fijen objetivos, fechas. Que se amplíen los supuestos de violencias machistas a todas las formas que contempla el Convenio de Estambul. Partidas presupuestarias suficientes y blindadas. Que se convierta en un verdadero compromiso para todas las partes. Solo podemos confiar en empezar a actuar cuando la erradicación de las violencias contra las mujeres sea el primer punto en la agenda política. Vamos, lo que siempre he entendido como cuestión de estado. Pactos, los que quieran, pero no pueden ir solos.

## Al Cierre:

**El Pacto arranca sin dinero después de la confirmación del ministro Montoro de que no habrá nuevos presupuestos y de que se prorrogarán las cuentas de este año.**



**Serena Brigidi**

Antropóloga médica,  
especialista en  
género y salud



**Susana Ferreiro**

Mediante  
Jurista especializada  
en género

## OBSERVATORIO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

### violencia obstétrica. justificación social y ética

*"La violencia y el maltrato que yo he visto ejercer en los paritorios no lo he visto en ningún otro ámbito del ejercicio profesional. Supone un reducto particularmente resistente a cuestiones desde la más básica educación, hasta la lex artis y el respeto al derecho de la autonomía. El embrutecimiento que se vive en los paritorios es brutal. Y los y las profesionales tienen muchas dificultades en aceptar esto. Prefieren llamarlo manzanas podridas cuando es el árbol, prefieren hablar de prácticas inadecuadas cuando es una cultura profesional. Creo que, a pesar de la negativa a ver la realidad, hay que seguir ayudando a identificar a profesionales y mujeres qué es violencia obstétrica"* (Reflexión de una ginecóloga)<sup>1</sup>

La violencia obstétrica sigue hallando escollos tanto para su aceptación como para su conceptualización. Su mera existencia ha sido puesta en duda desde diferentes campos del saber, como ocurre con gran parte de las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El marco jurídico español no tiene una ley específica sobre violencia obstétrica como Venezuela, Argentina y México. No obstante, las prácticas que la constituyen se encuentran prohibidas, en el Código Penal y en la Constitución: derecho a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18).

Ante todo cabe destacar que la violencia obstétrica debe ser explicada desde y con la perspectiva de género. Pero, debido a que vivimos en una época donde la condición de género no se contempla, no se estudia, y, por ende, no se realiza un análisis en profundidad a partir de los roles que asumimos, aceptamos, deseamos y elaboramos.

La violencia obstétrica es parte de la cultura de la posesión, del abuso de poder y de la imposición de los roles de género<sup>2</sup>. En 2015, las asociaciones **El Parto es Nuestro** (EPEN) y **Dona Llum** elaboraron una campaña crítica contra el Informe Doulas elaborado por el Consejo Superior de Enfermería<sup>3</sup>, el cual, por una parte, niega la violencia obstétrica, consi-

derándola una invención de las doulas y, por otra, muestra un desconocimiento absoluto del derecho al consentimiento informado (considerado por el Tribunal Supremo y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos como inalienable).

Otra traba que limita la comprensión de este fenómeno es la responsabilidad. Las personas implicadas en el proceso de violencia obstétrica, de forma más o menos activa, son muchas: la mujer, el/la bebé/s, la pareja, las/los acompañantes durante el embarazo, parto y crianza, las/los profesionales de salud y, en términos éticos y políticos, la sociedad entera. Desde siempre, el concepto de responsabilidad en salud, sobre todo en los Estados de Bienestar, ha sido una noción ambigua que se desliza entre el adoctrinamiento y la culpabilización total o parcial de los principales implicados, y por ello no es sencillo hablar abiertamente de violencia obstétrica. Aunque la hemos visualizado en diversos entornos, muchos sectores siguen reclamando aún que no se mencione la palabra "violencia". Como observa Dolores Juliano, uno de los temas a analizar cuando reflexionamos sobre violencia, es la legitimidad que otorgamos a los discursos, ya que existe una clara jerarquía: los que acceden al poder porque están contruidos por las esferas políticas y económicas de la sociedad y los que están invisibilizados porque emergen desde las necesidades.

La violencia obstétrica se manifiesta en el cuerpo de la institución, en las/los profesionales de la salud, en las/los hijas/os, en la pareja y familiares y, sobre todo, en las mujeres: en su vida sexual, en su proceso reproductivo y en su proyecto de vida. Aunque tiene lugar en momentos diversos, centramos el análisis en el embarazo, parto y posparto, porque en dichos procesos se observan numerosas manifestaciones violentas y reiteradas faltas de respeto, presencia y reciprocidad. De hecho, no sólo el excesivo intervencionismo, también la omisión de asistencia es violencia obstétrica. Por ejemplo, la objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo. Así, hablamos de violencia obstétrica cuando en el proceso de embarazo, parto y posparto:

- Existe trato deshumanizado (*"Con cada contracción me apretaban la tripa, y yo gritaba, le dijeron a mi chico que me tapase la boca, que perdía la fuerza"*<sup>5</sup>).
- Se usa un lenguaje inapropiado, grosero (*"hace 9 meses no te quejaste", "Antes te gustaba"*) o paternalista (*"hacerle el parto", "parir a la mujer"*).

- Se realiza discriminación por clase social, étnica, nacionalidad, orientación sexual, etc..
- Se infligen humillación, burlas y críticas.
- Se omite u oculta información, interfiriendo así en la capacidad de decisión de la mujer
- Se vulnera el derecho a la intimidad.

También hablamos de violencia en los paritorios por las preocupantes tasas de episiotomías, por la frecuente realización de la maniobra de Kristeller y por el elevado número de cesáreas realizadas en España.

**Episiotomía:** En España se realizan en el 43% de los partos vaginales<sup>6</sup>. EPEN realizó una campaña que denuncia que las episiotomías rutinarias no aportan ningún beneficio, producen dolor y generan graves secuelas para la mujer: desgarros de 3º y 4º grado, disfunción del esfínter anal tras el parto, dispareunia. Incluso la OMS advirtió ya en 1985 que el uso sistemático de la episiotomía no está justificado.

**Maniobra de Kristeller:** Beverly Beech, presidenta honoraria de la Association for Improvements in the Maternity Services comentó: "¡Cada persona que la practica debería ser demandada por negligencia!". Esta práctica, que consiste en una presión externa de las manos en caso de contracciones interpretadas como débiles, está desaconsejada tanto por la OMS como por el Ministerio de Sanidad y la SEGO. En la *Campaña "STOP Kristeller: Cuestión de gravedad"* se evidencia cómo la maniobra de Kristeller se usa con frecuencia en los hospitales españoles con el fin de acelerar la fase expulsiva del parto: según la encuesta realizada directamente a las mujeres para la revisión de 2010 de la Estrategia de Atención al Parto Normal, en un 26,1% de los partos vaginales atendidos en hospitales públicos se había realizado esta maniobra, a pesar de encontrarse desaconsejada.

**Epidemia de cesáreas:** El porcentaje de cesáreas en los hospitales españoles supera ampliamente las recomendaciones de la OMS. Además resulta interesante considerar cómo estas representan el doble de gasto en comparación con el parto normal y cómo aumentan de 5 a 10 veces la morbilidad materna. Al margen del preocupante incremento de cesáreas a la carta, es decir, pedir con antelación una cesárea como método u opción para dar a la luz, sin indicación médica, sino en base a consideraciones sociales o culturales.

Otro tema fundamental, éste en el posparto inmediato, es el contacto precoz entre madre y bebé/s. En este sentido mencionamos dos campañas de EPEN:

- *"Que no os separen"* que pretende difundir información sobre la importancia del vínculo, la no separación rutinaria al nacer y los derechos de las/los niñas/os hospitalizados. Con el apoyo del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y Unicef.
- La más reciente campaña *"Unidos en Neonatos"* concluye que, a pesar de que las recomendaciones nacionales e

internacionales indican que no se debe separar la díada madre-hijo y que son muy pocos los casos en los que la separación se contempla como necesaria, frecuentemente se vulnera este principio. Por ello se elaboraron Informes (uno por cada Comunidad Autónoma) sobre la Accesibilidad de las Madres y Padres en Unidades Neonatales y el Cumplimiento de los Derechos de los Bebés Ingresados.

## EL observatorio de La violencia obstétrica en España



**OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

*Diseño del logo Rafael Ricoy*

*"El anestesista, viéndome llorar, se acercó con mi plan de parto y me dijo que a la próxima me pensara en decirle a los médicos qué deben hacer"<sup>5</sup>*

El día 25 de noviembre de 2014, la asociación EPEN creó el Observatorio de la Violencia Obstétrica. Se trata de un organismo multidisciplinar que nació de la necesidad de visualizar y denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia.

El Observatorio cuenta con una página web, una dirección de correo ([observatorio@violenciaobstetrica.info](mailto:observatorio@violenciaobstetrica.info)) en la que se reciben diariamente tanto relatos de mujeres como consultas de profesionales de diversos ámbitos, y un post mensual en el blog de EPEN.

Las expertas sobre violencia obstétrica que participan en el Observatorio son Lola Ruiz Berdún, Serena Brigidi, Francisca Fernández Guillén, Susana Ferreiro Mediante, Paz Ferrer Ispizua, Azucena Manzanares del Olmo, Ángeles Malagón Amor, Cristina Medina-Pradas y Rosario Quintana<sup>8</sup>, un grupo de diversas profesionales que ejercemos en el ámbito sanitario, social y jurídico.

Sus objetivos principales son:

- Servir de canal de comunicación entre instituciones sanitarias, colectivos profesionales y asociaciones de usuarias, y promover la colaboración entre ellos para lograr la erradicación de la violencia obstétrica.
- Actuar como órgano de recogida, análisis y difusión de información relativa a la violencia obstétrica.
- Mantener relaciones con instituciones internacionales similares.

Para lograrlos realizamos las siguientes acciones:

- Recoger testimonios de usuarias que hayan sufrido este tipo de violencia respetando su privacidad. Solo es preciso que el nacimiento con violencia haya acaecido en territorio español a partir de enero de 2008, fecha de aprobación de la Estrategia de atención al parto normal..



- Recopilar relatos de profesionales de la salud que hayan sufrido o que ejercen en entornos de violencia obstétrica.
- Elaborar un informe anual sobre la incidencia en España.
- Formular recomendaciones a las instituciones sanitarias.
- Replantearnos la educación y la formación en cuestiones de género y violencia obstétrica en áreas distintas de la sociedad: desde la guardería hasta la universidad.
- Difundir una encuesta online dirigida a las mujeres que hayan parido en España entre 2008 y 2016. Los datos, consultables en la web, evidencian que la violencia obstétrica es un importante problema de salud global y salud pública.

## Interovo

*"En el momento de hacer la cesárea, el bebé ya había sacado parte de la cabeza por vía vaginal, por lo que el equipo médico tiene que tirar de él hacia atrás, produciendo así el desgarro de mi útero. Debido a la intensidad del desgarro, se procedió a practicarme en esa misma intervención una histerectomía subtotal puerperal"*<sup>5</sup>

Entre el 2014 y el 2016 se han generado movimientos análogos y afines a nuestro Observatorio. InterOVO es una red que conecta estos Observatorios con la finalidad de compartir las campañas locales y de darles difusión internacional, de comparar datos estadísticos obtenidos por las encuestas llevadas a cabo por cada Observatorio y de promover acciones conjuntas. Actualmente cuenta con representantes de diversos países Europeos y Latinoamericanos.

## A modo de conclusión

*"Cuanto más insistía, cuanto más pedía a mi niño, más enfadadas me contestaban (...) Mi bebé lloraba, me necesitaba y yo no podía hacer nada"*<sup>5</sup>

Judith Butler observa que no solo resulta importante definir las situaciones y comprenderlas<sup>9</sup>, también es esencial ser consciente de los riesgos que estas pueden conllevar, por

ejemplo: ser víctima, ser superviviente, etc.. Otra preocupación urgente es la falta de transparencia de las estadísticas de parto y la falta de rigor de los escasos datos disponibles: faltan marcadores de calidad, índices como el porcentaje de bebés que no son separados de sus madres al nacer, el porcentaje de episiotomías, de inducciones (en fuerte aumento en los últimos años), de corte tardío del cordón. En el 2007 se ha implementado, de nuevo por parte de la asociación EPEN, la *"Campaña por la Transparencia en la Obstetricia"*, con la finalidad de denunciar esta laguna, solicitando la colaboración de todos los hospitales españoles, públicos y privados, para poder ofrecer datos fiables que sirvan de herramienta de decisión a las mujeres. Estos datos constituirían una base alternativa a las prácticas rutinarias que se siguen realizando "porque siempre se ha hecho así".

*"Me ha dejado graves secuelas... Me despierto llorando de noche, temblando, me cuesta hablar del tema, me he tenido que cambiar de hospital porque me veo incapaz de volver allí (...) Hasta me veo incapaz de volver a ser madre algún día..."*<sup>5</sup>

En definitiva, la violencia obstétrica anula el carácter ontológico de la mujer, su singularidad<sup>6</sup>, su identidad, su historia, sus derechos más básicos. No cabe duda de que la violencia obstétrica tiene que ver con el horror. El horror es la forma en la que todo se justifica, normaliza y silencia<sup>10</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1 [www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/profesionales](http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/profesionales)
- 2 Lipperini, Loredana; Murgia, Michela. *L'ho uccisa perché l'amavo. Falso!* Roma: Laterza, 2013.
- 3 Crítica al Informe Doulas: [www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/critica-informe-doulas\\_2015.pdf](http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/critica-informe-doulas_2015.pdf)
- 4 Dolores Juliano. *Feminismo y sectores marginales. Un diálogo no siempre fácil.* Seminario organizado por ERAPI, (30 octubre, 10 octubre) 2014.
- 5 Fragmentos de relatos de parto.
- 6 Vv.Aa. *European Perinatal Health Report.* Europeristat. 2010
- 7 Brigidi, Cardús y Ausonia. Entrevista a Beverly Beech. *Agora d'Infermeria* 18 (4): 40. 2014
- 8 Véase [www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/quienes-somos](http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/quienes-somos)
- 9 Judith Butler. *Cuerpos que importan.* Barcelona: Paidós. 2002.
- 10 Serena Brigidi. *Entrevista sobre Violencia Obstétrica.* Realizada por Médicos del Mundo 2015



**Dr Anneke Newman**

Teaching Fellow in  
Anthropology at the  
University of Sussex

## MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Las abuelas pueden ayudar

(Traducción de Maria Elena Cuyàs Robinson)

Cuando se trata de prácticas culturales tradicionales, como la mutilación genital femenina (MGF), está claro que la mayoría de las personas considera que las abuelas y las mujeres mayores de la familia son parte del problema y no de la solución. El 6 de febrero, Día Internacional de Tolerancia Cero hacia la MGF, recordamos nuevamente estos actos de violencia contra mujeres y niñas que a menudo llevan a la muerte o a complicaciones de por vida. Se considera que la MGF es una tradición cultural que 'desaparecerá' cuando desaparezcan los miembros mayores de la familia, pero, ¿es esto cierto? o ¿tal vez los proyectos de base fracasan porque ignoran a las personas capaces de desalentar esa práctica?

Recientemente, el Departamento para el Desarrollo Internacional (de UK) otorgó 3 millones de libras esterlinas a AmplifyChange, un fondo que apoya a 40 pequeños grupos de base que trabajan para erradicar la MGF. Pero, ¿qué es lo que hace un buen proyecto de base?

Los programas de MGF a menudo son diseñados por personas externas a la comunidad en ejercicio, o bien deben cumplir requisitos estipulados por patrocinadores también externos. Y, aunque muchos programas identifican personas clave con influencia, a menudo se trata de líderes religiosos, no abuelas.

Mi investigación muestra que este enfoque no se basa en un análisis cuidadoso de los roles sociales y de influencia en las comunidades. Estoy viendo cada vez más claro a través de mi trabajo como antropóloga, que para cambiar las normas sociales es esencial trabajar directamente con las personas de mayor autoridad. Por eso una organización de Senegal llamada "Proyecto Abuelas-Cambio a través de la cultura" ha tenido tanto éxito.

En 2008 se inició el programa "Desarrollo holístico de las niñas", que tiene como objetivo mejorar las actitudes de la comunidad y las normas socioculturales relacionadas con la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz y el embarazo adolescente. Crea foros intergeneracionales que reúnen a grupos de pares de ambos sexos de diferentes edades para discutir temas delicados. El programa también organiza sesiones de capacitación con abuelas, mujeres en edad reproductiva y trabajadoras de salud comunitaria, y "Días de alabanza a las abuelas" para celebrar su papel.

El verdadero éxito del proyecto Abuelas se dio cuenta rápidamente de que, aunque muchas personas en las sociedades patriarcales afirman que "los hombres toman todas las decisiones", esto no es del todo cierto. La MGF suelen llevarla a cabo mujeres mayores sin consultar ni informar a sus hijos, quienes podrían no estar de acuerdo. Algunos incluso puede que prefiera casarse con una mujer no mutilada. Aunque sean los hombres los que negocien públicamente el matrimonio, tras la escena están su madre, su abuela y sus tías concentradas en escoger una pareja adecuada para él. Las mujeres mayores pueden desempeñar pues un papel crucial en el cambio de mentalidad.

Al comprender estas estructuras sociales e involucrar a las abuelas como aliadas, el programa no solo ha logrado reducir la MGF, ha aumentado la autoconfianza de las mujeres mayores y su sentimiento de ser respetadas y útiles en su comunidad. Durante un estudio de 2015, se preguntó a 340 miembros de la comunidad donde se lleva a cabo el proyecto: «¿Es la mutilación genital femenina un deber cultural que debe cumplirse?» Los resultados mostraron que un asombroso 83% de las abuelas estaban convencidas de que no, frente al 75% de hombres y mujeres en edad reproductiva y el 69% de las adolescentes.

En un focus grup con mujeres en edad reproductiva, todas coincidieron en que "las abuelas ahora son más conscientes de los peligros relacionados con la mutilación genital".

Está quedando claro que con el enfoque adecuado –humildad, respeto por la cultura local, valoración del papel de los ancianos, educación de adultos utilizando sus propias experiencias-, los programas pueden alentar a las abuelas a cambiar de opinión sobre prácticas antiguas.

El Proyecto Abuelas ha observado que los guardianes de la tradición no son reacios al cambio. Cuando las abuelas son respetadas e incluidas, y los programas adoptan el diálogo en lugar de mensajes preceptivos, ellas pueden modificar actitudes y prácticas ancestrales. Asumir que nunca lo harán es un estereotipo peligroso y edadista que, lamentablemente, podría estar impidiéndonos poner fin a la mutilación genital femenina y muchas otras formas de violencia contra las mujeres culturalmente arraigadas.

\*[http://www.huffingtonpost.co.uk/dr-anneke-newman/grandmothers-can-help-us-\\_b\\_14631244.html](http://www.huffingtonpost.co.uk/dr-anneke-newman/grandmothers-can-help-us-_b_14631244.html)



**Àngels Espeig Juangran**

Volvemos a ser cuatro en casa. Esperábamos la jubilación para poder disfrutar finalmente de una vida relajada, un premio merecido y necesario tras años y años de prisas, problemas graves... Pero ha resultado un sueño imposible. Los planes de ir a vivir a un lugar tranquilo cerca del mar se han ido a pique. Nuestra hija, nuestro nieto, son unas víctimas más de la violencia familiar que se ha convertido en una verdadera epidemia social. Desgraciadamente, casi en todas las familias se dan casos capaces de desestabilizar a las personas más sensatas. Verdaderos terroristas manipulan a hijos, hijas, parejas, familiares como si se hubieran vuelto locos. El tiempo pasado de convivencia, amor y armonía se esfuma. Las promesas y buenos propósitos se olvidan, dando paso a las situaciones más rocambolescas. Recurrir a la justicia, demasiadas veces injusta, es el único camino que queda. Un camino lleno de dolor y tristeza, plagado de burocracia y obstáculos económicos que no todo el mundo puede permitirse. Un proceso largo, complicado, capaz de dañar la salud física y mental de quienes lo soportan y que puede terminar trágicamente, como por desgracia sucede a veces. Los padres queremos lo mejor para nuestras hijas y nietas

## DAÑOS COLATERALES: Abuelas madres

y nos volcamos para apoyarlas. Olvidamos nuestros propios deseos y volvemos a estar a su lado con un sobreesfuerzo que las instituciones observan desde fuera. No ven que nuestra salud peligra, que los niños necesitan personas jóvenes llenas de energía para estar con ellos. No ven que los bebés necesitan a su madre, y más en casos de violencia familiar, pero, como madres de familia monoparental, ellas han de trabajar fuera de casa para mantener esa familia (a menudo por sueldos exiguos que no cubren gastos), por lo que las abuelas se han convertido nuevamente en madres. Unas madres endurecidas por la vida, cansadas de luchar a brazo partido para subir a sus propias hijas, unas madres a quienes se les pide demasiado porque ni física ni mentalmente tienen las condiciones idóneas para un niño.

Disfrutar de los buenos momentos con nietos y nietas, saborear la ternura que nos dan, volver a ver el mundo con ojos de niño, ayudarles a crecer con la esperanza de que su futuro sea mejor que el presente..., esto será con lo único que contaremos para salir adelante.

La vida es una lucha continua. Pedimos salud y justicia para poder seguir viviéndola.



**Pep Martí Valls**  
Médico y miembro  
del CAPS

## La pobreza, La salud y el género

Recientemente hemos leído dos artículos que nos informan de la estrecha relación que hay entre los determinantes sociales y económicos y la salud. El primer artículo, publicado en la prestigiosa revista Lancet, nos confirma que el nivel socioeconómico de una persona es un factor de riesgo de mortalidad prematura más importante que el alcohol, la obesidad y la hipertensión.

Es decir, la pobreza, en este estudio realizado en 1.751.479 personas (el 54% eran mujeres) de siete países de rentas europeas, se asoció con una reducción de 2'1 años en la esperanza de vida, mientras que el consumo de alcohol elevado la reduce en 0,5 años, la obesidad en 0,7, y la hipertensión en 1,6 años.

Por otro lado, Marisa Kohan nos dice en un artículo del diario Público (17 octubre de 2017) que "La principal causa de pobreza es ser mujer".

Así pues, ya tenemos toda la relación establecida: el sexo femenino comporta más riesgo para la salud que muchas otras factores que pueden incidir en el ser humano.

La autora cita datos sociales y económicos que son factores de riesgo para la salud de las mujeres: menores ingresos económicos, menor acceso de las niñas a la educación, mayor tasa de paro (que se ha ampliado en los últimos años: el 58%

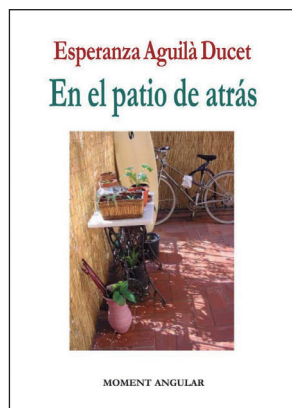
de ahora frente al 39% de 2007), menores subsidios de paro (50'8% las mujeres y 60,04% los hombres), la doble jornada laboral (la remunerada y la doméstica), etc.

Estas evidencias, que confirman los conocimientos que ya teníamos sobre la realidad de los determinantes de la salud en Catalunya y España, nos llevan a recordar, en primer lugar, que la salud está más determinada por factores sociales, culturales y económicos que no por el propio sistema sanitario, el cual se dedica más a la enfermedad y el acompañamiento al final de la vida. En segundo lugar, que la prevención y la promoción de la salud, su eficacia y equidad, depende más de las políticas públicas que no son propiamente del Departamento de Salud sino de muchos otros departamentos. La salud es sobre todo una cuestión política y debe figurar como un factor importante en los planteamientos y gestión transversal de todas las políticas de un país. En tercer lugar, conociendo la realidad de la discriminación de género, se precisan también políticas activas para hacerle frente.

En favor de la salud de las personas, será pues necesario combatir todos los factores que abocan a la pobreza (injusticias, discriminación, desigualdades...), con un plus de esfuerzo para eliminar las diferencias de género.

## EN EL PATIO DE ATRÁS

de Esperanza Aguilà Ducet



Fue hace 2 años, en uno de los encuentros de la Red de Mujeres Sanitarias, cuando me compré el libro de Esperanza *En el patio de atrás*. Recuerdo que tardé unos meses en leerlo pero cuando lo empecé, lo terminé de una vez. Me encantó descubrir que una de nuestras compañeras, entre otras muchas cosas, se dedicaba a la tarea de escribir

y había publicado su primera novela.

*En el patio de atrás*, Estela nos cuenta que escribir es “como excavar la tierra (...) buscar a tientas entre los terrenos de arcilla, desmenuzarlos con precaución, buscar como una arqueóloga entre tus recuerdos y tus experiencias (...) una palabra cargada de significado, una idea, una escena, (...) pulirla, colocarla junto a los otros pedacitos de la historia que tenemos entre manos”

*En el patio de atrás* caminan los días de la semana y nos descubren una vida. Y entra aire fresco de primavera, después de un aire enrarecido por un divorcio.

*En el patio de atrás* conviven personajes femeninos de los que pasan el test de Bechdel<sup>1</sup> y se susurran conversaciones íntimas entre amigas.

*En el patio de atrás* miras por una ventana o te sientas ante un espejo y descubres cosas de ti misma y de otras mujeres. Y atisbas, con una discreta perplejidad, esas trampas en las que casi todas hemos caído alguna vez.

*En el patio de atrás* necesitas echarte una mantita, de esas calentitas y que no pican, cuando se cuela el frío de las experiencias de la vida. Y también tienes que anclarte firme para que el viento de la vida no te lleve con las impotencias y onnipotencias propias de cada una.

*En el patio de atrás* se recuerda la vida a través de la gente a la que has querido y quieres, en esa en la que no puedes pensar arrastrada por la vorágine del día a día.

*En el patio de atrás* hay calma para leer y para escribir sobre una mesa desordenada. Y te puedes tomar un buen vino en buena compañía y saborear lo que traen tus amigas.

Por Mar Rodríguez Gimena

<sup>1</sup> El test de Bechdel, es un método para evaluar si un guión de película, serie, cómic u otra representación artística cumple con los estándares mínimos para evitar la brecha de género.

## TOMAR LA PALABRA

de Dolores Juliano

Ediciones Bellaterra, 2017



El libro de Dolores Juliano trata de los discursos que generamos las personas y de la legitimidad que se les otorga, en función de la posición social de cada uno. Identifica los sectores sociales que tienen derecho a hablar y también las personas y sectores a los que se les silencia. Su empeño es justamente hacer visibles estos silencios. Identifica una relación directa entre poder y credibilidad: cuanto

menos poder tiene un sector, menor credibilidad se le reconoce legalmente y menos se tiene en cuenta su opinión.

Interpela a la investigación en ciencias sociales afirmando que las ‘voces autorizadas’ (de la investigación, la crítica social, etc.) en ocasiones legitiman determinados prejuicios, cuando se apoyan en la cada vez menos aceptada objetividad de la ciencia y cuando hablan de sectores sociales marginales —prostitutas, presas, pobres, sin techo, transgénero— sin escuchar sus voces: ‘*Se habla de ellas, pero no con ellas*’.

¿Cómo pueden ellas hacerse escuchar?

Sostiene Dolores Juliano que las investigadoras necesitan esforzarse por escuchar y vencer la tentación de hablar de sus interlocutoras. Deben generar confianza para poder escuchar su voz. Se apoya en la idea de Gadamer cuando propone como criterio de validez de las investigaciones ‘*la capacidad de escuchar al otro —al que piensa distinto, al estigmatizado o marginado— con la convicción de que podría tener razón*’.

Uno de los ejes del libro trata sobre cómo el feminismo ha afrontado estos dilemas. Afirma Dolores Juliano que se han realizado aproximaciones aceptables a temas sociales conflictivos, pero las pensadoras feministas han tenido más dificultades para incluir en sus reivindicaciones la palabra de las mujeres pertenecientes a los sectores marginales.

Nos invita a superar los prejuicios y la mirada redentora, asistencialista y victimizadora que nos han caracterizado y cegado en el acercamiento investigador. A tratar de entender las estrategias de los distintos sectores, evitando considerar incapaces de elegir por sí mismas a quienes han asumido opciones de vida diferentes a las nuestras.

Por Anna Freixas Farré

## LAS MUJERES USAMOS MÁS ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS QUE LOS HOMBRES ¿Por qué?



Un grupo de investigadoras/es de la Universidad de La Laguna, encabezado por Pilar Matud, socia de nuestra Red-Caps, han publicado una investigación sobre las razones del consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España, y las diferencias entre hombres y mujeres.

Las razones para llevar a cabo esta investigación eran tres:

Por un lado, son estos un grupo de medicamentos muy prescritos (cada vez más) en todos los países desarrollados, incluida España, especialmente las benzodiazepinas.

En segundo lugar, hay voces autorizadas que cuestionan su efectividad y que alertan de sus importantes efectos adversos a largo plazo y su capacidad de generar dependencia.

Y por último, se sabe que los usamos más las mujeres que los hombres.

Las investigadoras querían estudiar la importancia de los factores sociales y demográficos y del malestar emocional como causa del consumo de estos fármacos, y ver qué diferencias presentaban las mujeres respecto a los hombres.

Estudiaron una muestra de 3087 mujeres y 2781 hombres, de 22 a 70 años. Y vieron que el 7,4% de las mujeres usaban estos fármacos frente al 2,5% de los hombres.

Ambos grupos coincidían en un mayor consumo a mayor edad, mayor sintomatología somática, de ansiedad, de insomnio o de depresión grave, y a mayor disfunción social. Pero en las mujeres también había otras diferencias: por ejemplo, vieron que las mujeres profesionales consumían menos que las amas de casa (3,4% frente a 12,7%), o que las que tiene estudios universitarios también los usaban menos que las que sólo tienen estudios básicos (3,5% frente al 10,9%)...

*M. Pilar MATUD AZNAR, Livia GARCÍA PÉREZ, Juan Manuel BETHENCOURT PÉREZ, Carmen RODRÍGUEZ-WANGÜEMERT. Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Journal of Feminist, Gender and Women Studies*



## HIPOTENSAS(os) HASTA MORIR

¿Sabías que 14 o 18 años antes de morir la tensión arterial se estabiliza y empieza a descender?

¿Sabías que a pesar de este dato constatable la mayoría de los médicos no retirarán el tratamiento antihipertensivo a sus pacientes?

¿Sabías que esto aumenta el riesgo de caídas con sus graves secuelas en ancianas y ancianos?

La prestigiosa revista JAMA acaba de publicar un estudio que ha analizado una cohorte de 20 años de registros médicos de pacientes de más de sesenta años, y ha llegado a la conclusión de que la presión arterial disminuye durante 14 a 18 años antes de la muerte. Esta disminución se produce en todas las personas siendo más pronunciada en las que reciben tratamiento para la hipertensión.

Nogracias ha publicado un comentario crítico, a partir de esta publicación y otras anteriores, para denunciar la resistencia de los profesionales a retirar el tratamiento.

"Está claro que la prevalente disminución de la tensión arterial en los últimos 14 años de vida de las personas mayores no se acompaña de su correspondiente desprescripción de antihipertensivos".

"Esta asincronía tiene graves consecuencias para los enfermos ancianos con tratamientos hipotensores desfaseados. Se caen."

Y analiza por qué, a pesar de la solidez de estos datos, las Guías de práctica clínica no los recogen.

"la increíble pulsión "por hacer" de la medicina moderna está basada en muy buenas y sesgadas evidencias lo que, nos tememos, condena irremediabilmente a nuestros ancianos (si no se cruza en el camino un profesional capaz de trascender las Guías de Práctica Compulsiva) a la hipotensión... hasta morir."

[www.nogracias.eu/2018/01/04/hipotensos-hasta-morir/](http://www.nogracias.eu/2018/01/04/hipotensos-hasta-morir/)

*Además, dado que la baja tensión produce tristeza, falta de energía, desánimo, nosotras nos preguntamos si, para prevenir la hipotética posibilidad de morir por un problema cardíaco a los 80, merece la pena mal vivir los últimos quince o veinte años de nuestra vida.*



[www.mys.matriz.net](http://www.mys.matriz.net)  
Síguenos en facebook  
[www.facebook.com/pages/Revista-MYS/](https://www.facebook.com/pages/Revista-MYS/)  
y clicla "me gusta"



**MYS** MUJERES Y SALUD **Vale Regalo por la suscripción de 1 año (2 números) a la revista Mys.**

- > Haz un ingreso de 15€ en la cc de CAPS: ES24 2100-0781-4902-0008-1043
- > Mándanos un mensaje a [mys@pangea.org](mailto:mys@pangea.org) con los datos de la persona a quien se la regalas.

Con la colaboración de:

