

CIENTÍFICAS:
brillantes pero
invisibles

**TECNOLOGÍA Y
REPRODUCCIÓN:**
ÓVULOS de oro
y riesgos de La FIV

ESCRITURA
ocho razones
de salud
para escribir

INFECCIONES URINARIAS
causas
tratamiento
y prevención

SALUD HOSPITALARIA
empresas
sanitarias y
salud
Laboral

ENTREVISTA
ANNA FREIXAS
La menopausia se
olvida pronto



eLLas **NO**
tienen La regla
pero Las mujeres,
SÍÍÍÍ...

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redactoras

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario

Lucía Artazcoz Lezcano

Vita Arrufat Gallén

Enriqueta Barranco Castillo

Consuelo Catalá Pérez

Montse Catalán Morera

Malen Cirerol Golliard

Emilce Dio Bleichmar

Mari Luz Esteban Galarza

Anna Freixas Farré

María Fuentes Caballero

Asunción González de Chavez
Fernández

María Isabel Matamala Vivaldi
(RSMLAC)

Neus Moreno Sanz

Judy Norsigian (Colectivo de Boston)

Teresa Ortiz Gómez

Victoria Sau Sánchez

Fina Sanz Ramón

Verena Stolke

María José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis y Programas
Sanitarios)

París, 150. Barcelona 08036

Tl. 93-3226554

e-mail: caps@pangea.org

Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación: verbigrafia
www.verbigrafia.com

Impresión: amadip.esment

Depósito legal: PM 435-2000

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

¡suscríbete!



sumario

editorial

El cuerpo fluido. Dolores Juliano 3

carta

A propósito del 8 de marzo 4

la entrevista

Anna Freixas. "Las mujeres olvidan pronto la menopausia"

Por Leonor Taboada. 6

salud trabajos amores

Empresas sanitarias y salud laboral. Pilar Arrizabalaga Clemente 10

tecnología y reproducción

Óvulos de oro. Verena Stolcke 14

Complicaciones de las nuevas tecnologías de la reproducción.

Vita Arrufat Gallén 20

Como muestra, un botón: Lucía y los embriones sobrantes. Mónica Puga 23

aula de formación

Infecciones de orina. Enriqueta Barranco Castillo 24

salud y enfermedades

Pensando sobre la salud. Nati Povedano. 28

Promoción de la enfermedad. Marian Uría Urraza 33

artículos

Subjetividad de la mujer científica. Emilce Dio Bleichmar 37

Entre el cuerpo y el alma. En busca del deseo de escribir. Silvia Adela Kohan 41

El encuentro entre semejantes. María Jesús Soriano Soriano 43

nuestro linaje

Júlia Corominas Vigneaux. 48

mys Libros 49

en movimiento 51

minidosis 52

Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres 1987-2007



“Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: repolitizando nuestra mirada, repolitizando nuestras demandas” para exigir que las mujeres no sigan pagando con su vida y salud el ejercicio de su sexualidad y reproducción, mientras los gobiernos y los grupos de poder internacionales siguen negándose a entender que la inversión en las mujeres es mucho más productiva que invertir en las armas”.

NUESTRA HISTORIA

La historia del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, que se celebra el 28 de MAYO, se remonta al V Encuentro Internacional de Mujer y Salud realizado en San José, Costa Rica, en mayo de 1987. A su vez, el grupo de mujeres de Japón Soshiren sugiere el 28 de mayo como el día de la campaña por ser justamente la fecha en que estaban reunidas.

Fecha emblemática porque fue el 28 de mayo de 1984 cuando 70 activistas de América Latina y el Caribe se reunieron en Tenza, Colombia, para participar en la I Reunión Regional Mujer y Salud, donde además acordaron crear la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe, bajo la coordinación de ISIS Internacional. (RSMLAC)

Finalizado el V Encuentro, la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (RMMDR) convoca a una jornada de trabajo donde un numeroso grupo de activistas de América Latina, Asia, África, Europa y Estados Unidos retoma la idea de la Red de Salud y acuerda crear el Día de Acción Internacional por la Salud de las Mujeres.

Desde entonces el 28 de mayo se ha conocido internacionalmente y es celebrado en el mundo.

En España la fecha se afianza poco a poco, en especial en los grupos con más relación con las redes internacionales. Desde los años 90 el grupo Dona i Salut y otros han celebrado en Catalunya algunos actos coincidiendo con el

día Internacional, pero es desde 1996 que la Red de Mujeres por la salud de Catalunya (Xarxa de Dones per la salut) lo celebra cada año con actos, manifiestos y divulgación de los manifiestos internacionales. También se ha conseguido que la mayoría de instituciones públicas reconozcan y celebren actos en relación a este día que, sin ser un 8 de marzo ni un 25 de Noviembre empieza a ser uno de los días importantes para hablar de la salud de las mujeres.

Este año el día 26 de mayo la Xarxa convoca a un acto sobre las Salud de las Mujeres y el Medio ambiente. Pero seguro que en el resto del Estado ha habido iniciativas que os pedimos nos mandéis para reconstruir y visibilizar nuestra historia.

WYETH LANZA *LYBREL*, UNA PÍLDORA PARA ELIMINAR LA REGLA

No podemos dejar de aludir en este número de *MyS*, a la espera de profundizar en el tema en números sucesivos, a la recién lanzada píldora para suprimir la regla. Transcribimos parte del excelente artículo aparecido en *La Vanguardia* el 24 de abril, elaborado por Maricel Chavarría.

En EE. UU., donde ya se comercializa una píldora anticonceptiva que deja de tomarse sólo cada tres meses, en breve podría estar disponible un tratamiento que no prevé descansos si la agencia estadounidense del medicamento da el visto bueno a la *píldora Lybrel*. El fabricante, Wyeth, prevé ingresar 250 millones de dólares anuales y cree que casi dos tercios de las mujeres estarían dispuestas a tomarla.

Algunos expertos aseguran que puede prevenir patologías como la endometriosis y reducir el porcentaje de histerectomías (extirpación del útero). Aseguran que no implica más riesgos que el tratamiento hormonal hasta ahora conocido. El doctor Joaquim Calaf, responsable del servicio de obstetricia y ginecología de Sant Pau asegura que no hay ningún riesgo añadido para la salud en la administración prolongada de hormonas. "Los estudios son sólidos y los únicos efectos secundarios son de comodidad".

La doctora Carme Valls i Llobet discrepa. La endocrinóloga y directora del programa *Mujer, salud y calidad de vida*, del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), reconoce que metabólicamente es lo mismo descansar que no descansar. "Pero, cuidado -advierte-, no cicla sólo el útero, sino todo el cuerpo". Para muchas mujeres y profesionales de la ginecología, suprimir la menstruación supondría un progreso para las mujeres, una vez superada la intranquilidad que puede producirles el hecho de no sangrar



mensualmente y, por ende, corroborar que no se está embarazada. Valls considera que esto es así porque no se les explica claramente que para ello deberán seguir un tratamiento hormonal durante años ni se les habla de las consecuencias que el tratamiento prolongado podría tener (cáncer de mama, de endometrio, incremento de enfermedades autoinmunes, obesidad, coleditiasis, endocrinopatías...). (ver pág. 47).

"El primer problema es que no se ha estudiado la relación entre el uso de tratamiento hormonal anticonceptivo y la calidad de vida de las personas. Usarlos *cambia la libido* y la armonía del hipotálamo de las mujeres. Es un problema sutil, pero muchas indican que tienen alteraciones en la apetencia sexual. Además, aumenta aspectos hiperestrogénicos: por ejemplo, pueden aumentar la autoinmunidad y, por lo tanto, las enfermedades de tiroides relacionadas, como la tiroiditis autoinmune. También pueden alterar los lípidos y el colesterol, o incrementar el riesgo de trombosis".

Otro aspecto de discrepancia es la rapidez con que la regla vuelve a estar presente. Según el doctor Calaf, a los 20 días de dejar de tomar la píldora prolongada se vuelve a ovular, y a los 45 días se tiene la regla. En cambio, la doctora Valls constata casos en los que las mujeres han tardado entre uno y tres años en quedarse embarazadas. Con todo, no han pasado ni dos años desde que la Agencia Española de Medicamento informó de los riesgos de anticonceptivos con

progestágenos de tercera generación (gestodeno y desogestrol) en las mujeres con antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa, infarto de miocardio o accidentes cerebrovasculares. Estudios de la OMS, de la farmacéutica Schering y de la Universidad de Boston corroboraron que las usuarias de esas píldoras corren el doble de riesgo de trombosis. Y desde la Clínica Mayo y la Universidad de Minnesota se había demostrado ya que las mujeres que usaron anticonceptivos orales en EE.UU. antes de 1975 presentaron mayor riesgo de cáncer de mama.

La doctora Valls no duda: "La menstruación es un indicador del estado de salud desde la adolescencia, ya que las situaciones de estrés físico o mental, las anemias, las deficiencias nutricionales o la pérdida de peso pueden alterar su ritmo. Si no funciona bien, significa que hay una alteración metabólica, endocrina, psicológica o social (como el estrés). Abolirla no elimina los problemas, sólo se tapan y pueden aparecer otros. Dar la píldora a personas con problemas en su ciclo menstrual falsea el problema. Y si no hay molestias, ¿por qué darla?".

Subvencionado por:



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

A través de:





Dolores Juliano
Antropóloga

EL cuerpo fluido

Para Hanna Arendt el nacimiento es el acto básico a partir del cual todas las posibilidades están abiertas: "El nuevo comienzo inherente al nacimiento se deja sentir en el mundo sólo porque el recién llegado posee la capacidad de empezar algo nuevo, es decir de actuar... ya que la acción es la actividad política por excelencia, la natalidad y no la mortalidad, puede ser la categoría central del pensamiento político". (Arendt 1993). Actuar implica la capacidad de elegir. La acción escapa a los determinismos.

La biología no es el destino, decía Simone de Beauvoir, pero no sólo no rige la vida de forma rígida, sino que a su vez es leída y construida ella misma. Si la imaginamos inmutable, esto tiene más que ver con la estrechez de nuestros moldes que con sus características. La pervivencia en el tiempo de las especies implica cambios biológicos a través de dos mecanismos básicos: la reproducción sexual y las mutaciones genéticas.

Pero en el caso de los seres humanos están además los mecanismos de lectura e interpretación de estas variaciones. Las clasificaciones estáticas basadas en la biología se van desmontando a medida que nuestra capacidad para entender situaciones ambiguas se incrementa. Primero se desmantelaron los viejos conceptos de la pertenencia inequívoca a grupos raciales y se llegó a la conclusión que la mezcla y no la pureza era la norma en ese campo. Las razas mismas eran construcciones culturales, ya que en realidad todas y todos somos mestizos.

Luego le ha tocado el turno al sistema dual de sexos y a las construcciones de género ligadas a él. Desde la biología se reconoce este hecho: "Etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social" (Fausto-Sterling 2006) La ambigüedad propia de esta situación permite la libertad de elegir, pero también

facilita la manipulación. Entre los estudios más apasionantes del nuevo milenio están los que van reconociendo las bases cromosómicas y endocrinas de esta ambigüedad y señalan cómo se utilizan para legitimar o desechar opciones sexuales o conductuales. La homosexualidad primero y la transexualidad después se han interpretado primero como fenómenos biológicos patológicos, para pasar después a conceptualizarse como opciones sociales. El género (es decir el conjunto de conductas a través de las cuales se expresan las categorías sexuales) ha tomado primacía sobre el sexo. Un avance importante en ese sentido es la reciente ley que permite a las personas transexuales el cambio de identidad sin necesidad de recurrir a la cirugía. Una buena noticia para las personas directamente implicadas (salvo para los cirujanos que se lucraban "normalizando" una realidad ambigua)

Desgraciadamente los caminos hacia la aceptación de la diversidad y la mutabilidad no son fáciles. La estructura social se apoya en cierta idea de permanencia corporal.

Las prácticas más frecuentes de control consisten en la biologización y medicalización y en la construcción de imaginarios estigmatizadores. El cuerpo está en el centro de estas estrategias, sobre él se actúa cuando se encarcela o se medica. Imaginarlo estable en el tiempo, ligado por la biología a conductas previsibles y normalizadas, tales como la correspondencia sexo-género, la heterosexualidad o la permanencia de las opciones sexuales, no es una descripción de sus características, sino una estrategia de control social.

Arendt, Hannah. 1993. La condición humana. Barcelona: Paidós.

Fausto-Sterling, Anne. 2006. Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona: Editorial Melusina.

A propósito del 8 de marzo

Es 8 de marzo, pero a mi hoy me toca no sé si celebrarlo o echarme a llorar. Hace un mes que estoy buscando trabajo y la verdad empecé muy animada, desde mi condición de mujer que es la que me hace luchar; los demás roles los voy negociando, como el de inmigrante en proceso de todo: de desprenderme de los hijos que empiezan a crecer, de aprender catalán, de abrirme a nuevas oportunidades, de participar de mis derechos como ciudadana, de homologar mi título, de negarme a hacer lo que no soy. La verdad, el sentimiento de optimismo con que inicié de nuevo la búsqueda de empleo no tenía otro sentido que el de reconocer que ya había sufrido demasiadas discriminaciones como mujer para acceder a un trabajo, el primero en mi país, cuando me botaron del trabajo por estar embarazada,

entre otras muchas cosas el negarte ante jefes machos que te acosaban sexualmente, en fin eso era historia pasada, lo normal vaya, si te pones hacer memoria.

Pero estos últimos años la cosa ha ido mejorando: voluntariado para no perder el amor propio, becas de estudio (aún siendo madre en solitario) en fin, que te apuntas a todo lo que se parezca a dignificar la vida y jugar a ese imposible de compaginar vida familiar y vida laboral, malabares e imposibles.

Pero nada, sólo les quería contar que hoy voy todavía buscando mi sitio, un poco depre porque tengo que decidir entre dos trabajos, (a falta de uno ahora tengo dos): 1- en el restaurante de la SEAT para sus empleados, horario de 6, 45 de la mañana hasta las 6 de la tarde y me pagan 1000 euros; bien seré

mileurista, nada, como pago 700 de piso me quedan 300, ya puedo vivir tranquila. 2) en una guardería, lo más parecido a mi profesión, me esperan que homologue el título, de 8;30 a 6 de la tarde, puedo ir a comer a casa, lo malo y fatal es que sólo me pagan 700.

Nada más, sólo contaros mi situación en esta fecha memorable, y las ganas de hacer tantas cosas, de encontrar mi sitio, de dejar de oír discursos para las mujeres, mucha demagogia, mucha distancia de la realidad, sé que hay gente linda que me tiene presente entre sus prioridades para echarme una mano, sólo que la maquinaria del poder es invencible.

*Con amor y libertad celebremos este 8 de marzo.
Diana*

FE DE ERRATAS

Hubo una equivocación en la foto de autora aparecida en el artículo "La promiscuidad obligatoria" de María José Naranjo, en el MyS 19. La foto auténtica es esta. Nuestras disculpas a María José.



En el MyS 18, el artículo de testimonio "Mi Historia" Anónimo, salió publicado incompleto por error. Ahora lo podéis leer completo en la versión colgada en la pg Web: www.mys.matriz.net



CUANDO QUIEREN, PUEDEN: LULA PUEDE A MERCK

El presidente brasileño Lula da Silva ha cancelado con la compañía farmacéutica Merck la patente del fármaco antisida Efavirenz y ha firmado un decreto por el que este medicamento, en forma de genérico, se fabricará en Brasil o bien se exportará de otros países. El motivo de la cancelación de la patente es el alto precio que la Merck cobra por el medicamento en Brasil, país con 600 mil personas afectadas. Con esta iniciativa el presidente de Brasil demuestra que los gobernantes no sólo deben gobernar a favor de su gente y en contra, si es preciso, de los intereses de las grandes corporaciones, sino que además, pueden.

La Merck ha respondido con argumentos tales como que esta "expropiación de la propiedad intelectual" podría frenar su interés por la investigación de enfermedades que afectan a países en vías de desarrollo (ver El País 6-5-07). Ridícula amenaza si tenemos en cuenta lo poco que parece servirle a los países en vías de desarrollo que investiguen sus enfermedades si luego no pueden comprar los medicamentos.

Otro argumento "de peso" ha sido que con esta medida Brasil puede ver perjudicada su reputación como país industrializado; se arriesga desde luego a ser tachado de país non grato a las corporaciones que prefieren aquellos donde los pobres se mueren sin protestar.

MLC



"CAMBIO RADICAL":

LA BANALIZACIÓN DEL DOLOR

Aunque estamos preparando un dossier sobre el cuerpo para abordar sus distintos aspectos en profundidad, no podemos dejar salir este MyS 21 sin decir algo sobre ese recientemente iniciado programa televisivo "Cambio Radical". De ese programa en que pobres mujeres (digo pobres con toda la lástima y la ternura que me inspiran porque la desdicha, la insatisfacción consigo mismas y la falta de recursos personales las llevan escritas en la cara incluso después del "tratamiento"); de ese abominable programa, donde mujeres "carne de cañón" (y nunca mejor dicho) se dejan rajar, cortar, romper y desfigurar para ser más felices (como si automutilarse, agredirse, destruirse como ser íntegro pudiera proporcionar la felicidad, no saben que esa extraña clase de felicidad producto de la autodestrucción sólo da la muerte); pues de ese programa, donde estas mujeres se dejan hacer esas cosas terribles a la vista de todos, mientras la floreciente industria de la cirugía estética y la no menos floreciente industria de la telebasura se lucran y un buen número de espectadores lo contemplan impávidos, queremos decir que nos hace recordar aquella frase de Hannah Arendt, "la banalización del mal", con que describía la patología moral del totalitarismo nazi para cambiarla por esta otra del título, la *banalización del dolor*, que describe a mi juicio otra patología moral en expansión, la de presenciar el sufrimiento ajeno sin inmutarse.

MLC

Quiero dormir tranquila



LEONOR TABOADA

Diane M. Harper, médica, científica y profesora en la Facultad de Medicina de la Universidad Dartmouth, de New Hampshire, ha pasado veinte años de su vida trabajando como investigadora independiente, pero con fondos de los laboratorios Merck y Glaxo, en el desarrollo de una vacuna contra algunos tipos de papiloma.

Como autoridad en la materia, internacionalmente reconocida, sus declaraciones sobre la vacunación obligatoria de las niñas a partir de los 8 ó 9 años causaron enorme revuelo y casi la condenan al ostracismo entre sus pares.

Harper sostiene que "vacunar a todas las niñas", tal y como se pretende en el mundo entero, (gracias a una extraordinaria campaña del fabricante Merck), "es un gran experimento en salud pública, porque su eficacia no ha sido probada en ellas". También cree que no debe aplicarse a menores de 18 años. Ha hecho estas declaraciones, "porque quiero dormir tranquila", ha dicho.

Chapeaux, señora Harper. En el mundo de la ciencia no solemos encontrar voces limpias que contradigan el discurso del pagador. De hecho, los investigadores de Merck, que sabían que el VIOXX podía matar porque tenían los resultados en las manos, aceptaron que no se publicaran y callaron como muertos hasta que los muertos que ellos mataron sumaron cientos y miles.

A los detractores de Harper la gloria les ha durado poco, porque por fin la revista JAMA, con su editorial "Mandatory HPV Vaccination: Public Health vs. Private Wealth", la reivindica. El artículo acusa a Merck, fabricante de Gardasil, de poner los beneficios por delante de los test imprescindibles para determinar la seguridad y la efectividad de la vacuna a largo plazo.

España no se libra de la presión: ¡hay muchos intereses por colocar masivamente una vacuna que cuesta cerca de 600 Euros!.

Si tu también quieres dormir tranquila, no te quedes quieta: participa en este apasionante debate.

leotaboada@yahoo.com

La entrevista

por Leonor Taboada



Anna Freixas

Catedrática de Escuela Universitaria
Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad de Córdoba.

Acaba de publicar una versión “no oficial” de la menopausia. Un remanso en el mar de presiones para la medicalización de los procesos naturales de la vida de las mujeres. Pero hay muchos motivos para entrevistar a esta prolífica autora e investigadora experta en coeducación y psicología del ciclo vital que ha obtenido los premios Rogeli Duocastella de investigación en Ciencias Sociales y el Premio Carmen de Burgos de la Universidad de Málaga.

Su reducto físico está en la Universidad de Córdoba, donde impulsó la Cátedra de Estudios de las Mujeres, pero sus conferencias la llevan a pasearse por distintas comunidades y países donde tiene seguidoras fervorosas, entre las que me encuentro. Nadie quiere perderse “el chute” de adrenalina y endorfinas que recorre la espalda de las asistentes cuando habla y mucho menos el subidón de autoestima con el que sales, después de haber oído cosas que nunca se oyen, perspectivas que nunca se tienen en cuenta, y de haber reído con ganas gracias a su característico y poco usual sentido del humor. Y si bien su discurso abarca todas las edades, su mirada sobre el paso del tiempo y la vejez de las mujeres está destinado a influir profundamente en el futuro de todas.

Bibliografía:

- Freixas, Anna (2007). Nuestra menopausia. Una versión no oficial. Barcelona: Paidós.
- Freixas, Anna (2006). Demà més. Dones, vides i temps. Bcn: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones.
- Clara Coria, Anna Freixas y Susana Covas (2005). Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias. Barcelona: Paidós.
- Freixas Farré, Anna (Ed.). (2005). Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer. Barcelona: Icaria / UCO
- Freixas, Anna (2004). Envejecimiento y perspectiva de género. En Barberá y Martínez Benlloch (Eds.), Psicología y Género. Madrid: Pearson.
- Freixas, Anna (2004). Women of three generations talk about age and aging. En de Sotelo (ed.), New Women in Spain. Munster: Lit-Verlag.
- Freixas, Anna (2002). Las mujeres queremos ser mayores y poder parecerlo. En Maquieira (ed.), Mujeres mayores en la Europa en el siglo XXI. Madrid: IMSERSO.

La entrevista

Las mujeres olvidan pronto La menopausia

Quisiera entrar en el tema de su privilegiada posición entre mayores y jóvenes... ¿hay una línea de continuidad entre y entre?

Quizás la sutil línea de continuidad que traza el haber pensado sobre las mayores mientras trabajaba con las jóvenes y, al revés, el haber podido conversar con las jóvenes a partir del saber de las mayores.

Me refiero a si las jóvenes de hoy están en posición de prever y montarse un futuro sin los handicaps de las que hoy son mayores o si la vida emocional les pasará por encima

No estoy muy segura de que se lo monten de forma radicalmente distinta, especialmente en cuanto a las emociones. Cierto es que parten de posiciones privilegiadas respecto a las mayores: educación, trabajo, dinero, feminismo, que las sitúan en una esfera potencialmente diferente, pero el imaginario del amor romántico y sus estragos añadidos prometen mantenerse ahí por mucho tiempo.

A qué se debe, en profundidad, ese imaginario...¿hay algo en nosotras que no sea cultural que necesitará siempre el referente pareja ideal, etc...?

Somos seres sociales y vinculados, necesitamos amar y ser amados, cierto. Aunque de ahí a sentir que nuestra identidad radica en la pertenencia afectiva hay un buen trecho. Yo pienso que la asignación cultural de las mujeres al cuidado genera una bonita forma de estar en el mundo, que tiene un solo pero: el hecho de que se trate de una actividad casi exclusivamente femenina, lo cual fomenta la dependencia por ambas partes. Dependencia emocional en las mujeres y algo peor en los varones: que no aprendan a cuidarse y a cuidar. Ellos pierden ahí una buena parte de la gracia de la vida y nosotras nos lo montamos regular en términos afectivos.

En el ambiente universitario ¿se nota algún cambio entre los chicos en "la buena" dirección?

De todo hay en la viña de la vida. Algunos chicos son de una sensibilidad y cuidado exquisitos -los menos- aunque otros mantienen los tics rancios de la fanfarronería machista, que parece que aún les otorga algunos dividendos, aunque sea a corto plazo. Sigue cotizando la imagen de 'malillo', a pesar de que las chicas los prefieren tiernos.

Esa es una buena noticia. Pero, volvamos atrás... se decide usted

a estudiar a "las mayores" un día...¿recuerda el día?

Perfectamente y me alegra tener memoria para agradecerlo. Vivía en Barcelona y buscaba tema para mi tesis doctoral -después de haber abandonado dos proyectos por aburrimiento- y el profesor Miguel Siguán me propuso pensar en cómo vivían las mujeres el hecho de cumplir 50 años... y ahí empezó todo. ¡Le agradezco tanto esta sugerencia que se ha convertido en un leitmotiv de mi vida!

Cumplir 50 años es como entrar en la otra mitad de la vida, sin embargo, la menopausia cobra un espectacular protagonismo... parece que en vez de una etapa se tratara de un destino...somos post menopáusicas hasta el fin de nuestros días aunque vivamos cien años

¡Qué otra mitad de la vida! El trozo de la vida más real y propio, el más consciente, para la mayoría de las mujeres. El protagonismo otorgado a la menopausia es temporal y efímero, muchas veces interesado, tanto por los varoncitos nerviosos con su sexualidad alicaída, como por parte de la industria menopáusica que negocia con nuestro cuerpo. Las mujeres afortunadamente la olvidamos pronto y nos aplicamos a tomar



las riendas de nuestros cuerpos y nuestras vidas, que a estas alturas de la vida, buena falta nos hace.

Hablemos del libro... ¿Quién ha contestado a su cuestionario?

Fundamentalmente dos tipos de mujeres. Por una parte, mujeres profesionales con niveles educativos medios y altos y por otra, mujeres que asisten a centros de educación de personas adultas, que parten de niveles culturales populares. Amas de casa, médicas, poetas, abogadas, enseñantes de todos los niveles, periodistas, políticas, empresarias, de todo un poco.

¿Es asimilable la experiencia de unas y otras? (de las que contestaron a la encuesta) - se lo pregunto porque en USA, por ejemplo, a más educación más hormonas cancerígenas han tomado las mujeres...

No hay mucha diferencia. El sistema de salud es universal en nuestro país y todo el mundo ha tenido acceso a las hormonas. Pero

no todas las han querido tomar, ciertamente. Una intuición que no he podido comprobar -porque ese no era mi objetivo- es que cuanto más profunda es la interiorización de los modelos patriarcales de belleza, peor se vive la menopausia: hay más sufrimiento y también más hormonas.

¿Hay modelos de "viejas golfas", como usted dice en sus divertidas y estimulantes charlas, en los que poder apoyarse?- literatura, cine, mitos...¿o no tienen impacto mediático todavía?

Yo creo que por suerte ya va habiendo modelos de viejas frescachonas en los que irnos mirando, pero hay que poner mucha atención para saber verlas y, sobre todo, mucho cariño para otorgarles y reconocerles toda la belleza que desprenden.

Ay, que bonito- y gracias por enseñarnos a mirar con otros ojos- Pero sigamos... ¿es posible ser vieja y feliz con pensiones como las habituales?...

Bueno, pues a mi me parece que no se trata tanto de la pensión como del amueblamiento mental. Conozco mujeres con pensiones mínimas y dominio máximo de su cuerpo y su vida y mujeres con mucha pasta y poca felicidad.

Estoy porque cuando seamos viejas tengamos buenas pensiones y dineritos varios, claro, aunque quienes deciden las pensiones parece que no piensan lo mismo.

Una de mis prédicas habituales a mis chicas jóvenes tiene que ver con la necesidad de prever el dinero en la vejez que a veces se oscurece bajo la presión del amor romántico.

Vamos más allá de la menopausia y hablemos de la soledad, el envejecimiento de verdad, de la realidad actual... ¿no le parece que las residencias y los geriátricos como alternativa social necesitan un cuestionamiento en profundidad?-

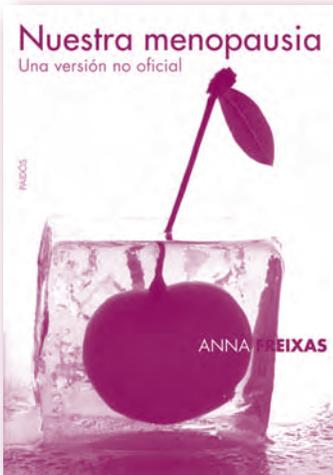
Si, un cuestionamiento total. Las mujeres no quieren depender de nadie y no desean envejecer en casa de las hijas o los hijos... pero cuando no se puede mantener la autonomía ahí se plantea el gran problema, porque el modelo actual es vivido con horror... de ahí esa fantasía que arrastramos todas: envejecer juntas.



Los riesgos del chapapote

CARME VALLS LLOBET

Después de 4 años del *Prestige*, el estudio de tres investigadoras de la Universidad de la Coruña (Beatriz Perez-Cadahia, Blanca Laffon y Josefina Méndez) ha confirmado que la exposición al chapapote produjo daños biológicos iniciales a los voluntarios y voluntarias y a los pescadores de la zona que lo recogieron, los cuales, en algunos casos, persisten cuatro años después. El grupo de sanitarios de la Plataforma Nunca Mais ya denunció entonces que los que limpiaban la zona presentaron dolores de cabeza, disnea y problemas respiratorios, irritación en los ojos, diarreas, alteraciones del sueño, y síntomas de ansiedad. Las conclusiones de las investigadoras señalan que se dañó el ADN (carga genética de las células) en el organismo de las y los limpiadores, como el intercambio de cromátides hermanas y otras alteraciones cromosómicas. Esto se produjo ya sólo con seis días de exposición pero fue más intenso en los voluntarios que trabajaron más de dos meses. Aunque el daño genético pudo ser reparado en muchos casos por el mismo organismo, a los cuatro años persisten alteraciones en muchos de los voluntarios. Asimismo se constataron daños respiratorios en el 15% de ellos y ellas, que se hubieran podido evitar con trajes y mascarillas con filtro tipo A. Las mascarillas de papel que se les repartieron no podían evitar la exposición a compuestos orgánicos volátiles. Hay que dar las gracias al excelente trabajo de las investigadoras gallegas, y preguntarnos: ¿Hasta cuando la falta de prevención y hasta cuando la irresponsabilidad con la ciudadanía solidaria?



¿Tendrían que organizarse políticamente las mujeres mayores para poner su futuro en su sitio, para plantear alternativas en las que aún no se ha pensado (como la aldea ecológica del grupo Ciutat d'Elles, por ejemplo) o no es por allí donde el futuro colectivo mejorará?

Organizarnos pensando en cómo queremos vivir de mayores (de aún más mayores)... pero ¿cómo hacerlo si no sabemos desprendernos de todos nuestros dependientes y de los inútiles que nos acompañan (o así)!!?

Entre las mayores y las jóvenes, actualmente, hay un pacto no escrito que tiene un resultado muchas veces traducido en abuelas que hacen de más que abuelas... ¿Existe el síndrome de la abuela esclava?...

Existe un pacto no explicitado según el cual las hijas y los hijos -con más frecuencia las hijas- obtienen un apoyo incondicional

por parte de sus madres para situarse en el mercado laboral o, simplemente, para mantener determinado estatus económico, a costa del trabajo voluntario y perfecto de unas madres sacrificadas. En muchos casos es un abuso tan normalizado que no es percibido como tal por ninguna de las dos partes. Un trabajo tan especializado y bien hecho debe ser cobrado por las madres y si se tarda un poco más en pagar la hipoteca,... mala suerte!

Por favor, tiene algunas recomendaciones para las mujeres "maduras" que se encuentren con usted por primera vez en esta entrevista (y que no hayan tenido la suerte de haber leído su libro todavía)

No me gusta dar recomendaciones. Aunque algunas cosas de carácter general pueden valer. Suele venir bien escucharnos, averiguar cuáles son nuestros deseos, validarlos y tratar de ponerlos en práctica, aprender a querer nuestro cuerpo y a encontrar la belleza en las huellas del tiempo en él. Darse permiso para ser y para hacer.

primum non nocere

“Lo primero, no hacer daño”, empresas sanitarias y salud Laboral



Pilar Arrizabalaga Clemente

Nefróloga del Hospital Clínic de Barcelona.
parriza@clinic.ub.es

Se considera al griego Hipócrates (460-377 a. C.) el padre de la medicina actual. El denominado juramento hipocrático o “Primum non nocere” es la norma más antigua de autorregulación del ejercicio de la medicina desde el seno de la propia profesión. Obliga ante todo al autocontrol, así como a la vigilancia a fin de evitar o paliar los efectos y las secuelas indeseables derivadas de la práctica médica.

La medicina antigua basada en la creencia de los cuatro fluidos orgánicos -sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, a semejanza de los cuatro elementos básicos de la naturaleza: aire, agua, fuego y tierra- explicaba la salud como reflejo del equilibrio entre los mismos, y la enfermedad como el desequilibrio, por exceso o defecto, de uno de ellos. Al principio fundamental de los cuatro humores, la escuela hipocrática aportó el papel de los factores externos a partir de la observación en la enfermedad. Entre las obras que conforman el *Corpus Hippocraticum* destaca el “Tratado de los aires, las aguas y los lugares” que

complementa a la atribución de un origen divino de las enfermedades, con una etiología ambiental. Se sugiere que el clima, el agua y la situación de la población en un lugar, son elementos que pueden ayudar al médico a evaluar la salud de sus habitantes. Su sentido del distanciamiento y su capacidad para la observación clínica avanzaron la idea, entonces revolucionaria, de que el médico podría predecir la evolución de la salud-enfermedad mediante la observación de un número suficiente de casos.

Hoy en día, los seres humanos pasan la mayor parte del tiempo en la casa y en el trabajo, lugares cerrados en los que el ambiente puede ser seguro mientras que se sigan unas normas de seguridad e higiene. El desarrollo tecnológico ha permitido el diseño y construcción de edificios herméticos, sin ventanas practicables, equipados con sistemas de ventilación/ climatización forzada, que en su momento se presentaron como la eficiencia energética óptima junto a una ventilación higiénica y años más tarde se ha sabido que no eran

inocuos para la salud. En la década de los años 70, empezó a detectarse en estos edificios, lo que posteriormente se ha denominado como el Síndrome del edificio enfermo (SEE) debido a una ventilación deficiente.

El SEE, hoy en día definido por una sintomatología irritativa de mucosas respiratorias y conjuntivas cuando afecta a más del 20 % de sus ocupantes, ha sido foco de interés para la comunidad científica como demuestra una revisión publicada en una de las más prestigiosas revistas de medicina al final de la década de los 90. Años después de identificarse el SEE, ha habido profusa legislación normativa (Real Decreto 486/1997, Real Decreto 1751/1998, Norma UNE 100-011-91) sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo en cuanto las condiciones ambientales que establecen la renovación mínima del aire. La falta de renovación de aire y la ausencia de mecanismos de filtro adecuados comporta la concentración de sustancias no deseables que pueden resultar nocivas o cuanto menos molestas para la salud.

Trabajos amores salud trabajos amores

En las empresas, la realización de controles periódicos del ambiente laboral, es un derecho individual, socialmente y legalmente exigible, a partir de los conocimientos científicos actuales. Sorprende que en las empresas sanitarias, eufemísticamente centros de salud, en las que por la naturaleza de su trabajo, el riesgo ambiental está presente y en grado muy superior al de otros locales de uso público (restaurantes, oficinas...), las condiciones ambientales merezcan poca o ninguna atención. A lo que no es ajeno, el hecho de que nuestros Hospitales se asienten en estructuras arquitectónicas antiguas de difícil adaptación a medidas de seguridad adecuadas a los avances tecnológicos. Como, desde luego, tampoco acompaña la particular actitud de los profesionales de la medicina en la confianza no fundada de que la enfermedad no les alcanza.

Los hospitales constituyen uno de los lugares de trabajo en el sector de los servicios con riesgo laboral, asociado al ambiente, más elevado con potenciales efectos negativos para la salud. Se considera que la población sanitaria es de alto riesgo de exposición ambiental a agentes químicos, principalmente, y físicos en menor grado. De hecho, la relevancia para la salud de los productos químicos en el medio hospitalario ha sido el tópico de una entre más de una docena de Jornadas realizadas sobre Salud laboral en los Hospitales de Catalunya. Se distingue entre agentes químicos tóxicos, capaces de provocar en pequeñas cantidades efectos agudos o crónicos indeseables; sensibilizantes, capaces de provocar reacciones de hipersensibilización; irritantes, capaces



de provocar una reacción inflamatoria; y nocivos, capaces de provocar efectos agudos o crónicos indeseables. El glutaraldehído y el formaldehído se usan ampliamente en hospitales como agentes esterilizadores muy efectivos en laboratorios y quirófanos, así como también se aplican en unidades de endoscopia, diálisis y radiología. En estas últimas, se utilizan, además, soluciones reveladoras y fijadoras que contienen ácido acético y dióxido de azufre. Todas estas sustancias -y otras como aquellas derivadas de aminas, amonios cuaternarios, ácido peracético y glioxal- se encuentran identificadas en el ambiente hospitalario a mayores concentraciones que en el ambiente general y pueden afectar a la salud por sus características de irritabilidad, toxicidad y sensibilización por inhalación. Pese a que con una ventilación adecuada no existe riesgo debido al uso de estos productos, los datos epidemiológicos ponen de manifiesto un número más que considerable de problemas como cefaleas, irritaciones oculares, nasales

y cutáneas, trastornos del aparato respiratorio, asma y sensibilización química múltiple entre el personal sanitario expuesto. Cabe pensar por tanto, que los sistemas de ventilación, cuando los hay, y que se usan para la extracción de estos productos del área de trabajo, pueden ser menos eficaces de lo esperado e incluso, debido a un deficiente diseño, pudieran contribuir a picos elevados de exposición. En consecuencia, los hospitales y sus empleados deberían apreciar la potencial peligrosidad de los agentes químicos y del riesgo laboral que conllevan. Así como también, y hasta que se desarrollen desinfectantes

y productos de la limpieza no sensibilizantes extremar las medidas de seguridad.

Más aún, y de repercusiones muy graves para la salud con secuelas permanentes, ha sido la exposición a pesticidas organofosforados, carbamatos y piretroides utilizados para el tratamiento de las plagas urbanas en laboratorios hospitalarios y centros de atención primaria en condiciones de falta de ventilación.

La asistencia a la patología de origen laboral se ha venido haciendo directamente a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales colaboradoras de la Seguridad Social. Mientras que los accidentes de trabajo son fácilmente identificados y diagnosticados por los especialistas de medicina del trabajo, las enfermedades profesionales, bien al contrario, no lo son. Las enfermedades laborales aparecen de forma insidiosa, son inespecíficas y complejas. La

lista de enfermedades profesionales reconocidas es limitada y muy antigua, de modo que no se adapta a la situación actual -a modo de ejemplo valga el que la Neumopatía intersticial difusa o Síndrome de Ardystil se reconoció como enfermedad profesional en 1993, después de que muriesen siete pacientes- lo que añadido a la orientación histórica legalista de la medicina del trabajo, hace que se requiera un esfuerzo notorio de atención e interés para establecer la relación causa-efecto. A esta dificultad se añaden factores sociales que van más allá del ejercicio de la medicina. Por un lado, la contradictoria limitación de la dependencia jerárquica externa a la profesión de los médicos de empresa. Los médicos de empresa deben responder a los intereses del empresariado, del que dependen, lo que no siempre está en armonía con las necesidades en salud de la población trabajadora. Por otro lado, el fenómeno prevalente del paro laboral que lleva a la consideración de que el trabajo humano pasa de ser un posible factor negativo potencialmente patógeno a ser una situación positiva privilegiada en sí misma independientemente de la existencia de condicionamientos negativos. Todo lo cual conlleva a que la tendencia de la medicina del trabajo sea moverse más por normativas legales de obligado cumplimiento que por evidencias científicas a fin de establecer la relación causa-efecto de las enfermedades relacionadas con el trabajo. Es más, algunas sugerencias se han hecho en el sentido de que la medicina de empresa tiene más el papel de agente a fin de intentar controlar el absentismo laboral que de atención de la patología laboral. Por ello, no es extraño que la demanda

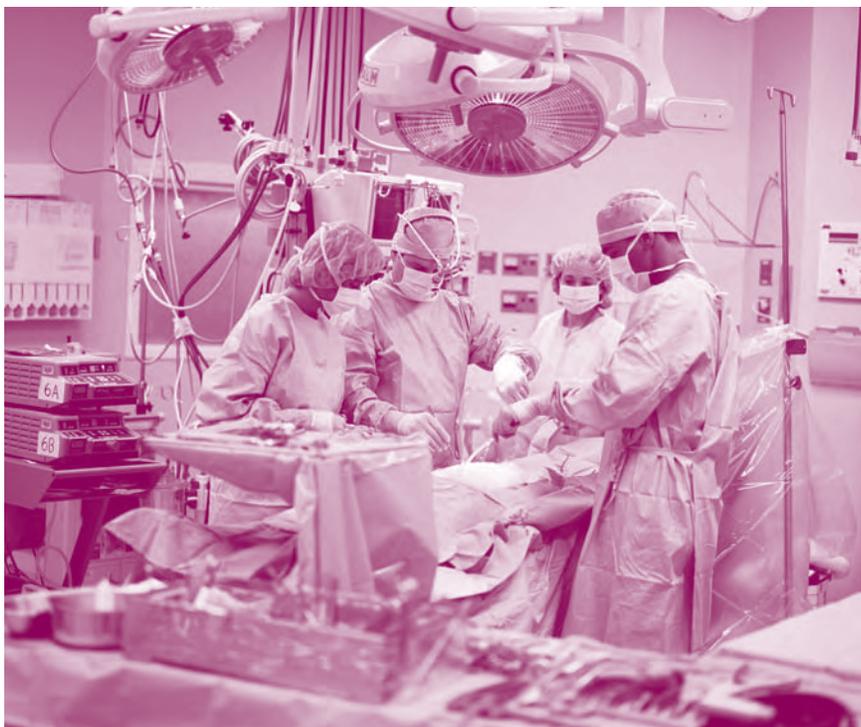
de asistencia de trastornos de salud relacionados con el trabajo llegue a los Centros de Atención Primaria, como así se ha registrado en una área básica -Castelldefels- donde hasta casi el 16 % de una muestra de 207 bajas de incapacidad laboral transitoria por enfermedad común se relacionaban con las condiciones de trabajo.

La organización de la salud laboral en las empresas sanitarias ha estado en consonancia con el modelo de medicina de empresa obligatorio general vigente desde la década de los sesenta. Si bien la implementación de la salud laboral en los hospitales ha sido más tardía -ya que por su propia misión, se otorgaba de por sí la aplicación del conocimiento médico- data desde hace dos décadas. Los médicos de empresa de los hospitales, como sus colegas especialistas de medicina del trabajo, identifican bien los accidentes laborales, fundamentales aquellos derivados del riesgo biológico propios de estas empresas. Sin embargo, y pese a la paradoja de tener muchos más medios tecnológicos, más recursos científicos e incluso posibilidad de recurrir a otros colegas expertos en patologías de reconocido origen laboral, participan de los condicionantes organizativos limitantes más arriba expuestos. De esta forma, y en los mejores casos con una buena práctica de promoción de la salud, la medicina de empresa en los hospitales se ha convertido en servicios de medicina comunitaria de asistencia primaria ambulatoria para patología común a fin de ayuda y comodidad asistencial para los trabajadores.

Pese a la aparición de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), y posteriores Reales Decretos, establece la protección de la salud y seguridad contra los riesgos

químicos en el trabajo, y a que se han establecido Reglamentos y Guías de los Servicios de Prevención, existe, en los servicios sanitarios, y al contrario que en otros ámbitos de la sociedad civil, una gran discordancia entre lo legislado y la realidad.. Aunque hay algún ejemplo excepcional como el Hospital Sierrallana de Torrelavega Cantabria -pionero dentro del ámbito público sanitario español- que en junio de 2005 ha obtenido la certificación OHSAS 18001:1999 del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales, la implantación de la prevención de los riesgos laborales es más que deficiente en la mayoría de hospitales. Tan es así que en 2004, aún no se habían realizado estudios de siniestralidad en el 70 % de los hospitales de Madrid, y en el 60 % no se había realizado ninguna evaluación de riesgos, tal como establece la LPRL.

A la falta de cultura de la prevención de los riesgos laborales en los centros sanitarios, no somos ajenos aquellos profesionales de las áreas asistenciales distintas de las propiamente de la salud laboral. Hace años que en la mayoría de hospitales, hay servicios y comisiones técnicas, que realizan tareas relacionadas con la prevención de riesgos laborales, como por ejemplo los Comités de Infecciones, Radioprotección, Farmacia y más específicamente los Comités de Seguridad y Salud, que cuentan con representantes de la empresa y de los trabajadores. A tenor de la realidad, la falta de consideración de la importancia de los riesgos laborales, que incluye desde su evaluación hasta la identificación y gestión de los trabajadores sensibles a determinados riesgos y la elaboración del plan de prevención, es notorio el desprecio o la minusvaloración y la



invisibilización del tema. Es hora de que los Departamentos de Relaciones Laborales piensen, además de en el absentismo laboral relativamente alto en el sector, en proteger la salud de los trabajadores. También es hora de que las asociaciones profesionales y sindicales apuesten por la salud. La salud no tiene precio, no puede ser objeto de negociación.

El marco normativo de la deontología médica distingue entre el error médico y la negligencia. Mientras que el error es aquella equivocación que pese haberse hecho todo lo conveniente y de forma correcta conforme a la conducta médica, el resultado no es el deseado. La negligencia es aquella conducta médica que se aleja de las normas éticas y de la buena praxis -la *lex artis*- recomendada. Esto es, la negligencia se produce por desidia o por desconocimiento grave e injustificable del procedimiento admitido como correcto por la comunidad médica y científica.

En la actualidad, hay suficientes conocimientos médicos para saber las consecuencias de la falta de medidas de seguridad en la prevención de los riesgos laborales para la salud de los trabajadores sanitarios. Por tanto, desde la ética y la deontología médicas y desde la ciencia, estamos invocados todos los profesionales de la salud, y en particular aquellos con responsabilidades de gestión, a la tarea de la prevención de los riesgos laborales. No aplicar el conocimiento médico en la adopción de medidas de seguridad en las empresas sanitarias es una falta de la ética médica fundamental, entendida como *lo justo, lo correcto y lo bueno*. La norma del "Primum non nocere" relativa a la actuación individual del profesional de la medicina es, en la actualidad -cuando la práctica profesional se realiza en forma colectiva- una norma relativa que afecta también a las organizaciones, siendo por tanto un parámetro de calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Consell de Col.legis de Metges de Catalunya. 1997. Actualització 2005. (citado 29 de mayo 2006). Disponible en: www.comb.cat/cat/comb/normativa/codi_deontologic/codi_final.pdf
- Redlich CA, Sparer J, Cullen MR. Sick-building syndrome. *Lancet* 1997; 349: 1013-16.
- Vilardell Ynaraja M, Serra C. La salut laboral als hospitals de Catalunya. *Annals de Medicina* 2002; 85: 256-60.
- Waters A, Beach J, Abramson M. Symptoms and lung function in health care personnel exposed to glutaraldehyde. *Am J Ind Med* 2003; 43: 196-203.
- Di Stefano F, Siriruttanapruk S, McCoach J, Sherwood Burge P. Glutaraldehyde: an occupational hazard in the hospital setting. *Allergy* 1999; 54: 1105-9.
- Quirce S, Gomez M, Bombín C, Sastre J. Glutaraldehyde-induced asthma. Glutaraldehyde disinfectant caused asthma in a renal dialysis unit. *Allergy* 1999; 54: 1114-23.
- Vyas A, Pickering CA, Oldham LA, Francis HC, Fletcher AM, Merrett T, Niven RM. Survey of symptoms, respiratory function and immunology and their relation to glutaraldehyde and other occupational exposures among endoscopy nursing staff. *Occup Environ Med* 2000; 57: 752-9.
- Ortega Pérez A. Sensibilidad a múltiples compuestos, una enfermedad comúnmente inadvertida. *Med Clin* 2005; 125: 257-62.
- Arnold Llamas Pablo A, Arrizabalaga Clemente P, Bonet Agustí M, de la Fuente Brull X. Hipersensibilidad química múltiple en el síndrome del edificio enfermo. *Med Clin* 2006; 126: 774-8.
- López Crespí F, Brosa Luengo J, Obiols J. Urban pesticide exposure disables workers in Catalunya. *Pesticide news* 2005; 68: 3-5.
- Sellart JL. Cerrado un CAP en Tarragona por un brote alérgico. *El País*, 13 de enero de 2004.
- Cuadro de enfermedades profesionales. Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo. BOE núm. 203 de 25 de agosto. Instituto Nacional Seguridad e Higiene en el Trabajo. (citado 20 setiembre 2005). Disponible en: www.mtas.es/insht/legislation/RD/cuadro.htm

ÓVULOS DE ORO



Verena Stolcke
Antropóloga
Profesora de la UAB

de DOLLY, La oveja clónica, a Las células madre

“¿Ves ese óvulo? Con él puedes vencer todas las escuelas de teología, todas las iglesias del mundo.”¹

Al citar a Diderot, el genetista François Jacob recalca el poderío del óvulo en tanto que fuente de vida. Hace ocho años escribí en MyS sobre la “inmaculada concepción” de Dolly, la oveja clónica escocesa. Por primera vez científicos habían logrado reproducir un mamífero por clonación, es decir, sin sexo, engendrando un embrión mediante la transferencia de un núcleo de célula somática a un óvulo enucleado, en el laboratorio.² Un año más tarde dos equipos de investigación estadounidenses consiguieron aislar y cultivar células madre fetales y embrionarias humanas prolongando su estado indiferenciado.³ Las sumas de dinero invertidas, el poder y la competencia en las ciencias de la vida son extraordinarias. Es bien sabido que cada resultado inédito en embriología y experimentación biotecnológica atrae importantes inversiones para diseñar protocolos para replicarlo. Mucho menos reconocida por científicos y la opinión pública es, en cambio, la

incesante demanda de óvulos humanos que involucra esta carrera científica.

El potencial curativo de las células madre embrionarias aparenta ser formidable. Células madre embrionarias tienen la capacidad de transformarse en cualquier tipo de tejido del cuerpo humano y con ellas se podrá así cultivar tejidos u órganos para trasplantes. **Una novedosa medicina regenerativa pionera incita esperanzas en el diagnóstico y la cura individualizada de ‘enfermedades genéticas’ tales como el cáncer, Alzheimer, Parkinson e incluso el envejecimiento,**⁴ **corroborando así sueños de realce genético y hasta de inmortalidad,** sueños que si bien son poco realistas propician, como alertaba Fox Keller, un giro individualista en las viejas persuasiones eugenésicas.⁵

Fetos abortados, embriones sobrantes de protocolos de FIV donados por sus progenitor@s así como embriones engendrados en el laboratorio por inseminación de gametos donados solían proveer células madre humanas

para la investigación sin bien siempre suscitaban reservas éticas.⁶ Cuando la empresa biotecnológica de Massachusetts, EEUU, Advanced Cell Technologies anunció la primera clonación de un embrión humano la euforia científica estuvo acompañada por nuevas alarmas éticas. A parte del gran número de óvulos que hacen falta para clonar un embrión humano con éxito, la cosecha de células madre significa la destrucción de este embrión, y la clonación de un embrión humano aumenta asimismo la probabilidad de la clonación de un bebé humano.

La controversia socio-ética que suscitara la oveja Dolly pronto había cedido a las proclamadas virtudes biomédicas de células madre embrionarias clonadas. Pero el debate sobre la investigación con células madre se limitó durante años al estatus moral del embrión humano, ignorando por entero el bienestar y los derechos de las mujeres que “donan” los óvulos indispensables para clonar embriones en el laboratorio. **Sólo cuando a fines de 2005 saltó a la luz pública el fraude científico**

que cometió el investigador surcoreano Hwang Woo-suk, los métodos engañosos que a menudo son usados para obtener óvulos recibieron alguna atención.⁷ Hwang Woo-suk se hizo célebre el año anterior al obtener once líneas celulares madre embrionarias desde la piel de enfermos mediante la técnica de transferencia nuclear de células somáticas a óvulos enucleados. El escándalo fue doble. Las líneas celulares nunca existieron. Y el gran número de óvulos que el experimento requirió había sido obtenido de modo ilícito por compra y obligando a jóvenes asistentes de investigación a donar óvulos.⁸

La intensa presión competitiva a que está sometida la industria biotecnológica y los gobiernos en la carrera biotecnológica entra en colisión con los principios éticos y la regulación jurídica de la investigación con sujetos y material reproductivo humano. Ideas contrastantes sobre el comienzo de la vida han planteado serios dilemas ético-ontológicos acerca de una prohibición de la investigación con embriones humanos y los límites que científicos deben observar en sus experimentos biotecnológicos para proteger la dignidad humana, sin que ellos impidan, no obstante, el avance de los conocimientos biomédicos. Cuando el gobierno francés, por ejemplo, se vio obligado por la clonación a revisar la ley de bioética de 1994, temió que el cultivo de células embrionarias humanas le provocaría un intenso dolor de cabeza ontológico al tener que decidir cómo reconceptualizar al embrión humano —si “¿como una persona humana potencial” o como “la potencialidad de una persona humana?”.⁹ Una solución frecuente consistió en un truco taxonómico. Se introdujo una nueva distinción entre el *pre-embrión* — hasta dieciséis

días— y los embriones propiamente dichos. Esta innovación clasificatoria seguramente tenía poco que ver con criterios éticos que por definición son absolutos sino con intereses científico económicos. La realidad está en la manera como se le denomina.¹⁰ Tanto quienes apoyan la clonación como quienes se oponen a ella emplean tales malabarismos semánticos. Al adoptar el término *pre-embrión* los defensores de la experimentación con embriones humanos pretendían que hasta que fuera implantado y se desarrollase la cresta primitiva se le considerase tan sólo como una *pre-persona* que carecía del estatus moral de sujeto dotado de derechos y, por lo tanto, podría ser manipulado en la investigación.¹¹ Últimamente hay quienes sostienen que ni los embriones clonados son embriones *comme ils faut* sino *pseudo*-embriones por no haber sido el óvulo penetrado y fecundado por un esperma. De modo similar se acuñó el término *embrión pre-implantacional* para esquivar posibles objeciones éticas ante la manipulación de embriones en la reproducción asistida. Y hay quienes incluso sugieren que el término menos familiar *blastocisto* reemplace incluso al de *pre-embrión* por estar éste asociado con el inicio de la vida.¹²

A medida que se multiplicaban los programas de experimentación con células madre embrionarias la comunidad científica disoció, además, la clonación de embriones humanos de la clonación de organismos completos diferenciando la *clonación terapéutica* que debería ser permitida, de la *clonación reproductiva* evidentemente éticamente repudiable, a pesar de que los protocolos son de hecho idénticos salvo en lo que se refiere al propósito para el que se emplea el embrión clonado, a saber, para cosechar células madre o para engendrar un organismo adulto.¹³ En el giro semántico más



reciente quienes investigan células madre substituyeron SCNT — *somatic cell nuclear transfer* - por *clonación terapéutica* que es una formulación descriptiva que tiene la ventaja de evitar las ominosas connotaciones éticas que tiene el término clonación.¹⁴

Puede parecer que me he desviado del tema de este artículo, a saber, los “óvulos de oro”. **Sin reconocer el papel preponderante de los óvulos en la reproducción de mamíferos y conocer los espectaculares adelantos en embriología y biología molecular en las últimas tres décadas junto con los intereses científicos y económicos así como los valores culturales que los impulsaron, apenas podrá apreciarse la creciente demanda de óvulos y lo que ello significará para las mujeres, sus “donantes”.** El cuerpo humano no puede ser interpretado como entidad puramente material y biológica pues está moldeado e inscrito por vínculos socio-políticos



pero su materialidad tampoco puede ser ignorada pues ésta es la arena en la que las innovaciones biotecnológicas tienen lugar.¹⁵ En mi artículo anterior describí la interacción dialéctica entre hechos biológicos y su transformación biotecnológica, y viejos así como nuevos significados culturales. La clonación constituye uno de los momentos críticos en que el determinismo genético que forma parte de la sociedad y cosmología occidentales, converge con los ideales dominantes relativos a la maternidad y la paternidad basados en el dimorfismo sexual en tanto que condición de la reproducción.

La donación de gametos para variados programas de fecundación asistida heteróloga está a la orden del día. Pero la pasión por tener hijos genéticos propios no ha disminuido pues, a pesar de las objeciones éticas, la clonación reproductiva continúa estando en la agenda de las clínicas de fecundación asistida sobre todo en EEUU como una "cura" más de la infertilidad en particular masculina.¹⁶ El poder que ejerce la razón cultural, y en 2002 fue anunciada incluso una técnica reproductiva cuyo objetivo es la *syngamy* (la unión por coalición del núcleo del gameto de un progenitor y el núcleo de una célula somática del/a otra progenitora para formar un cigote) para superar el origen genético *uniparental* de la prole engendrada por una semi-clonación produciendo un embrión *biparental* que respete la concepción biológica occidental de los vínculos de parentesco que es bilateral.¹⁷

La clonación de embriones no necesita espermatozoide pero óvulos y úteros, donados por mujeres o alquilados, son absolutamente imprescindibles.

Que la clonación es una técnica asexual de reproducción es poco sabido. A la gente de a pie le suele sorprender que la clonación prescindiera de espermatozoides: "Estoy totalmente confundida – que ocurre con los hombres – ¿cómo puedes tener un bebé sin un hombre? se interrogaba una mujer que fue entrevistada para el estudio de opinión sobre la clonación realizado por el Wellcome Trust de Londres en 1998. Otra mujer se preguntaba cómo sería el "hacerse adulta y que te digan que en realidad no tienes ningún padre, en el sentido genético." Y una tercera mujer habló de "redundancia masculina". Las reacciones de estas mujeres sugieren que localizan la paternidad en el espermatozoide que en clonación es superfluo.¹⁸ A medida que la investigación biotecnológica se acelera los óvulos se han convertido, en cambio, en el material reproductivo más vital, buscado y valioso. James Watson se equivocaba cuando pronosticaba en 1971 que una vez que los científicos pudieran acceder a los óvulos escondidos en la oscura cavidad del útero de las mujeres, éstos se transformarían en una *mercancía fácilmente asequible*. La investigación embriológica y la experimentación biotecnológica así como la fecundación asistida requieren abundantes óvulos frescos, de buena calidad. En consecuencia los oocitos se transformaron en auténticos *óvulos de oro* cuyo precio fija la demanda y la oferta en un tráfico más o menos ilícito en un mercado globalizado.¹⁹ Ya en 1998 una clínica privada de EEUU, por ejemplo, intentó sobrepasar la compensación convencional por la cosecha clínica de óvulos ofreciendo una remuneración veinte veces mayor para atraer donantes.²⁰ Hace dos años el Dr. Ian Wilmut propuso que se le solicitara a las mujeres

que se sometieran a tratamiento de fertilidad que donasen óvulos para la investigación, con la autorización de la British Human Fertility and Embryo Authority.²¹ Métodos tales como brindar fertilizaciones in-vitro a bajo coste en una clínica del Servicio Sanitario público en Gran Bretaña a cambio de que las mujeres donen algunos de los óvulos a la ciencia, o el egg-sharing entre parejas,²² son intentos de mejorar la oferta de óvulos mediante la manipulación de potenciales donantes sin infringir la ley.

Las desigualdades nacional e internacionales condicionan igualmente la donación de óvulos. Se está desarrollando un comercio a-legal internacional de óvulos e úteros humanos. Por un lado está **el creciente turismo reproductivo a países mas o menos distantes donde resulta fácil obtener óvulos de modo anónimo y barato.** Por otro lado, mujeres inmigrantes en Europa ofrecen sus óvulos o úteros por internet al mejor postor.²³

Ante la demanda insatisfecha de óvulos no es de sorprender que en el frente experimental biotecnológico haya investigadores que procuren técnicas que les permitan burlar la dependencia ovular de que padece la investigación con células madre. En 2005 un equipo de investigadores de la Universidad de Tennessee dio a conocer que había logrado obtener óvulos humanos de células madre adultas de tejido de óvulo de cinco mujeres cultivado en el laboratorio, sin destruir los óvulos.²⁴ Y poco después un grupo de científicos de la Universidad de Harvard publicó una técnica en la revista *Science* que hace posible generar células madre de muestras de piel sin usar óvulos

ni crear embriones. Dr. Eggan, el coordinador del equipo, concluía que debía proseguirse con la investigación de la clonación terapéutica, pero que la ventaja de la nueva técnica era que no requiere óvulos *“no por motivos religiosos, sino porque lo óvulos son caros, hay pocos y son difíciles de manipular genéticamente.”*²⁵

Está en la lógica de la historia, la ciencia y la biotecnología modernas el no detenerse jamás. Entender el útero femenino como receptáculo de la semilla masculina en los retratos victorianos del cuerpo de las mujeres representaba el argumento según el cual el destino de las mujeres es darle hijos al hombre-padre. La reciente prominencia biotecnológica del oocito y la potencial redundancia (prescindibilidad) del espermatozoide puede que insinúen la superación de esa poderosa imagen engendrada. Pero **esta nueva potestad materna puede conducir de igual modo al efecto inverso, a saber, a nuevos controles y manipulaciones bio-médicas mientras persistan las desigualdades de género y socio-económicas nacionales e internacionales.** En su afán de fama y lucro nada parece frenar a científicos y al complejo farmacológico y biotecnológico industrial en su ambición de trascender las fronteras de la vida. Se difunden los portentosos adelantos embriológicos y biotecnológicos pero queda oculta la extrema desigualdad en el reparto mundial de los recursos sanitarios. Como muestra el paradigma 90/10 sólo el 10 por ciento de estos recursos se invierten en el tratamiento y la cura de las enfermedades mas comunes – la tuberculosis, la malaria, el VIH-SIDA - entre la mayoría pobre de la población del planeta. Así, **mientras la investigación con células**

madre embrionarias humanas lograba resultados hace poco insospechados, según un informe reciente de la OMS, en 17 países en África subsahariana la esperanza de vida es ahora menor que en 1975 y la mortalidad de madres y bebés en el continente el año pasado era mayor que hace 15 años.²⁶



1 Denis Diderot, *Entretien entre D'Alembert et Diderot*, 1769 citado en François Jacob, *The Logic of Life: A History of Heredity*, Nueva York: Pantheon Books, 1973: v.

2 Verena Stolcke, "De Louise Brown, la niña probeta, a Dolly, la oveja clónica," *MyS*, versión imprimible, 1999; sobre la experimentación con óvulos humanos ver también Leonor Taboada, "Por un puñado de óvulos," *MyS* 9, junio de 2002; Dossier 9, "Revolución en la reproducción," en *MyS* 9, junio de 2002; "Todo lo que una donante de óvulos debe saber pero nadie le cuenta en España," *MyS* 20, invierno de 2006.

3 Gretchen Vogel, "Breakthrough of the Year. Capturing the Promise of Youth," *Science* 286 (5448) 17 December 1999: 2238-2239. Sheila Jasanoff, *Designs on Nature. Science and Democracy in Europe and the United States*, Oxford and Princeton: Princeton University Press, 2005: 192.

4 Una convención científica en Las Vegas, EEUU, en diciembre del año pasado propuso que es envejecimiento es "una afección médica tratable". Duff Wilson, "¿Eternamente jóvenes?", *The New York Times*, Selección semanal para *El País*, 26 de abril de 2007:1.

5 Nicholas Wade, "Los científicos ven la inmoralidad en células que se dividen indefinidamente," *El País* 3 January 1999: 34. Evelyn Fox Keller, "Nature, Nurture, and the Human Genome Project," in *Code of Codes. Scientific and Social Issues in the Human Genome Project*, ed. Daniel J. Kevles and Leroy Hood, Cambridge. Cambridge University Press, 291-293;

6 Tereixa Constenla, "El 49% de las parejas donan los embriones para investigación," *El País*, 27 de abril de 2007.

7 Según la normativa internacional está prohibida la investigación con sujetos humanos que se encuentran en una relación de dependencia con el investigador/a. Emily Galpern & Marcy Darnovsky, "Eggs vs Ethics in Stem Cell Debate," *The Nation*, posted 29 November 2005 (solo en web - <http://www.thenation.com/doc/20051212/galpern> - leído el 29/08/2006).

8 No es infrecuente que científicos manipulen resultados bajo la presión a que están expuestos. Aproximadamente el 15 por ciento de los investigadores han odificado el diseño, los métodos y resultados de un estudio para agrandar a una financiadora. Cornelia Dean, "Investigaciones manipuladas," *El País* 5 de julio de 2005, Sociedad. "The human cloning scandal in South Korea: toward a post-cloning era." *Gèneéthique.Bioethic information and analysis newsletter*: 72, December 2005; www.genethique.org/en/letters/letters/2005/december.html (leído el 07/09/2006). David Cyranoski, "Verdict: Hwang's human stem cells were all fakes. Landmark papers shown to be fraudulent, but Snuppy turns out to be a real cloned dog," *Nature* — publicado online el 10 de enero de 2006 (leído el 29/08/2006).

9 "L'embryon et la loi" 1999.

10 E. Stewart Taylor, "It's All in What You Call It," *Colorado Gynaecological and Obstetrical Society*, 7 de mayo de 2001.

11 El embriólogo de ranas Clifford Grobstein introdujo el término *pre-embrión*. Sostenía que como los gemelos idénticos pueden darse hasta el día catorce después de la fecundación, existiría hasta entonces tan sólo un *individuo genético* pero no un *individuo en desarrollo*, es decir un embrión, una *persona*. Quienes se oponen a esta nomenclatura la consideran enteramente desacreditada. J.B. Shea, "The pre-embryo question", *Catholic Insight*, reproducido el 30 de octubre de 2004, http://www.lifeissues.net/writers/she/she_26pre_embryoquestion.html, leído el 9/04/2007. Michael Mulkay, "The Triumph of the Pre-Embryo: Interpretations of the Human Embryo in Parliamentary Debate over Embryo Research," *Social Studies in Science*, 24 (4), noviembre 1994: 611-639.

12 C. Ward Kischer, "The Big Lie In Human Embryology. The Case of the Pre-embryo," http://www.lifeissues.net/writers/kisc/kisc_11bigliepreembryo.html (leído 06/09/2006); E. Stewart Taylor, 117-118.

13 Gina Kolata, "Name Games and the Science of Life," *The New York Times*, 29

de mayo de 2005: 12; Christopher Mario, "A spark of science, a storm of controversy," *U.S. 1 Newspaper* 5 March 1997:16.

Princeton University, New Jersey, www.princetoninfo.com/clone.html (leído el 16/09/2006). Stuart A. Newman, "Cloning our way to 'the next level'," *Nature Biotechnology* 15, 1997: 488. Científicos consultados por la UE en 1997 se opusieron a la clonación reproductiva pero no rechazaron experimentos con embriones humanos de menos de dieciséis días no implantados. "Expertos en infertilidad de EEUU se muestran a favor de la clonación en humanos," *El País* 8 de junio de 1997: 26.

Fueron entrevistados también los doctores Edwards y Steptoe quienes *concibieron* a Louise Brown, la primera bebé proveta, sobre la clonación. Edwards declaró que células madre deberían producirse mediante la clonación de embriones para fabricar órganos para trasplantes. El científico francés Jacques Testart, en cambio, fue muy crítico sobre la clonación reproductiva. Olivier Postel-Venay & Annette Millet, "¿Qué tal, Dolly?" *Mundo Científico* 180, 1997: 546.

14 Gina Kolata, "Name Games and the Science of Life," 12.

15 Kathleen Canning, *Gender History in Practice. Historical Perspectives on Bodies, Class and Citizenship*, 2006. Ciencia y tecnologías interactúan con valores culturales de manera dialéctica. En el mundo musulmán, por ejemplo, se recurre a la fecundación asistida en el mundo musulmán se recurre a la fecundación asistida (FA) en nombre de la consolidación y felicidad familiares. Tanto Sunnis como Chiitas están de acuerdo en que la FA debe limitarse a la unión marital. Sunnis rechazan la donación de espermias y óvulos por terceros; los Chiitas emplean un procedimiento propio... a saber, el matrimonio temporal. Cuando la esposa o el marido es infértil, se usa el matrimonio temporal para tornar la donación de terceros legítima. Si la esposa es infértil y como el Islam permite la poligamia, el marido contrae un matrimonio de un día con la mujer donante sin que tenga lugar contacto sexual. El

óvulo de la donante es fecundado con el semen del marido e implantado en el útero de su esposa de larga duración. Soraya Tremayne, "Not all Muslims are Luddites," *Anthropology Today* 22 (3), junio de 2006: 1-2. Se estima que en Irán, el 12% de las parejas casadas son infértiles.

16 El aumento notable de la adopción internacional en especial en Catalunya parece coexistir con esa pasión por engendrar hij@s genéticos. Presumo que lo que prevalece en la adopción es la idea de que la socialización forma a las personas, que contrasta con la razón socio-genética que está presente en la fecundación asistida.

17 Jan Tesarik, "Reproductive semi-cloning respecting biparental embryo origin. Embryos from syngamy between a gamete and a haploidized somatic cell," *Human Reproduction* 17 (8) August 2002: 1933-1937.

18 The Wellcome Trust, *Public Perspectives on Human Cloning. A Social Research Study*, London, 1998: 16-18, 41. A los hombres no se les pidió la opinión sobre la reproducción asexual.

19 La profesora Deborah Spar de la Harvard Business School, estimó en 3.000 millones de dólares por año el gasto en fecundaciones asistidas en EEUU. En 2004 mas de un millón de estadounidenses se sometieron a tratamientos contra la infertilidad. En Ucrania, en contraste, es posible alquilar un útero por unos pocos miles de dólares. "Il est né le divin enfant. L'essor du bébé-business", *Courrier International*, no. 842-843, 21 de diciembre de 2006 a 3 de enero de 2007: 42-51.

20 Gina Kolata, "Price of Donor Eggs Soars, Setting Off a Debate on Ethics," *The New York Times*, 25 February 1998, nytimes.com. (leído el 12 de septiembre de 2006).

21 "Cautious revolutionary," *The Guardian*, 26 de julio de 2005. El fisiólogo José Cibelli, director del laboratorio de reprogramación celular de la Universidad de Michigan, EEUU, donde se investiga la transformación de células diferenciadas en embrionarios, está muy dolido con el fraude de Hwang Woo-suk y escéptico sobre el acceso fácil a células

embrionarias. Cambió también su postura sobre la donación de óvulos. Considera que no es ético pedir óvulos para investigar. Tereixa Constenla, "No es ético pedir óvulos para investigar," *El País*, 14 de abril de 2007: 38, Sociedad.

22 Megan Mulligan, "The High Price of Human Eggs," 3 de agosto de 2006, Washingtonpost.com (leído el 29/08/2006); Heidi Nicholl, "Payment for Egg Donation Debate Continues," *Progress Educational Trust, Bionews*, London, 08/15/2006, www.BioNews.org.uk (leído el 29/08/2006).

23 International Human Eggs Trade. Cruel Cost of the Human Egg Trade," *The Guardian*, edición digital, 30 de abril de 2006 (leído el 10/06/2006); Hildtrud Breyer, "Egg Cell Trade Endangers the European Union as a Community of Values," 6 de junio de 2005, www.bionews.org.uk/commentary.lasso?storyid=2602 (leído el 09/11/2006). Hildtrud Breyer escribió en calidad de Presidenta del Grupo Bioético en el parlamento europeo y como integrante del Bündnis 90/Die Grünen. Álvaro de Cózar, "Decenas de mujeres se ofrecen en España como madres de alquiler," *El País*, 30 de julio de 2006; la mayoría de estas mujeres son inmigrantes que se ofrecen en internet para una maternidad subrogada por 15.000 euros; Mónica C. Belaza, "Óvulos a 2.000 euros," *El País*, 30 de julio de 2006; este artículo se refiere a los anuncios en internet, en su mayor parte de mujeres inmigrantes, quienes se ofrecen para donar óvulos. En contraste con el precio mencionado las clínicas de fecundación asistida en España ofrecen una "compensación" de 600 a 1.000 euros por cosecha de óvulos. Desde que en Gran Bretaña fue suprimido el anonimato en la donación de óvulos el número de turistas reproductiv@s ha aumentado de modo notable en España. Giles Tremlett, "Spain becomes the destination of choice for fertility tourists from Britain," *The Guardian*, 12 de mayo de 2006: 16.

24 Javier Sampedro, "Un equipo de EEUU obtiene óvulos de células madre adultas," *El País*, 6 May 2005; "World First: scientists succeed in cloning human embryos from

eggs matured in the lab," Copenhagen, European Society of Human Reproduction & Embryology (nota de prensa), 2005 (leído el 07/29/2005).

25 Rafael Méndez, "Científicos de EE UU abren una vía para crear células madre sin usar embriones," *El País*, 23 de agosto de 2005 (mi énfasis); Malen Ruiz de Elvira, "Científicos de EE UU logran células madre sin destruir los embriones," *El País*, 24 de agosto de 2006. Otra alternativa experimental son "embriones híbridos". Se transferiría el núcleo de una célula adulta humana a un óvulo enucleado animal. El resultado sería un pre-embrión (sic) "predominantemente" humano pues la carga genética provendría en su mayor parte de la célula humana. La Ley de Reproducción Asistida en España prohíbe esta técnica. "Embriones híbridos", *El País*, 15 de enero de 2007.

26 Lali Cambra, "La mortalidad de madres y bebés en África es ahora mayor que hace 15 años," *El País*, 21 de noviembre de 2006: 37, Sociedad.

COMPLICACIONES de Las nuevas tecnologías DE LA REPRODUCCIÓN (NTR)



Vita Ascensió Arrufat Gallén.

Programes de Promoció de la Salut

Centre de Salut Pública Castelló.

Asociació de dones per la Salut i la Pau.

arrufat_vit@gva.es

Al igual que en cualquier procedimiento médico o quirúrgico, las mujeres que realizan tratamientos de reproducción asistida (TRA) pueden experimentar efectos secundarios o complicaciones. Las más frecuentes son:

1. Derivadas de los tratamientos de estimulación ovárica: Síndrome de hiperestimulación ovárica.
2. Relacionadas con la recuperación de ovocitos: Problemas hemorrágicos, torsión ovárica.
3. De los embarazos obtenidos tras estas técnicas: Embarazo múltiple, embarazo ectópico.
4. Riesgos a largo plazo: Cáncer de ovario.

1. Complicaciones de la estimulación ovárica:

Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO)

Es la complicación más seria de la FIV. Su incidencia se estima en un 3%-5% de todos los ciclos. Menos del 1% se complica con un SHEO grave.

El mayor riesgo de desarrollar este síndrome corresponde a:

- Mujeres jóvenes con ovarios poliquísticos.
- Elevados niveles de estradiol con gran número de folículos.
- Ciclos en los que se emplean agonistas de GnRH.
- Ciclos en los que se administra hCG como soporte de la fase lútea.

Se puede prevenir interrumpiendo la administración de gonadotrofinas sin administrar hCG, hasta que los niveles de estradiol hayan descendido a valores menores de 3.000pg/mL. Se clasifica, en leve, moderado o severo dependiendo de la gravedad de los síntomas y signos. Los peores casos suelen asociarse al embarazo. El SHEO severo puede poner en peligro la vida de la paciente. Los síntomas suelen aparecer una semana después de la recuperación de los ovocitos. Los síntomas iniciales incluyen dolor y distensión abdominal. En la ecografía los ovarios están



aumentados de tamaño y hay líquido libre en la cavidad abdominal (ascitis), responsable de los síntomas.

Entre un 1% y un 2%, desarrollan un SHEO severo, se acumulan gran cantidad de líquido en el abdomen y puede producirse un derrame pleural, con dificultad para la respiración.

2. Complicaciones de la punción ovárica para recuperación de ovocitos

Hemorragias e infecciones

Habitualmente, la punción ovárica se realiza por vía transvaginal y con control ecográfico. Las principales complicaciones derivadas de la punción son:

- Molestias leves o moderadas.
- Pequeñas hemorragias. La necesidad de transfusión de sangre por esta razón es menor a 1 de cada 500 punciones.
- Las infecciones provocadas son 1 de cada 300.
- Las lesiones de órganos internos, como asas intestinales, vejiga urinaria o vasos sanguíneos, son raras (1 de cada 1000).

Torsión ovárica

Un ovario gira sobre su propio pedículo vascular, interrumpiéndose el aporte de sangre. El riesgo es de 0, 2% y se manifiesta como un dolor muy intenso y muy agudo. Si no se trata con rapidez, el ovario torsionado puede necrosarse por isquemia.

3. Complicaciones del embarazo

Embarazo ectópico

Se trata de una implantación de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina. Su incidencia tras FIV (2% - 11% de los embarazos) es mucho mayor que la que se produce después de una concepción natural (1 de cada 100 a 300 embarazos). La localización más frecuente es la trompa de Falopio (75% - 96%).

La razón por la cual se produce una gestación ectópica no es bien conocida. Aunque no siempre es posible diagnosticar un embarazo ectópico mediante ecografía, la imagen ecográfica de un útero vacío asociada a los niveles decrecientes de β -hCG pueden hacer sospechar el diagnóstico.

Hay diferentes opciones para el tratamiento de un embarazo ectópico. La elección terapéutica depende de la localización y tamaño del ectópico, de la experiencia del cirujano, de los medios disponibles y de las condiciones generales de la paciente:

- Tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia o laparotomía.
- Tratamiento médico con fármaco (metotrexate).
- Tratamiento expectante, esperando la resolución espontánea del ectópico.

Embarazo múltiple

En la mayor parte de pacientes, menos del 20% de los embriones se implantan después de su transferencia, así que habitualmente son transferidos dos o más embriones para conseguir tasas mayores de gestación, lo cual supone un aumento en las gestaciones múltiples de alto orden, el 32% y el 25%, de los partos después de un tratamiento de FIV fueron gemelares. En Reino Unido el 1, 7% fueron triples y en EE.UU el 7% fueron triples o mayores. El número máximo de embriones que pueden ser transferidos en cada ciclo es de tres.

Los riesgos maternos de las gestaciones múltiples incluyen: aborto, hemorragia, hipertensión arterial y pre-eclampsia (son tres a cinco veces más frecuentes que en las gestaciones simples), diabetes, anemia, polihidramnios, la realización de un elevado porcentaje de cesáreas y una hospitalización prolongada.

Complicaciones fetales asociadas a las gestaciones múltiples:

- Parto Pretérmino
- Bajo peso al nacimiento
- Muerte fetal.
- Defectos congénitos

La mejor estrategia para reducir la posibilidad de embarazos múltiples y sus riesgos y complicaciones asociadas es, obviamente, limitar el número de embriones a transferir, utilizando los mejores criterios de selección embrionaria disponibles.

Una vez diagnosticada una gestación múltiple de alto orden, las opciones son:

a) **Esperar.** El 10% y el 30%, uno o más fetos pueden ser espontáneamente absorbidos y suele producirse antes de las 12 semanas de embarazo.

b) **Reducción embrionaria electiva o instrumental.** Se practica alrededor de la 10 semana, mediante una inyección de cloruro potásico en el corazón del feto guiada por ecografía, que produce la muerte fetal, siendo este reabsorbido y los restantes siguen creciendo. Este procedimiento suele causar un gran número de problemas ético y médicos.

c) **Finalizar la gestación.** Alguna pareja puede decidirlo.

4. Riesgos a largo plazo

Riesgo de cáncer y fiv

Tras una experiencia de más de 30 años en la utilización tanto de los fármacos como de los procedimientos requeridos para realizar una FIV, ahora sabemos con certeza que hay un aumento en el riesgo de cáncer de ovario relacionado con estos tratamientos.

Para cualquier mujer con problemas de esterilidad tener un embarazo y un parto reduce el riesgo de cáncer de ovario en aproximadamente en un 50%.

Bibliografía

- Apuntes de la 7a edición del master de agentes de igualdad de la fundación ADEIT en la Universidad de Valencia <http://www.adeit.uv.es/av/>.
- Ana Monzó y Alberto Romeu. Riesgos y complicaciones de las técnicas de Reproducción Asistida. Informe de salud reproductiva. Viure en Salut núm 65. Consellería de Sanitat. Servicio de ginecología Reproducción humana. Hospital Universitario La Fe. Valencia.



como muestra, un botón: Lucía y Los embriones sobrantes



Mónica Puga

Médica homeópata/Psicoanalista

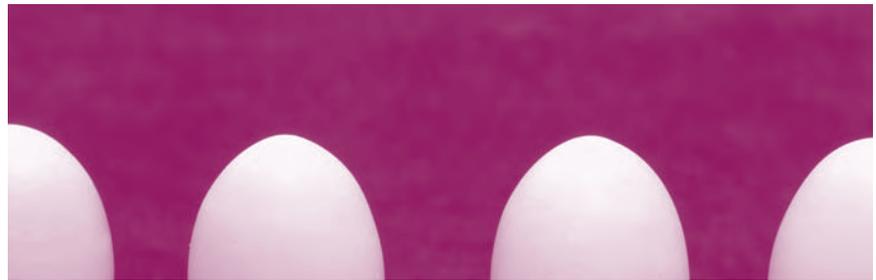
Enfermedades de la mujer

23340mpl@comb.es

Lucía era una adolescente encantadora cuando la visité por primera vez. Tenía 17 años y era su primera visita a un ginecólogo. Recién comenzaba a tener relaciones sexuales.

Luego de verla un par de veces, le hice un examen ginecológico, el cual certificó que todo estaba bien. Hablamos mucho sobre métodos anticonceptivos y eligió usar preservativos para empezar. Pero, al año, como ya tenía una relación estable se planteó usar el diafragma. Cuando tenía 24 años, ya estaba casada y quería tener hijos. Dejó de usar método anticonceptivo alguno... y fue a por ello.

Pasaban los meses y no se quedaba embarazada. Al cabo de un año empezamos a hacer tratamiento homeopático y a la vez unas pruebas muy básicas en el tema, como comprobar por medio de la temperatura basal si había ovulación, su estado hormonal por una analítica y un espermograma de su compañero. Todo estaba bien...en Lucía, pero el espermograma mostraba una disminución de la producción espermática en su pareja, la cual se corrigió, no obstante, en poco tiempo, gracias al tratamiento homeopático. Sin embargo, nada cambió. Conforme fueron pasando más meses su ansiedad, que



ya había aparecido desde el principio, se fue instalando con más fuerza. Cuando ya hacía dos años que lo intentaban sin obtener el embarazo, decidieron recurrir a la Reproducción Asistida.

No volví a ver a Lucía hasta 20 meses después. Grande fue mi sorpresa al verla aparecer con una bebé de 3 meses en brazos y una enorme sonrisa en la cara. Me explicó que le habían hecho siete inseminaciones y que ninguna "prendió". Luego la in Vitro que, a la primera, se dio. Aquí yo calculé en silencio que había sido estimulada con hormonas mes a mes durante ocho ciclos, siete para ser inseminada y uno para la FIV. ¡Ocho estimulaciones en 10 meses... es una barbaridad!

Me contó que el embarazo había sido estupendo, tranquilo y feliz. El parto lo fue más aún. Fácil y bastante rápido. Al terminar de decir esto y con su niña en brazos, abruptamente se le desdibujó la

sonrisa, empezó a llorar y me dijo: "pero quedan seis embriones congelados".

Siguió: -"Cuando salí de la clínica con la alegría de llevarme a mi hija en brazos pensé: "tendré los seis!"... pero ahora pienso que no sé ni si quiero otro!. Tengo 26 años, deseo hacer muchas cosas en mi vida además de ser mamá".

- "Para mí, no son células- me dijo – son hijos, y no puedo con la idea de que estén ahí... tan lejos... pero tan cerca a la vez. ¿Qué pasará?, ¿serán hijos de otra gente?... pero son nuestros y no se pueden destruir. Si nosotros no los queremos nos obligan a donarlos... pero ¿cómo puede ser?. Yo no pedí esto y me enteré cuando ya estaban. No nos avisaron que podía ocurrir..."

Sobran los comentarios. Sólo diría a los profesionales encargados de lograr tantos "éxitos" en la fertilidad: "Sí... pero no así....".l

infecciones de orina

Las infecciones del tracto urinario (ITU) en Las mujeres ¿cuestión de género?



Enriqueta Barranco Castillo

Ginecóloga. Universidad de Granada

enri_barranco@hotmail.com

Los Sesgos

Un tópico femenino frecuente, que acompaña a las mujeres a lo largo de toda la vida, es la frecuencia con la que padecen infecciones de orina, y tanto es así que en algunos textos se afirma que la infección urinaria es casi el precio a pagar por ser mujer.

Creemos llegado el momento de analizar los sesgos inherentes a este concepto, tanto en su etiología, como en el diagnóstico y tratamiento de todo lo relacionado con el término ITU en la

mujer, sin omitir los intereses económicos que se barajan cuando se habla del "tratamiento empírico" de las infecciones urinarias femeninas. No en vano, durante las veinticuatro horas del día salen de los servicios sanitarios miles y miles de mujeres con una prescripción para la que apenas se han tenido en cuenta unos mínimos elementos de diagnóstico que hayan conducido a la certeza de que realmente existe una infección urinaria.

Para adentrarnos en el tema no nos recataremos en afirmar que las mujeres hemos sido consideradas víctimas de nuestra propia anatomía. Según podemos observar en la Figura 1, la delicada relación de proximidad entre el ano, el vestíbulo de entrada a la vagina y el orificio de salida de la orina (meato urinario) es algo que los científicos, de antes y de ahora, han entendido mal. En lugar de contemplar esta disposición anatómica como un todo armónico se nos hace sentir la como un lugar pudiendo, en donde se mezclan de forma inmundada la sangre menstrual, la orina, las materias fecales, el esperma, etc., algo que no puede ser sino una fuente de infecciones sin fin.

Hecha esta salvedad, si revisamos las ubicaciones y los síntomas más frecuentes para las ITU, veremos qué otros sesgos hay, todos ellos

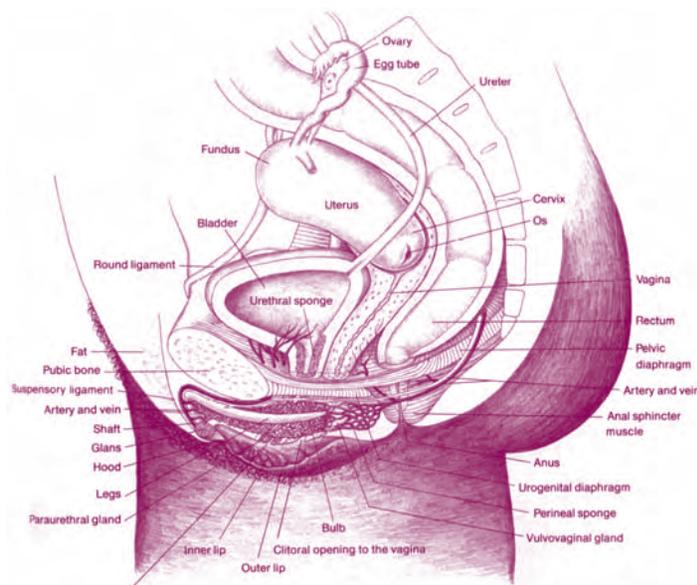


Figura 1.

| Enfermedad | Síntomas | Exploración física | Datos de laboratorio |
|---|--|--|---|
| Uretritis | Disuria persistente; polaquiuria y urgencia; hematuria (salida de sangre) al comenzar a orinar; ausencia de fiebre, malestar general, náuseas o vómitos | Ausencia de dolor en el espacio costovertebral o de molestias abdominales | El análisis de la primera micción muestra abundantes leucocitos y bacterias; la mitad del chorro miccional es negativo; el cultivo de orina es positivo |
| Trigonitis | Disuria persistente; polaquiuria y urgencia; antecedente de coito entre 36-72 horas antes del comienzo de los síntomas; ausencia de síntomas generales o de hematuria; dolor después de la micción | Ausencia de molestias abdominales o de sensibilidad en el espacio costovertebral | Cultivo de orina negativo |
| Infección del tracto urinario inferior | Disuria constante; urgencia y polaquiuria; hematuria al final de chorro miccional; escasos síntomas generales | Sensibilidad suprapúbica; ausencia de dolor en espacio costovertebral | La mitad del chorro miccional contiene leucocitos y bacterias; el cultivo de orina es positivo |
| Cistitis intestinal | Polaquiuria, urgencia, frecuentemente nocturna; dolor suprapúbico y subpúbico; hematuria; a veces dolor abdominal generalizado, así como en la espalda y en el recto; dolor cuando se rellena la vejiga y alivio cuando se vacía | Habitualmente negativo; es posible la presencia de sensibilidad uretral/vaginal | La orina es estéril, citológicamente negativa |
| Pielonefritis | Fiebre, malestar general, náuseas y vómitos; dolor en el dorso y en los flancos; ausencia o no de disuria, urgencia, polaquiuria y hematuria | Dolor intenso en el espacio costovertebral, habitualmente unilateral | En la mitad del chorro miccional se demuestran elevadas concentraciones de leucocitos y bacterias, ausencia o no de piuria; el cultivo de orina es positivo |

relacionados con los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento (Tabla):

La Sintomatología

En cuanto a la sintomatología, existen considerables lagunas, condicionadas, entre otros, por los siguientes aspectos:

1. La falta de precisión, tanto entre las mujeres como entre un amplio sector de la clase médica, del término, tan amplio como equívoco, de molestias urinarias, fondo de saco en el que se incluyen tanto los síntomas relacionados con infecciones e irritaciones vulvovaginales como aquellos que podrían ser indicadores de ITU.

2. Las indicaciones y técnicas que se proporcionan para la recogida de orina con fines analíticos en las mujeres, no tienen en cuenta aspectos claves para acentuar la fiabilidad de sus resultados. En la literatura médica jamás se indica que en el hombre la técnica de recolección urinaria deba ser precedida de un lavado de sus zonas genitales, fundamentalmente porque su constitución anatómica quizá lo haría innecesario. Pues bien, al sesgo anatómico se añade el desmedido protagonismo que tiene el modelo masculino en medicina y, sin tener en cuenta las diferencias, a las mujeres tampoco se les indica que la toma de

orina para un análisis siempre debería ir precedida de un lavado riguroso de los genitales, con la finalidad de eliminar de la cercanía del meato urinario células de descamación vaginal, leucocitos y otros productos que se encuentran de forma habitual en la vagina y sus proximidades. Eludir esta medida conlleva a una gran cantidad de diagnósticos falsos y, en consecuencia, sufrimientos y tratamientos innecesarios y, cuando menos, arriesgados.

3. Vinculado a este sesgo anatómico está el silencio textual sobre la anatomía sexual femenina. Centrándonos en el tema que nos ocupa, con frecuencia se

afirma que la infección urinaria femenina está relacionada con la actividad sexual, sin explicar más. Pues bien, hemos de tener en cuenta que, dentro de la elaborada estructura de nuestro aparato sexual, existe una delicada envoltura – la esponja uretral – que circunda a la uretra, compuesta por un tejido esponjoso que se rellena de sangre durante la fase de deseo y excitación sexual. Su función sería la de ocluir el meato urinario, tratando de impedir la penetración de gérmenes y, lo que es más importante, hacer que durante el coito vaginal el pene no friccionase con la uretra, cuya parte inferior se encuentra muy próxima a la cara superior de la vagina, como podemos comprobar en la Figura 2. El significado de esta configuración anatómica – cuyo equivalente sería el cuerpo esponjoso del pene – es real, ya que la penetración del pene, o de cualquier objeto erótico, en la vagina, sin haber alcanzado un buen nivel de excitación-estimulación sexual – deseo de ser penetrada, conduce a un innecesario y molesto roce de la uretra, cuya expresión es la tan conocida frase tengo molestias al orinar. En las publicaciones revisadas hemos encontrado referencia a medidas preventivas – limpieza del ano, micción pre y postcoital, etc., - pero en ninguna aparece el consejo de evitar la penetración vaginal – coital o no – sin excitación-deseo.

4. Detrás del mantenimiento y transmisión de los sesgos se esconden los intereses económicos. Las mujeres han sido y serán grandes consumidoras de productos para sus infecciones de orina. Los sesudos investigadores siempre tratarán de mejorar su mala salud con ingentes cantidades de fármacos – la mayoría antibióticos – destinados a erradicar la temible infección y los riesgos que se supone que conlleva, aun en mujeres saludables. Si revisamos la literatura médica comprobaremos que gran parte de los artículos sobre el tema están financiados por empresas farmacéuticas. Como ejemplo citaremos la revisión de K. Gupta, las publicaciones de Horcajada y Palou y los estudios encargados por

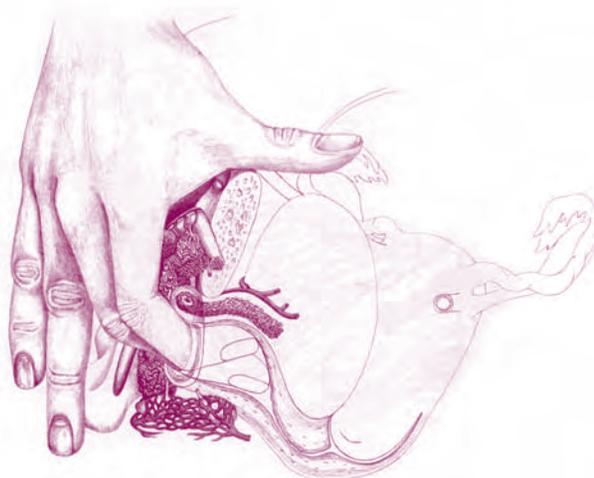


Figura 2.

determinados grupos farmacéuticos. Sus autores han concluido que toda mujer que se queje de dolor en el bajo vientre y/o molestias durante la micción, tanto si es joven como de mediana edad, y si está embarazada como si no, no precisa ser investigada para ver de donde proceden sus quejas, si no que es más económico indicar lo que se ha dado en llamar tratamiento empírico, que consiste en administrar un producto antibiótico en una o dos dosis. Como resultado se hará una inversión económica que redundará en el éxito de la empresa y la mujer cargará con un sambenito – el de la infección de orina crónica – para toda su vida.

El tratamiento y la prevención de las infecciones urinarias femeninas

A pesar de lo antes reseñado, puede ser cierto que entre el 10 y el 20 por ciento de todas las mujeres tendrán algún tipo de molestias urinarias, o francamente una infección, al menos una vez al año. La cistitis aguda no complicada (infección de la vejiga) y la cistitis recurrente son las dos categorías más frecuentes de ITU, en personas adultas. Distinguir entre ITU no complicada y complicada es algo muy importante, porque cada una requiere diferentes procedimientos diagnósticos y distintos planes de tratamiento. Es tranquilizador saber que la mayoría de las ITU no son complicadas. Generalmente se asume que una mujer premenopáusica, activa sexualmente y que no está embarazada, sin haberse tratado recientemente con antibióticos y sin

antecedentes de anomalías en el aparato genito urinario, tendrá una cistitis no complicada si presenta disuria (dolor o dificultad para orinar), polaquiuria (aumento en la frecuencia miccional) o urgencia urinaria. Las mujeres tras la menopausia, sin anomalías en el tracto urinario, también padecerán ITU no complicadas.

Entre los gérmenes responsables de las cistitis no complicadas se encuentra, en el 80% de los casos, la bacteria *Echerichia Coli*, y en el resto otros gérmenes con residencia habitual en el recto. La bacteriuria (aparición de bacterias en orina) es más frecuente en las mujeres con actividad sexual; el coito vaginal, el uso de diafragmas y espermicidas, de anticonceptivos hormonales y el retraso en la micción tras el coito, son factores que incrementan el riesgo de ITU. Como ya señalamos, el coito es el factor de riesgo más potente para desencadenar una ITU, con independencia del método anticonceptivo que se utilice. Las mujeres jóvenes que presentan dolor agudo y dificultades al orinar tanto pueden padecer una cistitis como una uretritis, originadas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea* o *Herpes simplex virus*. La vaginitis originada por *Cándidas* o *Tricomonas* también implica disuria.

Estos problemas se identifican por sus síntomas, siendo de ayuda para el diagnóstico la exploración física y los análisis de orina. En ocasiones puede ser necesario recurrir al cultivo de la

orina y al de los exudados vaginales. Siempre se ha dicho que la gestación es un factor de riesgo para las ITU, y el American Collage of Obstetricians and Gynecologist recomienda que se analice la orina a todas las mujeres gestantes para descartar bacteriuria, incluso en ausencia de síntomas. Esta posición no es compartida por otros expertos. En el caso de que la embarazada tenga síntomas similares a los de la cistitis no complicada, la postura tampoco es unánime, y mientras que algunos proceden a instaurar inmediatamente un tratamiento empírico otros prefieren esperar el resultado de un cultivo de orina antes de tratar a la mujer. Esta posición nos parece mucho más razonable, teniendo en cuenta los sesgos inicialmente comentados.

El diagnóstico de cistitis puede hacerse simplemente por los síntomas y por la exploración física o bien recurriendo al análisis de la orina, mediante tiras reactivas u otros procedimientos incluido el urocultivo. Quizá el basar el diagnóstico solo en los síntomas puede ser algo relativamente fiable, pero siempre que los episodios aparezcan con una frecuencia inferior a tres por año. Para un análisis de orina rutinario, que se puede realizar en la propia consulta médica, se utilizan tiras reactivas (dipstick) que detectan la presencia de leucocitos, nitritos y piuria (presencia de pus en la orina). Su aplicación arrojará falsos negativos y también falsos positivos, por las condiciones en las que se hace la recogida de la orina en muchos lugares y por las sustancias bioquímicas que se tratan de investigar. Los urocultivos se reservarían para los casos en los que los síntomas recurren con demasiada frecuencia o para aquellos en los que el estado general de la mujer se ve alterado de forma considerable; en otros casos será necesario recurrir a procedimientos más sofisticados.

En la prevención de la ITU, prácticas tan simples como el incremento del flujo urinario mediante la ingesta de cantidades

adecuadas de líquidos, y el orinar tras el coito pueden ser útiles. Desde hace tiempo se sabe que la presencia de bacterias uropatógenas en los alrededores del meato urinario es un factor decisivo y que la presencia en la vagina de bacilos ácidos o lactobacilos juega un papel importante en el mantenimiento de la ecología del medio. Los lactobacilos se adhieren a las células del epitelio que recubre la uretra y la vejiga, impidiendo la colonización por otros gérmenes. Además es necesario mejorar la higiene de la zona para minimizar la exposición al E. Coli, llevar prendas interiores de algodón y reducir la ingesta de productos irritantes para la vejiga, tales como alcohol, chocolate, cítricos, café, té negro, tomates, vinagre y azúcar.

Como quiera que la mayoría de las ITU son originadas por el E. Coli, residente en el tracto gastrointestinal, parece razonable que el riesgo de infección se reduzca mejorando la dieta, como ya se demostró en un estudio realizado entre mujeres universitarias diagnosticadas de ITU.

La ingestión continuada de antibióticos y antisépticos puede tener efectos perjudiciales para el propio aparato urinario. Por este motivo se ha investigado sobre los efectos beneficiosos de la administración de zumo de arándanos y productos dietéticos cuya base es el arándano. Su aplicación práctica está siendo exitosa en cuanto al alivio de los síntomas y a la prevención de recidivas. La ingesta de vitamina C y el recurso a la fitoterapia son otras medidas preconizadas para aliviar las molestias recurrentes.

Y para finalizar no podemos menos que resaltar la necesidad de ser críticas en cuanto al diagnóstico de infecciones urinarias se refiere, mucho más críticas en cuanto a los tratamientos preconizados y, conscientes de la elaborada diferenciación anatómica, evitar prácticas sexuales que conlleven riesgos de infección para el sistema urinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Gráfico tomado de Helen E O'Connell, Kalavampara V Sanjeevan. Anatomy of female genitalia. En: Irwin Golstein, Cindy M Meston, Susan R Davis and Abdulmaged M Traish (eds). Women's sexual function and dysfunction. Study, diagnosis and treatment. Taylor & Francis: London, 2006: 106-111.
- Adaptado de: Catherine Ingram Fogel. Common symptoms. Bleeding, pain and discharge. En: Catherine Ingram Fogel and Nancy Fugate Woods (eds). Women's health care. A comprehensive handbook. SAGE Publications: London, 1993:547.
- Tomado de: A new view of a woman's body. A fully illustrated guide. Los Angeles, California: Feminist Health Press, 1995: 44.
- Kalpana Gupta and Walter E. Stamm. Urinary tract infections. <http://www.medscape.com/viewarticle/505095>. Visitada el 17/04/2007. Trabajo patrocinado por Bayer Corp., Procter & Gamble Pharmaceuticals, MedImmune y Ortho-McNeil Pharmaceutical
- Juan Pablo Horcajada, Daniel García-Palomo y M. Carmen Fariñas. Tratamiento de las infecciones no complicadas del tracto urinario inferior. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(Supl.4):22-27. Distribuido entre la clase médica por Zambón Group, industria que comercializa un producto para el tratamiento empírico de las ITU no complicadas
- Juan Palou. Conceptos en la evolución de las guías de la EAU en infecciones urinarias. En: ¿Debemos hablar de infecciones urinarias los urólogos? Symposium patrocinado por Zambón Group en el Congreso Nacional de Urología celebrado el 12 de junio en Sevilla. Madrid: Adalia, 2006:2-4.
- Estudio Prospectivo Expert. Uso racional de la antibioticoterapia en el tratamiento de las infecciones de vías urinarias bajas en España (año 1010). Esponsorizado por Zambón Group y realizado por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Madrid: Nilo Industria Gráfica, 2001.
- Tori Hudson. Treatment and prevention of bladder infections. *J Women Health*, December 2006:297-302.



Nati Povedano
Médica Homeópata
npovedano@teleline.es

Pensando sobre La salud

“Hay momentos en la vida en que la cuestión de saber si uno puede pensar de otra manera de cómo piensa y percibir de otra manera de cómo percibe, es indispensable para continuar mirando y reflexionando”

Michel Foucault

EL MEDIOAMBIENTE DE LA SALUD

Cuando hablo de medioambiente me quiero a referir a ese espacio simbólico en el que estamos inmersas todas las personas y que afecta y condiciona la manera de vivir y pensar sobre nuestra salud.

Empezar hablando de algunos hechos o circunstancias que “contaminan” ese medioambiente:

1. La salud como negocio

El negocio redondo comenzó con el descubrimiento de algo que cargaría con las culpas de todo mal: los virus y bacterias. A partir de ahí casi toda es responsabilidad de un bichito. Por eso, no es casual que la industria de medicamentos y armas están, en muchos casos, en las mismas manos. Los virus, nos quieren convencer, son los terroristas del cuerpo.

Lo mismo que el éxito de determinadas empresas históricas incitaba a

la continuidad de las acciones, incitaciones que estarían en el origen de ciertos imperialismos. Así, igualmente, los éxitos de la medicina científica – convenientemente aireados – en su lucha contra la enfermedad al haber alcanzado esta casi todos sus objetivos, compelería a invadir el territorio colindante que no sería otro que el de la salud. Con la argucia de la prevención se están tratando personas sanas, que ya dejarán de estarlo, para evitarles potenciales males en el futuro.

Afortunadamente, desde hace algunos años se están elevando muchas voces, ya es un griterío, contra la industria farmacéutica y su política mercantilista y envenenadora de cuerpos y mentes. Esa industria tan floreciente que ha pactado con gobiernos, medios de comunicación, trabajadores de la salud, etc. El pacto consiste en crear una imagen fantástica donde todo lo que le ocurra a nuestro cuerpo es reparable, mejorable a cambio de comprar uno de sus productos.

2. La sabiduría de la máquina.

Era difícil de imaginar pero ya es una realidad: las máquinas como sustitutas del saber humano, ya no es fiable lo que percibimos, vemos, palpamos, o intuimos.

La tecnología como la asepsia del diagnóstico. La máquina es la que nos dice, es la que no se equivoca, nos habla dónde está el error, porque el fallo siempre es algo que se puede medir, tocar., que es cuantificable y verificable. Es la medicina de los cuerpos sin alma. El ojo clínico ya no es necesario, se ha sustituido por lo OBJETIVO.

El pensamiento tecnológico se convierte en una ideología que nos oculta el carácter muy diferente del reino interpersonal, donde debería gobernar la discusión colectiva (la multiplicidad de matices del hecho del enfermar en los humanos). Convierte a la salud en un problema meramente técnico

Las tecnologías reproductivas representan un modo particularmente poderoso de control social y más específicamente, de control masculino sobre las capacidades reproductivas de las mujeres. Interesante, sobre este tema, la entrevista de Leonor Taboada a Gena Corea en el MyS.

3. La ciencia en el Olimpo

La ciencia como paradigma de la verdad. "Lo científico" como dogma, poder y limitación. Es lo que marca una frontera entre lo verdadero y lo falso, como en otros tiempos ocurría con la moralidad/ inmoralidad. Pero lo científico hoy día se está convirtiendo en algo lucrativo para algunos y para los más en un problema de fe.

Lo que conocemos es un 1%, todo lo demás es ignorancia, dice el médico indio Rajan Sankaran. Pero a la ciencia le falta la humildad para reconocer la ignorancia, aceptar la imposibilidad de abordar y controlar todo el espectro humano.

A la ciencia le incomoda lo cíclico de la mujer, lo mental y emocional, el medio ambiente, quisiera todo reducirlo a un virus o una subida de serotonina. La aleatoriedad femenina siempre ha importunado a la lógica estricta y rigurosa de la ciencia, prefieren estudiar cada cosa como un "ello", observado desde afuera: la ciencia en tercera persona

Este medioambiente ha condicionado bastante la práctica diaria de la Medicina y aunque la OMS en 1978

definiera a la salud como el perfecto estado de bienestar físico, psicológico y social, la realidad va por otro lado. Vamos a analizar esa realidad.

Persona enferma y enfermedad

La mirada médica, en la medicina hegemónica, no ve al enfermo sino a su enfermedad, y en el cuerpo no lee una biografía sino una patología. Se busca la objetividad de los síntomas que no remiten a un ambiente, a una manera de vivir, a una serie de costumbres contraídas sino a un cuadro clínico, en que las diferencias individuales que repercuten en la evolución de la enfermedad desaparecen. Lo que aparece es esa gramática de los síntomas con la que el personal médico clasifica las entidades morbosas, al igual que el botánico hace con las plantas.

Se ven las enfermedades como quistes a extirpar, como si se nos hubieran pegado al cuerpo, independientes del devenir de esa persona, así está expropiada de su enfermedad, que a pesar de todo sigue siendo una manera mediante la cual, en circunstancias desfavorables, el cuerpo intenta sobrevivir. La persona enferma se encuentra literalmente "en manos de médico" que, actuando como un funcionario de la ciencia, ignora el cuerpo porque sólo conoce el organismo. O ignora el cuerpo porque sólo tiene tiempo para el organismo.

El significado de la enfermedad

Cuando los síntomas pasan de ser expresión de un malestar y un

desequilibrio en las condiciones de vida a convertirse en meros signos de una enfermedad que, en lugar de inscribirse en el mundo biográfico, se inscribe en el mundo patológico, la enfermedad se confía a la observación de una mirada, la del médico. La del médico o la médica es una mirada que sustrae al cuerpo aquella ambivalencia simbólica que la enfermedad conlleva para situarlo en aquella ambivalencia polar que sólo conoce la disyuntiva entre "lo normal" y lo "patológico". La enfermedad, en esta encrucijada, pierde todo su sentido. Una vez perdido el sentido el síntoma deja de ser símbolo para convertirse simplemente en un signo que no remite ya a la persona enferma, sino más bien al hecho patológico reproducible infinitamente en todos los enfermos aquejados de lo mismo. La persona se convierte en "caso" y sus síntomas en algo molesto que hay que suprimir, quitarlo de la vista.

La experiencia, como resultado de prácticas repetitivas y casi irreflexivas, ha sido impuesta sobre la capacidad de formular preguntas

¿Qué me pasa?

Hoy día, la enfermedad se vive con mucha más angustia. Ante el más mínimo signo de molestia ó de incapacidad pensamos que puede ser indicio de algo más importante, que hay que diagnosticarlo pronto porque sino, luego, será demasiado tarde. Surge lo del diagnóstico precoz, que mucho confunden con prevención.



Con este miedo y esta inseguridad se acude a la ciencia médica para que, desde el saber, nos informen de lo que nos pasa. Los que saben, que además tienen poco tiempo, son más adivinos que doctores, emitirán con convicción un diagnóstico. Usted tiene gripe, colón irritable..., Con la comunicación del diagnóstico, se coloca a la persona en el futuro ya que el diagnóstico lleva implícito el pronóstico. Un futuro predestinado por el simbólico de esa enfermedad.

El saber con años de antelación la posible existencia de una enfermedad, es decir, una previsión de antemano favorece la prevención? O se trata, más bien, de una enfermedad construida, es decir, un caso más en el que la Ciencia "fabrica" la realidad a través de su lenguaje y saberes propios.

El diagnóstico constituye la puerta de ingreso en la enfermedad. Gracias a él el mundo se divide en "aún no enfermos" y enfermos.

Incluso, lo más dramático, hace que reproduzca la enfermedad. André Gorz nos habla en su libro "Ecología y política" de un estudio que hicieron Andy y Dunn, estos examinaron a 4.000 personas sanas y vieron que bastaba con informarles de que tenían tal cuadro clínico para transformar al 90% en pacientes y provocar en la mayor parte de ellas la aparición de síntomas que no habían tenido hasta entonces. "La mayoría de los etiquetados presentan mayor número de síntomas y una gran incapacidad para gozar de la vida".

Este medioambiente tan enrarecido y esta mirada médica tan limitada y prepotente es responsable de que

miremos a otras culturas, a otras maneras de tratar los cuerpos y su salud.

En el último tercio del siglo xx ha habido un aumento del interés por la medicina alternativa en Occidente. Ello se ha reflejado en una demanda siempre creciente de consultas médicas alternativas. La forma de terapia más popular varía de país a país... También aumenta de modo constante el número de profesionales de este tipo de terapias.

Aunque fueron muchas las influencias que forjaron el nacimiento y la expansión de la contracultura en la salud y otros campos, no debemos subestimar el impacto de la filosofía y las prácticas orientales, dada la expansión creciente de las redes de comunicación global y la desaparición de las tradicionales fronteras basadas en las diferencias políticas.

La popularidad de estas otras medicinas tiene también sus raíces en las carencias de la medicina ortodoxa. Por un lado la crítica de la biomedicina occidental se basa en la deshumanización de los pacientes y en las limitaciones que impone a la implicación activa de estos en su propia salud. Por otro, se centra en el fracaso técnico de la biomedicina a la hora de mantener sus promesas en términos de curación de la enfermedad y mejora de la calidad de vida, en especial cuando se trata de enfermos crónicos. La fragilidad de sus logros se hizo aún más evidente a partir de los años 60, al aumentar la conciencia social de que incluso los medicamentos producidos por la alta tecnología, así como la cirugía, podían ser no sólo eficaces, sino incluso poco seguros.

Iván Illich (1926-) Ha realizado las críticas más controvertidas de la medicina moderna. En 1976, afirmó que la medicina occidental había alcanzado un momento crítico, en el cual la profesión médica se había convertido en la mayor amenaza para la salud.

Pensaba que existía tres tipos principales de iatrogenesis que hacía que la medicina moderna tuviese un efecto contraproducente. La primera de ella, según él, era la iatrogenesis clínica, basada en la convicción de que el sistema médico produce en estos momentos perjuicios clínicos que sobrepasan con creces los beneficios. El segundo es la iatrogenesis social, que se relaciona con los efectos sociales negativos que acarrea la dependencia creciente fomentada por el exceso de medicalización. El tercer tipo de iatrogenesis, es la iatrogenesis estructural, que se refiere a la destrucción, por parte de los médicos, de la capacidad de la gente de afrontar el dolor, la enfermedad y la muerte de una manera autónoma y personal

Otras miradas (para huir del "más de lo mismo" que dice Paul Watzlawick)

Hoy día se habla mucho de holismo, que quiere decir que el todo es mayor que la suma de las partes. Esta idea ya aparecía en Pitágoras e Hipócrates, el Ayurveda de la India, así como en muchos otros sistemas curativos de la Antigüedad, los cuales afirmaban que sólo es factible gozar de una verdadera salud cuando el cuerpo, la mente, las emociones y el espíritu están adecuadamente equilibrados. Debido a que la ciencia occidental se concentró, desde el Renacimiento,

en la búsqueda de tratamientos selectivos para contrarrestar las manifestaciones específicas de los trastornos orgánicos, el enfoque holista del mantenimiento y conservación de la salud quedó relegado a un segundo término y, posteriormente, olvidado.

La enfermedad como camino

Pero, mirada de otra manera, la enfermedad puede ser " el camino" para encontrar la curación, así lo ven Dethlefsen y Dahlke: "... el síntoma es el aviso de que falta alguna cosa... Si nos atrevemos a prestarle atención y a establecer comunicación, serán unos guías infalibles en el camino de la verdadera curación... La enfermedad no es un obstáculo que se nos cruza en el camino, sino que la enfermedad, en sí misma, es el camino por el cual el individuo va hacia la curación. Cuanto más conscientemente contemplemos el camino, mejor podrá cumplir su camino. Nuestro propósito no es combatir la enfermedad sino servirnos de ella; para conseguirlo tenemos que ampliar nuestro horizonte".

Aquí, estos autores, no hablan de supresión, sino de comprensión. Se nos habla de diálogo con los cuerpos que son los que saben el mundo que nos atrae o nos desilusiona, la calidad de nuestras pasiones, un cuerpo que vive más un mundo que le compromete que un organismo que le sostiene.

Desde esta mirada nos apropiamos de nuestro cuerpo, al entenderlo seremos más cuidadosos con él. Hay muchas personas que, al enfermar, se enfadan consigo mismas o con el medicamento o la persona que no consigue erradicar el problema. Así

hay muchos y muchas que son incapaces de permitirse un descanso cuando su cuerpo se lo está pidiendo a gritos.

Ciencia en primera persona

Así lo denominó Gendlin y la idea es que las propias personas se estudien a sí mismas. Un ejemplo lo tenemos en el Colectivo de Mujeres de Boston (también lo señala Gena Corea en el Mys); estas mujeres al hablar de las propias experiencias, escuchar las historias de otras, explorar y conocer su propio cuerpo, crearon una ciencia de la reproducción en primera persona. Y el título del libro lo dice todo: "Nuestros cuerpos, nuestras vidas".

Habrà que empezar a cuestionarse esta ciencia médica que nos condena a la cantidad de vida, pero no a su calidad.

Asumir que el saber es algo inacabado, que lo que ignoramos es mayor que lo que conocemos. Y, visto lo visto, la duda es el camino más seguro: " Para llegar a lo que no sabes has de ir por donde no sabes".

La salud como proceso

La salud, igual que la enfermedad, es un proceso donde intervienen la biografía personal (pasado, las experiencias vividas, antecedentes familiares, educación, cultura...), el proyecto de vida (cómo vemos nuestro futuro, la expectativas de vida, los miedos a la enfermedad, la pobreza, a no ser capaz, etc) cómo vivimos el día a día: la actividad cotidiana, el estrés, la alimentación, el ejercicio físico, las relaciones con los demás (laborales, afectivas, sexuales...), cuánto hay de mí o me identifico con lo que hago.

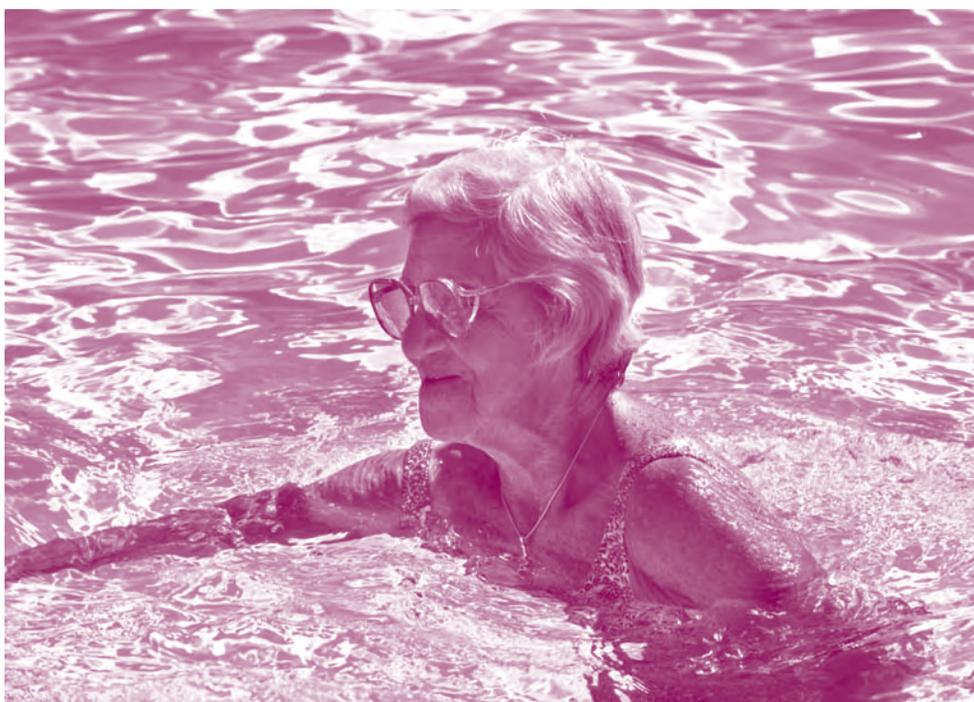
En ese proceso de vida tengo penas, dolores, contracturas, ansiedades...que serán mejor comprendidas si lo pongo en relación con todo el proceso vivido.

Un ejemplo que refleja esa relación del cuerpo con lo que nos acontece, con el devenir de cada día:

"Tengo una hernia discal que es una factura y una fractura del cuerpo por no escucharlo. Todo empieza cuando me secuestro para preparar las oposiciones de secundaria y soy capaz de hipotecarlo todo -amor, cuerpo, deseos, tiempo- por tener una plaza de funcionario en la enseñanza secundaria, convirtiendo mi cuerpo en una máquina. Las oposiciones son la mejor metáfora del sistema, la mejor metáfora de mí mismo en ese momento. Puse todas mis mejores energías en ello, abandonándome, sin saber compaginarlas con la vida. Pero, trabajé mucho y conseguí la plaza y pude recuperar, en gran medida por la suerte de ser hombre, casi todo lo que había apartado de mí. Y como herencia tengo una hernia de disco, cuyo dolor despierta cada vez que, como entonces, me separo de la vida".

La medicina de los cuerpos con alma

Porque hasta ahora se ha hablado mucho, desde el ámbito de la medicina, del cuerpo como organismo,



con sus partes y sus funciones, es decir, de anatomía y fisiología. Hemos pensado la salud más desde la mecánica de un cuerpo que queremos que funcione, que desde un cuerpo con historia, con proyectos y animado por un alma que nos confiere lo que somos más de nosotros, cada uno y cada una, lo que hace que yo sea yo y no otra persona, lo que más me identifica, lo que me hace persona en singular

Desde esta medicina, el nivel de salud o enfermedad no se mide sólo por el mayor o menor "silencio de los órganos" sino también por el grado en que somos capaces de vivir el momento presente y de dar respuesta a lo que sucede a nuestro alrededor sin prejuicios.

Si la individualidad es la forma más elevada en la que se expresa la vida, hay que intentar expresarla con un

lenguaje individualizado, intentar huir de ese lenguaje médico codificado, etiquetador, que condena a nuestro cuerpo a mero organismo, y nuestro futuro determinado por un pronóstico.

Para que nosotras, personas sanitarias, hagamos algo útil y digno en el campo de salud tendremos que tratar a las personas con su cuerpo y su alma. A Descartes, y su dualismo cuerpo-mente, hay que enterrarlo ya. A lo mejor cuando tengamos en cuenta esto estaremos ayudando o colaborando para que las personas seamos más conscientes, más críticas y más felices.



Marian Uría Urraza

Socióloga de la Salud
marianuu@princast.es

promoción de La enfermedad: el papel de La industria farmacéutica, el papel de La mentalidad médica

Introducción

Esta ponencia es el resultado del acercamiento a la bibliografía sobre una cuestión que está generando, sobre todo en estos últimos años, un importante debate, no sólo en el ámbito de literatura médica, sino también en la opinión pública. La implicación que este fenómeno, conocido como *disease mongering* o promoción de la enfermedad, tiene en la salud y en la vida de las mujeres, hace necesario este acercamiento y, sobre todo, el debate y la acción organizada.

La construcción de la enfermedad: del poder médico al poder de la industria farmacéutica.

Para poder analizar el papel de la mentalidad médica y de la industria farmacéutica en la promoción de la enfermedad, es necesario revisar cómo la enfermedad, y por ende la salud, son conceptos que, aparte de

la existencia o no de una afección biológica, se construyen socialmente y por tanto varían de un contexto a otro y de una época a otra.

El abordaje de la construcción social de la enfermedad, se ha realizado desde la Sociología de la Salud, pero con distintos enfoques, dependiendo de las diversas teorías sociológicas: Funcionalismo (Talcot Parsons), Interaccionismo simbólico (Irwin Goffman), Análisis del conflicto (Vicente Navarro, Ivan Illich), Foucault...

Un concepto clave en el análisis de la construcción social de la enfermedad es el del "rol del enfermo (o enferma)". Para que alguien sea etiquetada como una persona enferma es necesaria la actuación de quien tiene el poder de adjudicar esta etiqueta. Este papel lo ejerce la profesión médica, que ostenta desde el siglo XX el monopolio sobre el derecho a definir y tratar la salud y

la enfermedad, como señala Eliot Freidson en La profesión médica (1).

Sin embargo, cada vez en mayor medida, esta capacidad de etiquetaje que ha venido ostentando la profesión médica, está siendo mediatizada, condicionada por el empuje de la industria farmacéutica. Ya que es la profesión médica la que puede realizar diagnósticos, es necesario convencerla, bien por medio de la financiación directa de actividades formativas, o por la esponsorización de investigaciones y comités científicos que han de definir o redefinir problemas de salud. La construcción social y científica de la enfermedad está siendo sustituida por la construcción por parte de las compañías.

El arte de fabricar enfermedades

La promoción de la enfermedad (*disease mongering*) ha venido siendo analizada desde hace más de una



década, tras la publicación en 1992 del libro de Lynn Payer *Promotores de enfermedad: cómo los doctores, las compañías farmacéuticas y las aseguradoras te hacen sentir enfermo* (2). Pero a raíz del debate suscitado en *The British Medical Journal*, con los artículos de Ray Moynihan (3, 4, 5, 6, 7), entre otros, y la posterior publicación de su libro *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*, (8), está teniendo una amplia difusión, no solo en el ámbito de la literatura científica, como ya se ha señalado.

Lynn Payer identificaba en su libro diversas tácticas para promover la

enfermedad, entre ellas: tomar un síntoma común y hacer que parezca un signo de una grave enfermedad, realizar un uso selectivo de las estadísticas para exagerar los beneficios de los tratamientos, o valerse de profesionales líderes que puedan generar opinión.

En los países desarrollados, en los que cada vez somos más longevos y más vitales, se viene tratando de transformar la preocupación por la salud en preocupación por la enfermedad, haciendo creer a la ciudadanía, a través de campañas publicitarias de concienciación, que demandando más medicamentos o tecnología, alcanza más poder en el proceso de prevención

y/o curación. El simple hecho de tener riesgo de enfermar, se convierte en enfermedad (9).

Se fabrican nuevas enfermedades para lanzar al mercado productos nuevos y, tal como algunos autores señalan, las compañías farmacéuticas tienen un claro interés en medicalizar los problemas vitales, de tal forma que actualmente "hay una enfermedad para cada pastilla" (10). Prozac y Viagra han sido dos de los medicamentos estrella que han conseguido ventas multimillonarias.

La promoción de la enfermedad ha tenido y tiene en las mujeres un mercado que es valorado por la industria como inagotable. La medicalización de procesos naturales o fisiológicos como la menopausia ha dado lugar a que se haya llegado a medicar con THS a porcentajes altísimos de mujeres tras la menopausia, hasta la aparición de los estudios concluyentes sobre su inadecuación y graves riesgos.

Pero, mientras se constata a través de la investigación, y se asume por parte de las autoridades sanitarias la evidencia de que cierto fármaco está generando más riesgos y daños que beneficios y se desestima su indicación, miles y miles de mujeres están siendo medicadas. Así, por ejemplo, como señala Ray Moynihan, las mujeres sanas de mediana edad sufren hoy "una silenciosa enfermedad ósea denominada osteoporosis" (8, 11).

La creación de la Disfunción Sexual Femenina y la movilización contra la medicalización de la sexualidad de las mujeres.

Pero existe una afección que se ha denominado Disfunción Sexual Femenina (DSF) que ilustra de qué forma se ha llegado a medicalizar una faceta de la vida de las mujeres como es la sexualidad, tratándola con productos farmacológicos, cuyos efectos sobre la salud son más que dudosos.

Según señala Leonore Tiefer, profesora de psiquiatría de la Universidad de New York y activista feminista, este es un ejemplo "de libro". En su artículo *Disfunción Sexual Femenina: un caso de estudio de promoción de la enfermedad y de resistencia activista* (12), aparecido en PLoS Medicine en abril de este año, examina las actitudes sexuales del siglo XX que fueron cruciales para preparar el escenario para la DSF, así como las etapas en la historia de esta "enfermedad" y las fases de la New View Campaign que cuestiona el acercamiento reduccionista a los problemas sexuales de las mujeres.



Leonore Tiefer en el *msmagazine.com*

Según señala esta autora, la sexualidad ha sido vulnerable a la promoción de la enfermedad, tanto por una larga historia de control social y político (y religioso) sobre las manifestaciones sexuales, lo que ha producido vergüenza

e ignorancia; como porque la cultura popular y los medios de comunicación han "inflado" las expectativas sobre la función sexual y la importancia del sexo.

Los cambios que se produjeron en la forma de vivir y expresar la sexualidad a lo largo del siglo XX, entre ellos la aparición de la contracepción, el tratamiento para las ITS, los movimientos de liberación de las mujeres y de gays y lesbianas, etc, dieron lugar a dos enfoques distintos. Uno desde las ciencias sociales, que enfatizaba los determinantes políticos, económicos y sociales de la vida sexual, y otro desde la medicina y también la psicología, que hacía hincapié en patrones basados en la evolución de la motivación, la atracción y la conducta sexual.

En los años ochenta la naturaleza de la investigación sobre sexualidad comenzó a escorarse hacia una nueva "medicina sexual" promovida por urólogos, tecnologías diagnósticas, revistas científicas y después la industria farmacéutica. En 1997 se llevó a cabo una reunión bajo el título de "La función sexual en los ensayos clínicos" que fue sponsorizada por compañías farmacéuticas y fue el comienzo de la DSF. Los urólogos usaron ya en este año este término, refiriéndose a aspectos de patología genital femenina que asimilaron a la disfunción eréctil, aplicando el patrón masculino a la sexualidad femenina. Poco después de la aparición de Viagra en 1998, algunos periodistas reclamaban el Viagra femenino o "Viagra rosa".

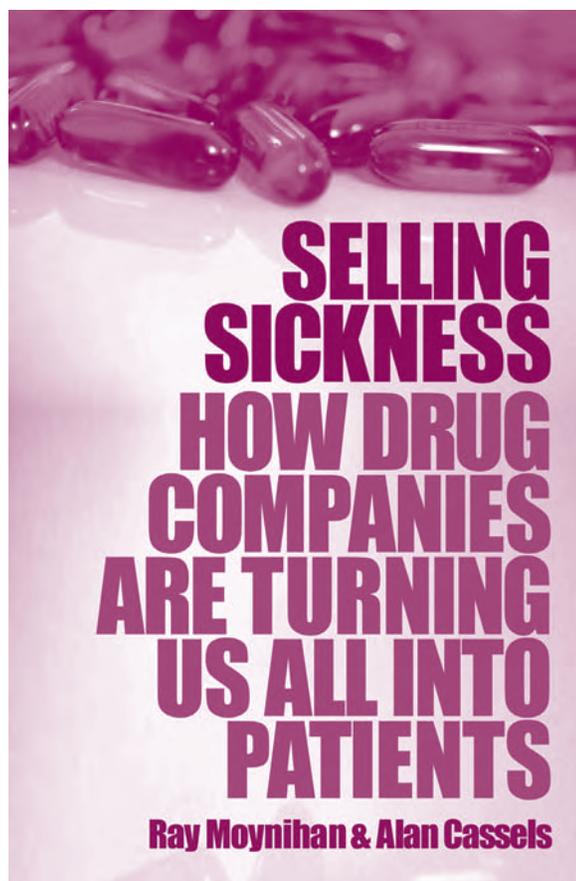
A partir de entonces se abrieron algunas clínicas para tratar a mujeres con este enfoque y Pfizer fue la mayor promotora de la DSF desde 1997 hasta 2004, cuando su solicitud de que se aprobara Viagra para tratarla

fue desestimada por los pobres resultados de los ensayos clínicos. Sin embargo sus campañas han sido tan importantes que se sigue recetando a mujeres. Por otro lado Proctor & Gamble promocionó los parches de testosterona para tratar el "desorden de deseo sexual hipoactivo", consiguiendo convencer a los ginecólogos y sus organizaciones, aunque la FDA no aprobó este fármaco llamado Intrinsa, al cuestionar también los ensayos clínicos. Sin embargo hay evidencia de que se utilizan prescripciones de productos con testosterona para mujeres.

La New View Campaign para una nueva visión de la sexualidad femenina, se puso en marcha en 1999, y es un ejemplo de cómo se puede ejercer la acción conjunta de profesionales sensibilizadas y sensibilizados y de las asociaciones de mujeres.

La campaña ha tenido dos componentes cruciales: 1) la elaboración de una crítica teórica al modelo médico de los problemas sexuales, plasmada en el New View Manifiesto, en la que participó un grupo de académicas feministas, activistas y profesionales de la salud, y 2) un activismo de vigilancia de las compañías farmacéuticas, que ha consistido en entrevistas en los medios, conferencias, presentaciones y la elaboración de una web: <http://fsd-alert.org>

Los artículos de Ray Moynihan generaron gran debate en el *British Medical Journal*.⁸



El Manifiesto se centra en la debilidad de la clasificación actualmente prevalente de la disfunción sexual y del modelo médico. Promueve una perspectiva social-constructivista sensible, y recomienda el abandono de los esfuerzos por definir la función sexual "normal".

Luchar contra la promoción de la enfermedad: tarea ardua pero esencial

Para combatir la promoción de la enfermedad, los y las autoras que están analizando este fenómeno, entre ellas Iona Heath (13), señalan que además de la sensibilización de la población, es necesario que los y las profesionales se cuestionen su capacidad de permanecer al margen de las ofertas de la industria farmacéutica, para formación, investigación... Pero fundamentalmente, que quienes

toman las decisiones en política sanitaria pongan en marcha medidas en contra de la capacidad creciente de la industria de llegar a producir la bancarrota de los sistemas sanitarios de cobertura universal (13, 14).

Bibliografía:

1. Freidson, Eliot. La profesión médica. Ediciones Península. Barcelona 1978.
2. Payer, Lynn. Disease mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. John Wiley & Sons. 1992.
3. Moynihan, Ray, Heath, Iona and Henry, David. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 13 April 2002;324:886-890. www.bmj.com
4. Moynihan, Ray. The making of a disease: female sexual disfunction. *BMJ*. 4 January 2003;326:45-7. www.bmj.com
5. Moynihan, Ray. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies.

1. Entanglement. *BMJ* 2003;326:1189-1192. www.bmj.com
6. Moynihan, Ray. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 2003;326:1193:1196. <http://bmj.com>
7. Moynihan, Ray and Smith, Richard. Editorial. Too much medicine? *BMJ* 2003;324. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7342/859>
8. Moynihan, Ray y Cassels, Alan. Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes. *Terapias Verdes, Contrapunto*, Barcelona 2006.
9. Applbaum, Kaplan. Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer. *PLoS Medicine*; April 2006;Vol 3; Issue 4:445-7. www.plosmedicine.org
10. Moynihan, Ray and Cassels, Alan. A disease for every pill. *The Nation*, October 17, 2005 issue. <http://www.thenation.com/doc/20051017/moynihan>
11. Casino, G. Osteoporosis ¿una epidemia inventada? y La promoción de la enfermedad. *El País*. Separata de Sociedad, pag.31-32, martes 25-04-2006.
12. Tiefer, Leonor. Female sexual disfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Medicine* April 2006; Vol 3; Issue 4:436-440. www.plosmedicine.org
13. Heath, Iona. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Medicine* April 2006; Vol3; Issue 4:448-451. www.plosmedicine.org
14. Moynihan, Ray, Henry, David. The fight against Disease Mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Medicine*. April 2006; Vol 3; Issue 4:425-8. www.plosmedicine.org



Emilce Dio Bleichmar

Médica, Pscoanalista
Profesora de la Universidad
Pontificia Comillas de
Madrid.
Codirectora de ELIPSIS

Cuando se menciona a Marie Curie, su perfil siempre va precedido por los calificativos como “la primera”, “la única”. Su nombre aparece como una excepción junto al exclusivo conjunto de genios masculinos de la física: Einstein, Newton y Galileo. Pero ese perfil es también de larga tradición femenina: la científica estoica, romántica, que llega a cotas de heroísmo. ¿Cómo hizo Marie Curie en los comienzos del siglo pasado para ser la única mujer que ha ganado dos premios Nobel? Y, también, ¿cuáles son los efectos subjetivos e interpersonales de ese lugar de excepción, de ejemplaridad, que parece aún esperarse de las mujeres que aspiran a una carrera en la ciencia y la tecnología?

Examinando con orientación de género la historia de la ciencia, se advierte el ocultamiento, o el mantenimiento sistemático en un segundo plano,

SUBJETIVIDAD DE LA mujer científica

de la aportación de las mujeres a partir de finales del siglo XIX. Un ejemplo es el de la física Lise Meitner, quien participó junto a Otto Hahn en descubrimientos fundamentales para el desarrollo de la energía atómica —la fisión de núcleos de átomos pesados—: Hahn obtuvo el Nobel en 1945, premio que nunca recibió Meitner; y la contribución decisiva de Rosalind Franklin para la determinación de la estructura helicoidal del ADN, datos de los que se apropiaron sin reconocimiento alguno Wilkins, Watson y Crick, quienes recibieron el Nobel a la muerte de Rosalind.

La tradición, la influencia de la larga historia de las academias ha sido una de las razones esgrimidas para explicar las dificultades de las mujeres para ser admitidas en ellas. La Royal Society de Londres, fundada en 1662, no aceptó mujeres entre sus miembros hasta 1945, cuando recibió como miembro a Kathleen Lonsdale por sus investigaciones cristalográficas que condujeron a describir la estructura del diamante. Este tardío reconocimiento no se debió a una falta de mujeres científicas en Inglaterra, cuya presencia se verifica desde el siglo XVII.

Como estimulante contrapartida, la excepcional carrera científica de Marie Curie había culminado con el reconocimiento de la comunidad científica internacional; recibió el Nobel de Física en 1903, junto a Pierre Curie, y el de Química, en solitario, en 1911. Sin embargo, tampoco ella sería admitida en academias científicas.



Rosalind Franklin.



Lise Meitner.

Aún en la actualidad los retos son constantes y es absolutamente necesario que sepamos desenmascarar los mecanismos mediante los cuales se reproducen continuamente situaciones de desigualdad. Autoras como E. Fox Keller (*Reflexiones sobre género y ciencia*, Institució Alfons el Magnànim, Valencia), Harding (*Ciencia y feminismo*, ed. Morata) y Celia Amorós (*Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y posmodernidad*, ed. Cátedra) han examinado la orientación androcentrista de los contenidos científicos. Harding afirma que la búsqueda de una ciencia no sexista debería asumir la imposibilidad de la investigación objetiva, en el sentido de ausencia de valores e intereses sociales en el proceso de investigación, matizando que no es buena ciencia la que está libre de valores, sino la que persiga fines emancipatorios: valores participativos, no racistas, no clasistas y no sexistas.

Estrategias de neutralización

Teresa del Valle ("*Identidad, memoria y juegos de poder*", revista Deva, Nº 2, 1995) identifica en clave de género cuatro mecanismos o estrategias para la neutralización de los aportes de la investigación de las mujeres:

a) **La usurpación.** Supone la apropiación indebida de ciertos saberes o conocimientos para reformularlos de tal manera que no permitan identificar la autoría. El caso más sonado quizá sea el de Rosalind Franklin y el ADN. Watson y Crick descubrieron el helicoide del ADN, pero los datos con que resolvieron el resto de la estructura se basaban en los resultados obtenidos por Franklin (A. Sayre, *Rosalind Franklin y el ADN*, ed. Horas y horas, Madrid, 1997): "Que Rosalind Franklin no esté en la lista de los Nobel no es lo más deplorable de todo.

Lo peor es la enorme cantidad de listas en las que no está".

b) **La devaluación.** Argumenta que tras investigaciones efectuadas por mujeres hay un afán reivindicativo que restaría valor a su contenido científico. Escribe Sayre: "Cuando Rosalind le demostró a Crick que su teoría sobre el eje azúcar-fosfato situado en el exterior de la molécula estaba fuera de toda duda, Watson, en su libro *The Double Helix*, comentó que 'la intransigencia demostrada por Rosalind respecto a sus afirmaciones previas sobre este tema reflejaba ciencia de primer orden y no la exaltación de una feminista mal aconsejada'".

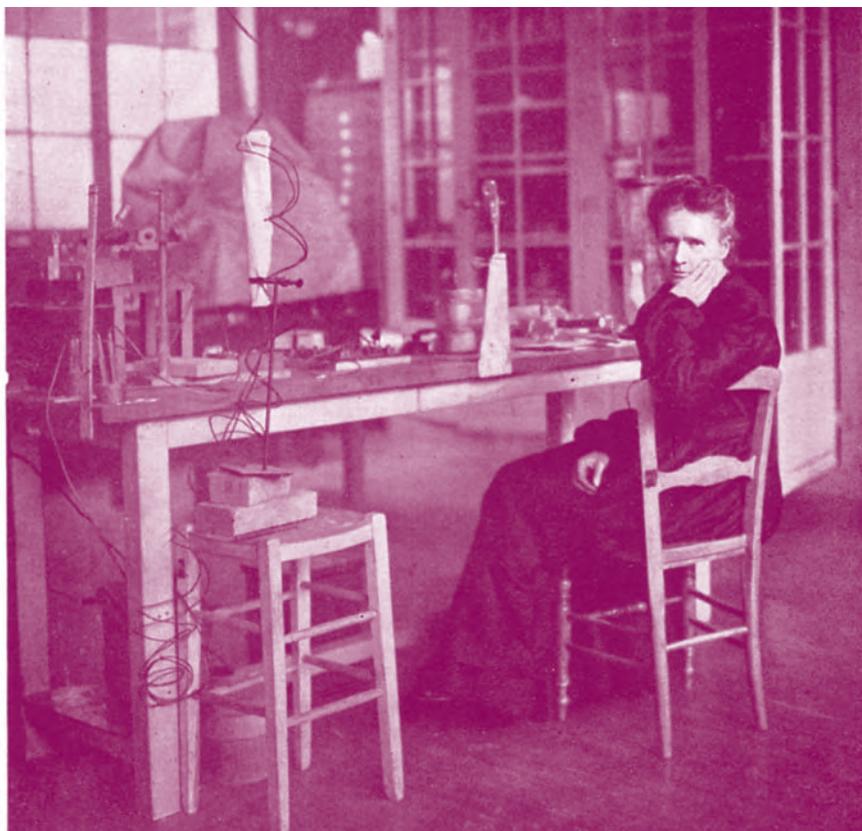
c) **El silenciamiento.** Se pretende desconocer la existencia misma del conocimiento. Esto es lo que ocurre con gran parte de los estudios de género o realizados por mujeres que contradicen o ponen en entredicho lo consagrado por la ciencia oficial. Mi texto *El feminismo espontáneo de la histeria* (ed. Siglo XXI), en el cual se explica ese cuadro como adaptación y estrategia frente al deseo y la sexualidad—dominio en el que la mujer ha tenido muy poca libertad para vivir plenamente, siempre perseguida por la sombra de la prostituta como mito de esa libertad—, no es citado en los medios psiquiátricos y psicoanalíticos. La Unión Europea y distintos gobiernos apoyan crecientemente los estudios de género y, con cierta habilidad de gestión, se obtienen fondos para investigar en temas de salud, educación y promoción de la mujer, pero la investigación feminista no recibe el reconocimiento institucional que merecería por la calidad y envergadura de los estudios producidos.

d) **El lapsus genealógico.** Consiste en anunciar, como si se tratara de investigaciones pioneras, temas que

en realidad forman parte de una tradición ya elaborada por las mujeres. Actualmente, resultados de dos décadas de estudios y denuncias por parte de las mujeres, como la violencia de género, la discriminación de la homosexualidad, el riesgo oncológico de la terapia hormonal sustitutiva, que durante años fueron criticadas por ideológicas y feministas, son enarbolados en campañas por todo tipo de agentes e instituciones, sin mencionar el mérito que les cabe a las propuestas y campañas llevadas a cabo por mujeres.

A quien tenga, se le dará

Dado el hecho de que el lugar que ocupan las mujeres en ciencia y tecnología no se corresponde con sus méritos, sino que continúa la discriminación por sexo, ¿cómo reaccionan aquellas que parecen inasequibles al desaliento? Deben seguir un recorrido plagado de microdesigualdades, que se van acumulando y generan un ambiente hostil, que disuade a las mujeres para ingresar, permanecer o promocionarse en las ciencias. Las prácticas informales consiguen efectos demoleedores y las relaciones sociales entre colegas, fuera del laboratorio o lugar de trabajo, son identificadas como las más influyentes para sus carreras académicas. Una mujer me relataba que el factor de mayor importancia para ser elegida como presidenta de encuentros de primera magnitud resultó ser que desde niña le gustaba la montaña, las escaladas de los 3000 y hasta 4000 metros se le daban muy bien. Esto le proporcionó un sitio entre los colegas de mayor prestigio y así logró traspasar el "techo de cristal". Una vez alcanzada una posición de primera línea, tuvo miedo de perderla si se unía al grupo de mujeres que se hallaban claramente discriminadas; se dijo que iban a confundirla con compañeras que



Madame Curie en su laboratorio.

los hombres del laboratorio no valoraban, cuando en verdad esa desvalorización se sustentaba en la competencia y la rivalidad. Este es un ejemplo de la falta de solidaridad entre mujeres, que, como miembros de un colectivo de menor poder, necesitan heroínas que no teman el exilio o el desprecio de la clase dominante.

Las mujeres disponen de menos recursos presupuestarios, les es más difícil obtener servicios del personal de apoyo, se las sitúa en despachos mal ubicados, carecen de acceso a las redes de iniciados para obtener información y no disponen de un grupo de mentores para solicitar asesoramiento y apoyo. Y las que llegan al final del viacrucis, ante la presión del medio a favor del conformismo, niegan la existencia de barreras discriminatorias. El conflicto queda así disfrazado como

si fuera una cuestión entre mujeres, una pelea doméstica a la que no se debe prestar atención.

La situación opuesta se da cuando se prioriza la amistad. Una mujer miembro de un colectivo llegó a finalista en un concurso: cuando se les preguntó a las demás integrantes del grupo cómo se sentían ante el hecho, aparecieron propuestas de que se dividiera el premio entre las finalistas, o "dar el premio a todo el equipo", "olvidarse del premio, ya que al fin y al cabo es sólo una pieza de metal". Todas las opciones apuntaban a sacrificar el premio y mantener la amistad que se hallaba amenazada, así como los valores y sentimientos de la feminidad tradicional. El malestar de las mujeres emancipadas podría llevar al error de que el punto débil es la confrontación

con el poder, frente al cual las mujeres no despuntan, o que quizá las mujeres no están de acuerdo con el poder, o que somos mucho más democráticas, argumentos que se deslizan hacia la autoidealización. El malestar radica en no conocer bien las propias razones o en no poder defenderlas en voz alta.

Estos obstáculos de carácter informal han sido uno de los aspectos considerados en un estudio de 1995 conocido como *Access Studies* (Sonnert, G. (1995). *Who succeeds in Science? The Gender Dimension*, Rutgers University Press). Se basó en entrevistas personales a 699 científicos —191 mujeres y 508 hombres— que habían recibido subvenciones de la National Science Foundation de Estados Unidos. El estudio mostró que la discriminación de género no había sido erradicada y, otra vez, que las relaciones sociales entre colegas fuera del laboratorio eran señaladas por las mujeres como muy influyentes en su carrera académica. El estudio advierte que, para superar dificultades profesionales, a las mujeres les son más necesarios los apoyos familiares y sociales, respecto de los cuales los hombres son más independientes. El estudio saca a la luz, en forma implícita, la aceptación del reparto de roles entre los géneros: las tareas domésticas y el cuidado de la familia corresponden a las mujeres, aunque éstas tengan vida profesional fuera del hogar.

El mismo trabajo muestra cómo la percepción de la discriminación, por parte de las mujeres, conduce a diferencias de comportamiento entre los sexos. Estas diferencias se manifiestan en estilos de trabajo: las científicas tienen más cuidado en la elaboración de las conclusiones y resultados de sus trabajos; dan mayor importancia a relaciones cordiales en el grupo; tienen más tendencia a rodearse de mujeres en sus equipos. Por lo tanto, este estudio difunde diferencias

de comportamientos como si fueran por naturalezas diferentes. El estudio está especialmente dirigido a aquellas personas que desean acceder a la carrera científica, especialmente mujeres, con el fin de que conozcan las barreras y dificultades que podrán encontrar y la forma en que las científicas en actividad, y también las que han abandonado, se comportaron ante tales barreras.

Aprender a perder

Parafraseando el título del libro de Spencer y Sarah *Aprender a perder, Sexismo y educación*, podemos postular que la educación en la situación de las mujeres dentro del sistema científico ha cumplido la función de enseñarles a perder. De modo que terminan resignándose: las que permanecen y no abandonan tienden a dedicarse a la enseñanza o a actividades fuera del ámbito de la investigación; la comunidad científica interpreta esto como falta de ambición, interés o condicionamiento natural. La falta de reconocimiento resulta autocatalítica, como lo ha explicado R. Merton (" *The Matthew effect in science. The reward and communication systems of science are considered*", revista Science, 159, pp. 56-63), en lo que llama "el efecto Mateo", basado en las palabras del evangelista: "Al que tenga se le dará y tendrá abundancia y al que no tenga se le quitará lo poco que tenga".

En los efectos subjetivos de la falta de reconocimiento, cala hondo el estereotipo de la femineidad dedicada a la vida privada y a actividades de cuidado y formación. La discriminación sexista no tiene como consecuencia un menor éxito escolar o académico (el número de graduaciones universitarias va en aumento), sino una devaluación y limitación de las oportunidades y salidas profesionales. Si la inseguridad, la inestabilidad en la autoestima, la tendencia a un autoconcepto devaluado y una expectativa siempre por debajo de sus méritos caracterizan como estereotipo a la femineidad, esto también se aplica a las mujeres

científicas y tecnólogas, a pesar de su alto rendimiento cognitivo y su capacidad de tenacidad y esfuerzo. Pero cambia radicalmente cuando las condiciones varían hacia el reconocimiento, en la posibilidad de encontrar apoyo y contar con una red de relaciones.

Marie e Irene

El *Access Study* señala que las mujeres casadas publican más que las solteras, y, entre las casadas, las madres más que las que no tienen hijos. Pero, aplicando el microscopio de observación de género, se constata que cuatro de cada cinco de esas mujeres casadas lo estaban con científicos, y publicaban un 40 por ciento más que las cónyuges de otros profesionales. La maternidad les exigió una dedicación tal que les llevó a abandonar cualquier actividad distinta del trabajo y del cuidado de los hijos; el tiempo empleado en ello le fue arrebatado al ocio. Las obligaciones familiares que la maternidad genera en las mujeres las apartan de las reuniones informales convocadas a última hora, de los contactos fuera del laboratorio, reuniones que conducen a la creación de redes personales con influencia profesional, es decir: no llegan a ser parte del club (Cole, Jonathan y Zuckerman, Harriet, *Marriage, Motherhood and Research Performance in Science*, en *The Outer Circle. Women in the Scientific Community*, ed. Norton & Company, 1991).

Lo que se denomina "conciliación entre el trabajo y la familia" no es fácilmente factible. Muchas mujeres terminan pidiendo una licencia o simplemente abandonan sus proyectos sustantivos para poder dedicarse a la crianza, tras darse cuenta de que tratar de ser investigadoras full-time y madres devotas y disponibles las conduce a un doble fracaso. Esta sensación de fracaso causa desesperación, angustia y sobre todo un profundo sentimiento de culpabilidad y una profunda falta de esperanzas, ya que la mujer cree que es su propia falta. Pero el problema no

depende sólo de una solución individual o de la participación de las parejas en el cuidado de los niños, sino que la sociedad necesita construir un contexto adecuado para encontrar nuevas y diversas alternativas que apoyen a las mujeres, a los hombres y a las familias.

¿Cómo hizo Marie Curie para conciliar sus investigaciones con la maternidad de Eva e Irene—Marie e Irene: ambas Premios Nobel— sin ayuda doméstica? La biografía de Marie Curie parece una novela. Polaca, pobre, llegó a París y trabajó para pagarle la carrera a su hermana y luego la suya propia. Era miembro de una familia unida que la apoyaba y creía en ella. Deslumbró por su inteligencia a Pierre—investigador reconocido en la academia— y junto a él desarrolló su carrera de investigadora y su vida privada. Si bien los miembros de la academia la miraban con recelo, el ser la esposa de un afamado francés, que le brindaba todo su apoyo y admiración, debe haber tenido mucho que ver. Profundizando en los marcos personales y su influencia en las carreras de las mujeres científicas célebres, se advierte el papel primordial que pudieron haber desempeñado sus parejas. Hombres ilustrados que compartieron con sus mujeres valores más igualitarios que sus contemporáneos, con su apoyo hicieron posible que ellas llevaran a cabo sus proyectos profesionales, como es habitual y generalizado el apoyo con el que las esposas de científicos hacen posible las carreras de ellos. Las parejas de científicos constituyen una muestra especial, dentro de la cual las mujeres han encontrado ventajas e inconvenientes; entre estos últimos, el riesgo evidente de no ser reconocidas independientemente de su pareja, cosa que sí logran los científicos hombres en el caso de que compartan trabajos con sus cónyuges.

* *Extractado de la conferencia "¿Todas Madame Curie? Subjetividad e identidad de las científicas y tecnólogas". La versión completa puede leerse en la revista electrónica Aperturas Psicoanalíticas.*

ENTRE EL CUERPO Y EL ALMA en busca del deseo de escribir



Silvia Adela Kohan

Escritora

Conductora de talleres de escritura

silviaadelakohan@grafein.jazztel.es

INTRODUCCIÓN

Esas cosas que una quisiera decir y no dice... Lo que no se acaba de entender... Lo que se sabe y lo que no se sabe... Los pensamientos que interrumpen y molestan... Lo que se desea, lo que se le desea a los demás...

Escribiéndolo, se reacomodan los pensamientos. Hacerlo sobre una misma o a partir de una misma exige coraje, pero proporciona un gran bienestar. Puede dar lugar a un proyecto narrativo, da sentido a la vida. Escribir sin limitaciones y sin frenos, resuelve problemas emocionales, mejora el estado de ánimo, permite saber lo que una no sabe de sí misma y encontrar la propia voz.

Ocho razones de salud para escribir:

I. Escribir pone en marcha la alegría. En el momento en que me dispongo a escribir todo bulle en mi interior, es un saludable acto de vida.

Dice Doris Lessing: "La función de la literatura es comentar la vida para gente que también está interesada en analizar la suya a través de la literatura". Una frase, un poema, un fragmento de novela, funcionan como la revelación de algo que permanecía oculto para el autor del texto y que aflora en su lectura. Tan sólo, con

las cartas autobiográficas a los amigos es posible sentirse mejor. En todos los casos, las palabras escogidas son delatorias.

II. Un método: recurrir a la retrospectión. Nos recontamos el pasado, y ese ejercicio nos cura al descubrir con satisfacción qué hemos sido y qué somos. Muchas mujeres coexisten en nosotras y todas pueden alimentar a la escritora, desde las otras que soy, desde las preguntas, desde la experiencia, los recuerdos, desde el cuerpo, desde los sentimientos, desde el alma.

Por momentos se sufre, nos parece que el relato se diluye y abandonamos, o nos aplasta la autocrítica, es cuando conviene tomarse un descanso y seguir, o consignar las dificultades, y poco a poco, una se va dando permiso (porque a menudo se trata de eso) y se conecta con su propia voz. Lograrlo en la escritura es lograrlo en la vida. Darse la autorización de hacerlo es otorgarse valor.

III. O un diario íntimo (¿otro método?), un diario de ideas, un cuaderno de notas cotidiano. Un diario (día tras día) lleva al autoconocimiento. ¿Estoy angustiada? ¿Rabiosa? ¿Eufórica? ¿Desilusionada? Lo cuento. No omito nada. No huyo de los minuciosos detalles. Tal vez, con el tiempo, podré transformarlo en material para una novela. Mientras tanto, si se

deja a un lado el pudor, hace de cómodo confesor, de retrato complaciente o amenazante, de alter ego.

Escribir para luchar contra la cobardía, ¡vaya si es un ejercicio saludable!

Soy mi propia interlocutora. Me atrevo a escucharme y lo escribo. Desato nudos. Deshago grumos. Qué alivio y qué placer. Me impulsa el deseo irrefrenable de resignificar el mundo. Escribir es pasarlo bien con una misma.

IV. Admitamos que la escritura no es un recurso, es un fin en sí mismo. Pero salva aún sin proponérselo. Para Dostoievski, fue el mejor tratamiento curativo, al acabar Los hermanos Karamazov, que narra las relaciones familiares y el parricidio, se curó su epilepsia originada con la muerte de su padre.

Es mayor su potencial de salvación si escribimos lo que nos bulle en las vísceras.

En cuanto a Marguerite Duras, 1956 es para ella un año de trastornos emocionales: su amante la abandona, su marido trae a otra mujer al departamento que comparten, cría a un hijo al que no comprende y lleva meses sin publicar. Pero escribe todo el tiempo. Recurre al psicoanálisis. El analista lee los libros de



la paciente y le dice que no hace falta que vuelva, que la solución para ella es escribir.

Muchas escritoras, como Doris Lessing, lo son a causa de la frustración. Echan los miedos fuera a través de la escritura.

Susan Sontag habla de la necesidad de soledad para buscar «la propia voz» y retoma a Kafka que decía: “Para escribir nunca se está suficientemente solo. Pienso en escribir como en estar en un globo, en una nave espacial, en un submarino, en un armario. Es ir a algún sitio donde no hay nadie a concentrarse, a oír la propia voz de uno”. Lo corrobora Paul Auster, que agrega: “Creo que lo asombroso es que cuando uno está más solo, cuando penetra verdaderamente en un estado de soledad, es cuando deja de estar solo, cuando comienza a sentir su vínculo con los demás”.

La escritura como cura, como terapia del lenguaje; la precisión léxicas como realización máxima de salud.

V. Escribir para ocupar un lugar en el mundo. Si se duda de la vida o en la vida, allí está la escritura, el acogedor espacio de la página.

Yo empecé sin darme cuenta, escribo desde pequeña. La pasión surgió y se afirmó como rebelión frente a un mundo que no comprendía del todo. En la infancia me sentía bastante sola. Con unos padres que daban demasiada importancia a la realidad,

yo escapaba al centro de las palabras (uf, qué alivio), me refugiaba debajo de la mesa o tras los cortinados y me inventaba personajes (aprendí a poner en boca de un personaje lo que no me atrevía a expresar). Con el tiempo, me interné en una y otra novela poblada de mujeres entre las que estaba yo –agazapada en las manías de una, los gestos de otra, los miedos, la curiosidad o la incertidumbre de alguna–. Ellas tenían una historia; deseaba que me la contaran para saber más de mí.

VI. Escribir como tabla de salvación. Para no mentirse.

Escribo para reordenar las palabras de mi madre, las que le escuché y las que me hubiera gustado escucharle decir. Soy las mujeres que me precedieron. Dicen que mi abuela se suicidó. Acaso, lo hizo para que yo ocupara su lugar y respirara por ella. Presiento que suspiramos a dúo. Para esta clase de presentimientos habría también una novela. Mi otra abuela era mala, me enorgullece haber tenido como predecesora a una mujer mala, ¿qué papel jugaría en la novela?

¿Cuántas imágenes se agolpan en nuestra mente ante esta frase: “La primera cosa que recuerdo de mi infancia es...”? Completarla, seguir, encender así el fuego de la escritura. Para escribir no hay recetas, sólo dejarse fluir sin cortapisas. Otro método: Pasar de la evocación a la observación de algo que pasa ante nosotros en ese momento, ante la vista o por el pensamiento y tirar de ese hilo.

VII. Marguerite Duras no se ponía a escribir si no había hecho antes la cama. A mí me pasa. ¿En eso reside la noción de orden? Mi abuela mala decía que uno duerme tal como se hace la cama. Yo agregó: una escribe tal como se hace la cama. No es igual escribir desnuda que escribir vestida, de negro, de raso, de blanco,

de lino, de rojo, de lana. Así como elijo las prendas con las que me visto, así escribo. Desenfado y suntuosidad.

VIII. Una lista de palabras, un mail, una novela rosa o negra, este artículo para la revista MYS, una notita en la nevera, una carta al padre o a la madre, a los hijos, a un interlocutor imaginario... ¡bienvenidos sean los interlocutores! (no decimos lo mismo aunque hablemos de lo mismo a una que a otro interlocutor). Sea cual sea, la escritura abre las compuertas de las zonas propias a las que de otro modo no se llegaría y pone en movimiento nuestras zonas dormidas.

Tal vez, el trabajo consiste en atrapar la frase que se nos ocurre, en vez de permitir que se desvanezca como tantas otras frases que pasan por nuestra conciencia. Tomar nota, estar receptiva en lugar de permanecer inerte.

Lobo Antúnes dedica un libro a sus padres, que no lo leían ni lo entendían. ¿Qué habrá querido averiguar? ¿Qué herida habrá querido curar?

Hitos que configuran un mapa de nuestra historia personal quedarían en la sombra para siempre si no hiciéramos el esfuerzo por sacarlos a la luz. Un repaso a las capas de nuestra biografía, cubierta de primos, paseos, rechazos, malentendidos, permite transitar por zonas a veces dolorosas, enfrentarlas, buscarles una función, admitirlas y encontrar la propia voz. Es un camino hacia la reconstrucción de lo que tiene aluminosis.

Los poderes liberadores, analgésicos y reconstituyentes de la escritura hacen su efecto si se les dedica algún tiempo más o menos constante y cierto esfuerzo de sinceridad. Es cuestión de desprender las capas de la cebolla, explorando entre ellas hasta el final, resistiendo aunque nos lloren los ojos.

EL encuentro entre semejantes:



UN CAMINO PARA APRENDER DE LAS DIFERENCIAS

María Jesús Soriano Soriano

Psicóloga clínica

Psicoterapeuta individual y grupal

majeso@dtinf.net

INTRODUCCIÓN

Trabajo como psicóloga clínica y colaboro con diversas instituciones y asociaciones dedicadas a la investigación, ayuda y recuperación de mujeres que sufren o han sufrido violencia psicológica, física y/o sexual en sus relaciones de pareja. En una de estas asociaciones, se produce una vez por semana, desde el año 1999, un encuentro entre semejantes; todo lo que he podido escuchar y entender de esta experiencia grupal me ha ido suscitando y sugiriendo una serie de reflexiones que me gustaría compartir.

La violencia hacia las mujeres es una realidad que duele y preocupa a todas las mujeres y a buen número de hombres; de ahí la importancia de las aportaciones y propuestas que surjan en busca de una mejor forma de acercarnos a la raíz de este grave problema. Ese es también el objetivo de la experiencia

grupal con mujeres que han sufrido o sufren violencia, objetivo que incluye el que esas mujeres puedan llegar a entender por qué una relación de pareja que parecía idílica terminó siendo tan destructiva, por qué una subida al cielo -en sus propias palabras- acabó siendo una caída al infierno. Se trata de enfrentarse juntas a la disociación en la que han estado instaladas: es la toma de conciencia, que no consiste tan sólo en la sustitución de la inocencia y la ignorancia por el conocimiento, sino en enfrentarse a lo que literalmente no sabían que sabían. La disociación, según Carol Gilligan, es la determinación a toda costa de no reconocer lo que en cierto sentido uno ya sabe.

Esas mujeres no han perdido la voz. Esas mujeres han perdido el deseo, el valor, la voluntad y la capacidad para usar su voz y contar su historia. Este es el objetivo de ese encuentro:

conseguir que ellas hablen de ellas a partir de ellas mismas. Y lo hacen junto a otras mujeres que no son iguales, sino diversas y dispares.

Cómo funciona el grupo

Las mujeres que están sufriendo violencia llegan al servicio de atención a través de los diferentes circuitos de la red social y son atendidas por las consultoras del servicio de atención, que escuchan sus demandas y necesidades. La prioridad en ese primer momento es determinar el peligro real en que cada mujer se encuentra y las soluciones más adecuadas para cada caso. Todas las mujeres tienen una historia propia y cada una requiere su tiempo y su proceso; y es durante ese proceso personal cuando se les plantea la posibilidad de conocer, profundizar y entender lo que les ha pasado, explicándoles las características del trabajo grupal. Si la mujer está interesada,

Continuando con las reflexiones de Milagros Rivera: "Pienso que la genialidad de Luce Irigaray consistió en quitarle el espejo a Perseo y ponerlo de nuevo en la mano de una mujer, de cada mujer, del entre-mujeres. Captando, poniendo en palabras, lo que estaba ocurriendo ya de hecho en el feminismo con la práctica de la autoexploración vaginal en grupo, mediante ese espejo cóncavo que es el espéculo. Es el gesto simbólico radical de verse ella; de dejar la mediación del héroe y abrir el horizonte a la relación de semejanza en su forma femenina".

Fases del desarrollo del trabajo grupal

A) La pretarea es la entrada en el grupo y es donde se activan las estrategias defensivas, lo que se conoce como resistencia al cambio; ésta se manifiesta a través de la movilización de las ansiedades de pérdidas. En este periodo las mujeres hablan de sus maridos como de alguien que actúa con violencia porque está enfermo, ya sea física o psicológicamente, y justifican sus actos de violencia con afirmaciones relativas a "cómo son los hombres" y con tópicos como "Todos los hombres son iguales". Niegan el proceso de violencia sufrida, minimizando o no guardando registro del creciente abuso al que han estado sometidas; niegan las humillaciones y desvalorizaciones, olvidando los sucesos aislados aunque hayan sido absolutamente denigrantes. Es en este punto cuando algunas son incapaces siquiera de imaginar la posibilidad de verse a sí mismas de forma distinta a la actual. Es también en esta fase cuando más se producen mecanismos de idealización -"todas somos iguales", "somos las mejores", "nos vamos a querer mucho", "los malos son ellos"-, iniciándose en algún momento el debate sobre cual de sus maridos es más malo.

Me gustaría hablaros de Caridad, una mujer que entró en el grupo sin poder articular dos frases seguidas, que lloraba angustiada por lo que explicaban las otras mujeres pero que poco a poco fue recuperando la capacidad para poner palabras a su propia historia. Describía a su marido como un hombre de gran carácter y mayor genio, con cambios de humor imprevistos y que se descontrolaba sin ella saber muy bien los motivos; cuando esto ocurría, él se dedicaba a romper muebles y puertas o a golpear físicamente a su mujer, llegando incluso a amenazarla poniendo una pistola en su sien. Cuando Caridad explicaba estos hechos, decía sentir mucha vergüenza y se sentía culpable por aguantar lo que aguantó, llegando a pensar que todo se debía a su naturaleza débil.

Otra mujer, Salvadora, explica su historia de violencia desde un discurso racional e intelectual, como si en realidad lo que nos cuenta no fuera algo que le hubiera pasado a ella. Se casó embarazada con un joven que, al igual que otros novios anteriores, tenía muchos conflictos familiares, traumas infantiles y problemas con las drogas y el alcohol; ya en la noche de bodas intentó estrangularla y la golpeó en el vientre, embarazada ella de cuatro meses. Salvadora describía horribles escenas con una frialdad que dejaba al resto de las mujeres del grupo aterrorizadas. En una sesión, de forma imprevista y rápida, nos describió cómo su abuelo abusó sexualmente de ella cuando apenas era una niña de cuatro años; se lo intentó contar a su madre, tal vez de la misma forma rápida que había empleado con nosotras, pero ella no pudo escucharla.

Me gustaría también hablaros de Consuelo, una mujer que se incorporó al grupo cuando estaba tramitando la

separación de su marido. Es una mujer fuerte, inteligente, afectuosa y muy cálida que ha contenido y frenado a su marido durante treinta años, hasta que no pudo más. Sus hijos le habían aconsejado en numerosas ocasiones que se separara de él, pues también ellos habían padecido situaciones denigrantes, humillaciones y amenazas de muerte por parte de su padre. Consuelo nos explicaba escenas en las que su marido perseguía a sus hijos y a ella misma con un cuchillo que después guardaba debajo de la cama. Otras veces, él la amenazaba con matarla, y matarse luego él, si ella se separaba. Una noche, la amenazó por enésima vez con el cuchillo y Consuelo salió corriendo hacia la comisaría; ya no volvió. Ella se preguntaba con mucho dolor por qué se sacrificó tantos años y se responde que es porque sentía pena por su marido, porque no le quería hacer daño, no le quería perjudicar, ya que él no tenía a nadie ni a donde ir a vivir. Decía: "Él me quería con locura; nadie nunca me había querido de esa manera, pero poco a poco vi cosas de él que ya no me gustaban y cuando intentaba dejarlo, me decía que no podía vivir sin mí, que se tiraría al tren, que se cortarían las venas. Al quererme tanto, había pensado que yo le cuidaría y que él poco a poco cambiaría en sus defectos."

¿Qué pasó en el inicio de esas relaciones? Estas mujeres explican, a través de sus relatos, cómo se fusionaron en su relación de pareja estableciendo un vínculo simbiótico en donde ellas captaron las carencias de sus maridos y en donde, a su vez, estos captaban las suyas, generándose en ambos la fantasía de la complementariedad y transformándose la pareja en una unidad, la media naranja del discurso ideológico. Explican cómo dieron todo por ellos, relegándose a un segundo término. Expresan cómo se sacrificaron,

sintiéndose compensadas por lo útiles que se sentían, y cómo adoptaron la posición de salvadoras sin darse cuenta de que ellas se estaban haciendo cargo y conteniendo los aspectos más vulnerables, indefinidos, inciertos y ambiguos de sus maridos, esperando por su parte la reciprocidad. Pero sus maridos hicieron mal uso de todo lo aportado por ellas y, abusando de su poder, impusieron en el seno de la pareja una moral propia, anulando su capacidad de pensar y sus sentimientos de identidad y de pertenencia, exigiéndoles renegar de las propias convicciones e incluso de su propia existencia.

Es de suma importancia tener muy en cuenta este vínculo simbiótico, ya que cuando se plantea la posibilidad de la separación y de la ruptura los dos miembros de la pareja reaccionan de forma diferente: en la mujer, la amenaza de pérdida provoca ansiedad y la pérdida efectiva, pena, mientras que ambas situaciones pueden derivar en el hombre en ira y violencia. Es la incapacidad emocional para enfrentar la rotura del vínculo, para simbolizar la pérdida, la que provoca que los hombres actúen desde su dolor, maltratando e incluso asesinando, para luego entregarse o intentar matarse ellos.

B) En la fase intermedia del proceso, la fase de la tarea grupal, las mujeres del grupo van elaborando las ansiedades y los sentimientos de pérdida; mediante el diálogo con sus semejantes, abordan y conectan con el propio conocimiento emocional, accesible gracias a la ruptura de unas pautas disociativas y estereotipadas que han sido en realidad los factores de estancamiento en el aprendizaje de la realidad y de deterioro de su red de comunicación.

En la experiencia de Clara Coria:

“Uno de los fenómenos más sorprendentes es el surgimiento y/o incremento de funciones yoicas que estaban francamente restringidas. Se acentúa, por ejemplo, la capacidad de observación, el desarrollo del juicio crítico, la adopción de una actitud reflexiva en lugar de la muy habitual ‘aceptación ingenua’, la discriminación de los afectos y su mediatización, la recuperación de la palabra al servicio de otros fines que no sean la queja tan frecuente en el discurso de las mujeres”

En ese momento las mujeres pueden hablar de ellas: de su infancia y de sus relaciones familiares; de su adolescencia y de su sexualidad; de sus inquietudes y de sus miedos; de sus ilusiones, de sus deseos y de sus decepciones; de sus necesidades, de cómo se han sentido y de las expectativas que tienen. El proceso grupal ayuda a las mujeres en otro aprendizaje de la realidad, a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Es entonces cuando pueden ubicarse frente a sus dificultades y aprender a estructurar las líneas de actuación que deben poner en marcha para solucionar sus problemas. Y plantearse un posible cambio, una relación de pareja en la que nadie salve a nadie, basada en un nuevo tipo de vínculo por el que cada uno se haga cargo de sí mismo y de sus propias carencias para así poder aprender juntos, la mujer del hombre y el hombre de la mujer.

C) A través del proceso grupal y de la capacidad de comunicación, aprendizaje y sucesivos esclarecimientos disminuyen los miedos básicos y se posibilita la integración del yo, produciéndose la entrada en el conocimiento emocional y la emergencia de un proyecto propio -tarea final del grupo- mediante la aparición de mecanismos de creación y trascendencia. En síntesis, el logro

de poder conectar emocionalmente con una misma, situación ineludible en el proceso de cambio, incluye una integración que coincide con la disminución del sentimiento de culpa y de la inhibición.

El trabajo en grupo con mujeres que han sufrido violencia me posibilita mostrar a esas mismas mujeres cómo sus síntomas psicológicos tienen significaciones sociales y culturales. Me ayuda a mostrarles que lo personal y lo social están interconectados y que juntas podemos, si buscamos y damos forma a nuestros anhelos personales de reconocimiento, poner nuestro esfuerzo al servicio de las esperanzas de transformación social.

Bibliografía

- Rivera Garretas, M.M. (2001) “Mujeres en relación. Feminismo 1970-2000” Capítulo IV. “Las relaciones de semejanza” Pág.43 y Pág. 51 Edit. Icaria.
- Coria, Clara (1987) “El sexo oculto del dinero. Formas de dependencia femenina”. Cap. VIII. Los grupos de reflexión de mujeres – pag. 180 Edic. Argot
- Gilligan, Carol. (2002) “El nacimiento del placer. Una nueva geografía del placer”. Edit. Paidós.
- Pichon-Rivière, Enrique. (1985) “El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social”. Edit. Ediciones Nueva Visión.
- Guimón, José (2002) “Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas”. Edit. Biblioteca Nueva.

UN METAANÁLISIS DESCUBRE QUE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES AUMENTAN EL RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA EN ALGUNAS MUJERES

La Clínica Mayo publicó en octubre de 2006, en su revista *Mayo Clinic Proceedings*, los resultados de un metaanálisis¹ elaborado a partir de diversos estudios caso-control dirigidos a estudiar la relación entre anticonceptivos orales y cáncer de mama premenopáusico. Después de encontrar 34 estudios que reunieran los criterios de inclusión adecuados², los resultados demuestran que el uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de cáncer de mama. Pero al estudiar a usuarias que no han tenido hijos y que sí los han tenido, los resultados demostraron que la asociación era más fuerte entre las mujeres que usaron los anticonceptivos orales cuatro años o más, antes de tener el primer hijo, con un riesgo aumentado de un 52%.

Desde 1973 a 1999 el cáncer de mama en mujeres blancas menores de 50 años aumentó un 9,8%, y un 26,4% en mujeres afroamericanas. La OMS ha clasificado la terapia hormonal sustitutiva y los anticonceptivos orales como carcinógenos del grupo I³. Las mujeres que estén expuestas a carcinógenos antes del primer embarazo a término, pueden tener un riesgo más alto de desarrollar cáncer de mama porque el tejido glandular de la mama todavía no ha conseguido la plena diferenciación asociada al embarazo, que inhibe la iniciación cancerígena.

La dosis hormonal de los diferentes tipos de anticonceptivos no siempre es conocida, pero ya se sabe por otros estudios que los anticonceptivos orales de baja dosis de estrógenos incrementan el riesgo de cáncer de mama, porque se unen a los progestágenos de tipo gonanos (desogestrel, norgestrel, levonorgestrel, etc.) que son mucho más potentes que los predecesores, y que han sido usados desde el final de los años 70. Los



progestágenos de síntesis aumentan el riesgo de cáncer de mama.

“A pesar de que los hallazgos se acumulen, muchas mujeres desconocen los riesgos de tomar anticonceptivos orales antes de un embarazo”, comenta el autor principal del estudio, doctor Chris Kahlenborn del Altoona Hospital en Altoona, Pennsylvania. E indica que esta discrepancia entre el conocimiento de las pacientes y el riesgo que corren incitó el metaanálisis.

En el estudio se incluyó a mujeres premenopáusicas o menores de 50 años, a quienes en su mayoría se diagnosticó cáncer de mama durante o después de 1980.

“Conforme estudiaba la literatura médica, observé que aparecía una tendencia”, anota el doctor Kahlenborn. “En especial, el uso de anticonceptivos orales antes del primer embarazo a término parecía aumentar en forma constante el riesgo de cáncer de mama entre las mujeres premenopáusicas. Aunque la tendencia era obvia, estas mujeres continuaban escuchando que tomar anticonceptivos orales constituía una práctica básicamente segura... Las pacientes deberían saber que el uso prolongado de anticonceptivos orales antes de un embarazo aumenta el riesgo de la mujer premenopáusica de desarrollar cáncer de mama”, señala el Dr. Kahlenborn. Añade que los médicos

deberían informar mejor a sus pacientes sobre los riesgos relacionados con el uso de los anticonceptivos orales:

“un innegable asunto de autorización informada”.

“Los autores del metaanálisis consideran que las mujeres merecen conocer la información completa”.

“Uso de Anticonceptivos Orales como Factor de Riesgo para Cáncer de Mama Premenopáusico”

Chris Kahlenborn, Modugno F, Potter DM, Severs WB.

Mayo Clin Proc. Oct 2006; 81(10): 1290-1302.

1 METAANÁLISIS: estudio basado en la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios clínicos, sobre un problema de salud determinado.

2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Lista de criterios de calidad, en cuanto al diseño, que deben reunir los estudios seleccionados.

3 Sustancias de las que se sabe positivamente son cancerígenas para el ser humano.

Nos parece especialmente relevante difundir los resultados de este metaanálisis en este momento en que nos inundan de propaganda de un método anticonceptivo hormonal de uso permanente (Lybrel).

¡Lee la contraportada!



JÚLIA COROMINAS VIGNEAUX médica y psicoanalista (1911-)

Nació en Barcelona, en 1911. Hija de Pere Corominas, abogado, poeta y político republicano, y de Celestina Vigneaux (1878-1964) maestra (escuela Montessori), introductora de las cantinas escolares.

Estudió medicina en Barcelona y en 1948 marchó a Londres con una beca donde se formó en el psicoanálisis. Es psicoanalista didáctica del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona, fundadora y consultora psiquiátrica del Centro Piloto de Parálisis Cerebral de Barcelona y ha sido directora de la Revista Catalana de Psicoanálisis.

¿Porqué estudió la carrera de medicina?

Más bien fue cosa de mi padre... Mi madre quería que fuese maestra pero mi padre tenía la idea de que tenía que ser médica para atender a las mujeres... Para mi la idea no era muy atractiva, porque para mi ser médico era lo que hacia el médico que venia a casa a visitarnos muy a menudo porque éramos muchos.. Y consistía en mirarnos, tomarnos el pulso, recomendarnos reposo y charlar mucho con mis padres.. Mi madre ya tenia las medicinas básicas en una armario para las cosas corrientes que nos pasaban... o sea que para mi ser médica era tomar el pulso y charlar... No me convencía, pero estudié medicina.

Cuando empezó la carrera, ¿cuántas mujeres había matriculadas?

Éramos trece mujeres de un total de 500.. Los bedeles decían "Que pasen las mujeres"... y entrábamos juntas... a mi esto me daba mucha rabia...pero nos trataban bien y al final de la carrera ya no pasaba. Era más deferencia que discriminación. Creo que acabamos una diez u once y cada una se dedicó a cosas diferentes. Incluso había una cuya madre ya había sido médica...

...

¿Cuándo se interesó por el psicoanálisis y la psicología?

Empezó en Sant Pol de Mar, donde veraneaba, leyendo un libro de Merrill donde había tests para evaluar las

capacidades. A mi esto me encantaba, era lo que más me gustaba...y me dedicaba a hacer prácticas con los hijos de mis amigos, los observaba y les calculaba la edad mental...y decidí que me quería dedicar a esto... pero entonces vinieron los exilios...

Háblenos del exilio

Primero fuimos a Francia y allí cogimos el primer barco que fue a la Argentina. Mi padre que estaba muy enfermo consiguió subir y conseguí del capitán que nos instaláramos en la enfermería del barco para poder cuidarlo. A cambio hice un poco de médica, bueno, sólo vacunar a la gente y asistir a un parto. Nació una niña que a la que le pusieron de nombre Maria del Mar.

Mi padre murió a poco de llegar a Argentina y regresé con mi madre en 1945.

Con un grupo de amigos, en especial con Pere Bofill y Pere Folch, teníamos un grupo y discutíamos sobre estos temas. Después fundaron un grupo que se llamaba Erasmo en el que discutíamos y reflexionábamos sobre textos psicoanalíticos pero nos dimos cuenta que necesitamos psicoanalizarnos nosotros primero y así lo hicimos de diversas maneras. Yo conseguí una beca en 1948 y fui a Londres donde hice mi formación más importante en psicoanálisis. Iba y venía mucho ya que era todo muy caro y aun no tenía mis propios pacientes. A veces en un fin de semana acumulaba 20 sesiones de psicoanálisis. Otras semanas tenía 5 sesiones.

Luego en Barcelona algún psicoanalista francés o suizo venían a hacer supervisiones, y empezamos a trabajar...y a psicoanalizarnos aquí.

La reacción de los médicos sobre el psicoanálisis, ¿cómo era?

En general era buena, había desconocimiento pero interés; comenzamos a dar clases y a tener pacientes. En 1959 creamos el INSTITUT DE PSICOANÀLISI DE BARCELONA que formaba parte de la API creada en 1910 por Freud. A nivel de la gente en general, había bastante misterio. Mi propia hermana, cuando se enteró de que observábamos y preguntábamos por la vida de cada uno en cada sesión dijo muy extrañada: Ah, pero esto es analizar la vida misma... como si hasta entonces pensara que analizábamos otras cosas...

¿Cree que su trabajo ha sido reconocido?

He escrito muchos artículos y conferencias... En 1987 me dieron la "Creu de Sant Jordi", un premio del Gobierno de Catalunya por mi contribución al psicoanálisis en Cataluña.

La entrevista que publicamos es un extracto de la conversación que mantuvo con ella su y nuestra amiga Julie Wark, a quien agradecemos "el rescate" de una de nuestras precursoras.

Julie Wark para MyS



**EL MALTRATO A LA MUJER.
Enfoque psicoanalítico a través de
su historia y su clínica.**

PIEDAD RUIZ CASTILLO
Editorial Síntesis. Sociedad y Psicoanálisis.
Madrid 2006.

“La mujer maltratada ha de saberse víctima de la cultura que históricamente la ha subordinado y dominado, víctima de la violencia del hombre, pero también posible víctima de su propia posición subjetiva”

En este libro, la autora (psicóloga clínica y psicoanalista) hace un ejercicio sumamente interesante, y sumamente necesario, de aprovechamiento tanto del análisis feminista de la construcción social del género y su importancia para entender las relaciones desiguales entre mujeres y hombres, como del punto de vista psicoanalítico basado en la teoría freudiana del *sujeto sexuado*, para explicar el maltrato a la mujer en la pareja y plantear la orientación clínica que las ayude a superarlo y a no repetir el modelo.

Empieza enmarcando de dónde venimos con un esclarecedor recorrido, a través de la historia de la cultura y de la ciencia, del desarrollo de la identificación de la mujer con el mal, y describe con especial atención la construcción del “orden sexual” en la España franquista.

Para explicar la mecánica del maltrato, analiza cómo opera en el hombre maltratador su patología subjetiva, es decir, su incapacidad para aceptar la diferencia sexual, combinada con *la denegación de la diferencia sexual* potenciada desde los orígenes de la cultura patriarcal como herramienta de sumisión de las mujeres al poder masculino.

Y cómo opera en la mujer la mezcla formada por las *determinaciones subjetivas* de cada cual, el estado de *hipnosis* producido por la combinación de amor y terror, y la angustia ante la pérdida del amor, que es la forma, marcada por el género, que adopta en las mujeres *la angustia de castración*.

Pero hace hincapié en alertar contra la tentación de muchos psicoanalistas de explicar el maltrato en nombre del llamado *masoquismo femenino* lo que supone de hecho *“un doble maltrato, esta vez no privado sino público”* y un caer en los mismos argumentos de los maltratadores que se caracterizan precisamente, según la autora, por culpar a la víctima de sus propios actos.

Margarita López Carrillo

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

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

Titular.....
Banco
Código entidad..... Código oficina..... DG..... NºCC

MyS MUJERES
Y SALUD

solicitud de suscripción
a la revista

EJEMPLARES SUELTOS:

Sencillos 4 €
Dobles 8 €

La renovación anual será automática si no hay aviso previo.

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



LA REVOLUCIÓN DEL NACIMIENTO.
Partos respetados, nacimientos más seguros.

ISABEL FERNÁNDEZ DEL CASTILLO.
Prólogo de Michel Odent
Ediciones Granica. Barcelona 2006

“En España, de momento, continúa predominando una visión del parto patológica, intervencionista y jerárquica, en la cual se espera que las mujeres deleguen dócilmente el dominio de su cuerpo y su capacidad para parir en manos ajenas, que se encargarán de sacar al bebé con la ayuda de máquinas, productos químicos e instrumentos. (...) El funcionamiento de los servicios de atención al parto se basa en la subordinación de la mujer al sistema, constituyendo de hecho un ámbito de represión y violencia hacia la mujer y también hacia el bebé.”

“Nos gustaría que se comparase nuestro sistema sanitario con el de otros países que, a pesar de ofrecer a las mujeres una asistencia al parto no medicalizada, tienen unos resultados en materia de salud mejores que los nuestros. No en términos de mortalidad perinatal, que son equiparables, pero sí en términos de satisfacción de las familias, de respeto la dignidad de los protagonistas del parto, de salud física y emocional de las madres y sus bebés.”

Hablamos de países con una mayor tradición democrática y de respeto de los derechos civiles y de las mujeres”

En este libro su autora analiza cómo es el parto en los hospitales españoles. Denuncia los protocolos de asistencia al parto que incluyen varias prácticas medicalizadoras contrarias a las propuestas por múltiples colectivos e, incluso, a las recomendaciones de la OMS, tales como la episiotomía sistemática, el enema, el rasurado, la postura obstétrica, el gotero de oxitocina..., así como violaciones sistemáticas de la intimidad, la movilidad... y un largo etcétera, que se realizan en nombre de la salud y la seguridad. Describe sus efectos nocivos para la salud física y emocional de la madre y la criatura. Analiza cómo son los protocolos en otros países de nuestro entorno y, finalmente, describe el auge creciente del parto en casa en nuestro país. Y todo ello atravesado por las opiniones y experiencias de muchas mujeres que han sido madres en España en los últimos años.

MYS MUJERES Y SALUD

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

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

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

solicitud de suscripción a La revista

Números publicados:

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