

PREVENCIÓN

cuando
menos,
es mejor

NUTRICIÓN

comer
hierro

SALUD MENTAL

La panacea
de Los **psico-**
fármacos

ENTREVISTA

Teresa Forcades
Médica, autora de
“Los **crímenes**
de La
industria
farmacéutica”

DOSSIER ANTICONCEPCIÓN:

tú
decides



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Nuria Agell
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco
Malén Cirerol
Rita Gavarró
Pilar Parra
María Elena Cuyás
Esperanza Aguilà
Carmen Mosquera
Corina Hourcade
Gemma Cànovas
Regina Bayo-Borrás
María José Hernandez
Jimena Jiménez

Comité asesor

Charo Altable
Lucía Artazcoz
Vita Arrufat
Consuelo Catalá
Emilce Dio
Mari Luz Esteban
Anna Freixas
María Fuentes
Asunción González de Chávez
Neus Moreno
Isabel Matamala
Judy Norsigian
Teresa Ortiz
Carmen Sanchez-Contador
Fina Sanz
Victoria Sau
Verena Stolke
M^a 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:
Paz Talens
www.labodoni.com

Impresión: amadip-esment
Centre Especial de Treball

Depósito legal: PM 765-1996

Editorial

Anticonceptivos y subjetividad femenina: un encuentro imprescindible. Regina Bayo-Borrá.3

A modo de carta

El club de las malas madres. Lucía Etxebarria.4

La entrevista

Teresa Forcades. Autora de "Los crímenes de la industria farmacéutica"6

Artículos

A veces menos es más. Por ejemplo en la atención médica a la mujer. Juan Gervas10

Urge moratoria. Comunicado del CAPS sobre la vacuna del papiloma virus13

La cardiopatía isquémica, el sexo y el género. Carmen Mosquera.14

La panacea de los psicofármacos. María Jesús Soriano17

El hierro: tener y no tener. Pilar Parra.18

Calidad y calidez en la atención sanitaria a las mujeres. Graciela Traba22

¿Lo sabe tu dentista? María E. Ferro24

dossier: anticoncepción: tú decides

"Plannings": Un modelo que se diluye. Ma Rosa Pous.26

Anticonceptivos hormonales: Ya no son la primera elección. Carme Valls.29

El diafragma: antiguo método que no anticuado. Mónica Puga32

El preservativo femenino. María Lameiras, Victoria Carrera y A. Núñez34

El preservativo masculino. Montse Pineda y Ma Luisa García35

Claros y oscuros de la anticoncepción de emergencia. Eva Bolaños37

Control de la fertilidad y autoconocimiento: la revolución pendiente. Enriqueta Barranco.38

El Eros perdido de la adolescencia. Charo Altable43

Las salud sexual de las mujeres rumanas. Diana Zapata45

No nos resignamos. No queremos rebajas en el derecho a decidir. Montse Cervera47

Info Labs

Noticias sobre la vacuna del papiloma49

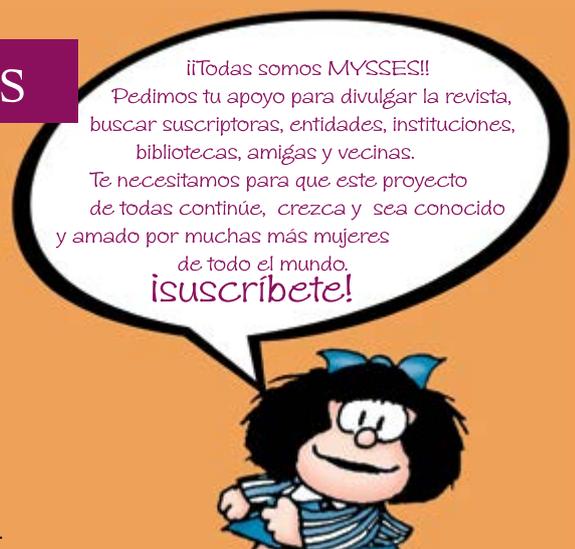
Libros50

En movimiento51

Minidosis52

NÚMEROS PUBLICADOS

- | | | | |
|-------|--|----|--|
| 1 | NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 19 | MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. |
| 2 | DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 20 | VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. |
| 3 | HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 21 | LAS MUÑECAS NO TIENEN LA REGLA, PERO LAS MUJERES SÍ. |
| 4 | DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 22 | DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA? |
| 5 | LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 23 | ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! |
| 6 | VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 24 | TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. |
| 7 | MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | | |
| 8 | OTRO MUNDO ES POSIBLE. | | |
| 9 | POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | | |
| 10 | "DOCTORA, ME DUELE TODO" Fibromialgia. | | |
| 11-12 | A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | | |
| 13-14 | LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | | |
| 15 | SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | | |
| 16 | COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | | |
| 17 | LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | | |
| 18 | MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | | |





Regina Bayo-Borràs

Psicóloga Clínica

reginabayo@gmail.com

ANTICONCEPTIVOS Y SUBJETIVIDAD FEMENINA: un encuentro imprescindible

Sobre los métodos anticonceptivos las mujeres llevamos ya varias décadas pensando, informándonos, utilizándolos y aconsejándonos. A muchas les han resultado necesarios para no quedar sometidas a embarazos prematuros o tardíos, y por tanto, a tener que sostener hijos no deseados. A otras les han ayudado a planificar mejor una maternidad anhelada, de la cual han podido disfrutar según su disponibilidad interna.

Los métodos anticonceptivos han sido, pues, un puntal imprescindible para abrir el camino hacia el encuentro con la propia subjetividad femenina: la maternidad ya no es destino sino elección; la maternidad ya no implica identidad femenina. Se abre, así, la brecha entre la dimensión biológica y la subjetiva. Hemos logrado despegar de la "madre naturaleza", y al dejar de ser "hijas" de la biología, ya podemos decidir el cuando, el como y el porqué de traer hijos al mundo.

Pero también comprobamos, a nuestro pesar, que la información sobre anticoncepción, por buena y amplia que sea, no siempre es asumida e interiorizada por las mujeres, en especial por aquellas que se encuentran en una posición vulnerable, de dependencia económica y/o emocional de su pareja o de su familia. Nos preocupan los embarazos adolescentes, las pastillas "del día después", el aumento de los abortos de repetición, las enfermedades de transmisión sexual, el sufrimiento emocional de las mujeres que son madres de hijos "no deseados", y el sufrimiento de los chiquillos que reciben rechazo y hostilidad materna.

Como agentes de salud, y como mujeres comprometidas, sigue siendo nuestra

responsabilidad transmitir, informar, defender derechos, y también analizar y evaluar los fracasos, los errores, los síntomas. Porque ya sabemos que un aborto "adolescente" es un síntoma, la expresión de un conflicto interno en el que se encuentra la muchacha: por un lado ella desea sentirse amada, valorada, probar su fertilidad, sentirse mayor, salir de la dependencia parental, asumir riesgos, traspasar límites —y la anticoncepción es un límite—; pero también está llena de temores, se siente sola ante los peligros de la vida, no quiere crecer tan deprisa, su criatura la asusta, le aterroriza tener que ocuparse de un ser más indefenso y vulnerable que ella misma. Así, que ¿qué hacer? Buscar una "solución" rápida, que se cree inocua, y que alivie drásticamente el pánico sobrevenido al escuchar otro latido en su interior.

En realidad, seguramente, esta muchacha precipitada, llena de deseos y temores, que no puede esperar a crecer, a madurar, a entender mejor de qué van los juegos del amor y del deseo, se ha dejado llevar por sus propios latidos, y entonces no ha podido hacer suyos los consejos, las advertencias, las informaciones, las prevenciones que le llegaban a través de folletos, anuncios, vídeos y clases magistrales. Todo eso ha quedado "fuera" de ella. No le atañía, era, como quien dice, "un cuerpo extraño", y quedaba muy lejos de sus turbulencias vitales. En otras palabras, no había pasado por su subjetividad.

A mi modo de ver, éste es un riesgo que corren las buenas y amplias informaciones sobre métodos anticonceptivos, como el que MyS presenta con tanto esmero en este dossier. Que se conviertan en recetas

que aún pareciendo apetecibles, en lo más íntimo, no le abran el apetito a esta muchacha ávida de afecto y de nuevas experiencias.

¿Y cómo podemos transmitir sin quedar fuera del imaginario de cada una? ¿Cómo lograr que lo que ya está al alcance de muchas, pueda serlo también de las que se mantienen "impermeables" a la penetración de los métodos?

Se me ocurre que debemos implicarnos en el proceso de "leer con" ellas, como se hacía en los perdidos y nunca bastante reivindicados centros de planing.

Es como la diferencia que hay entre leer un texto a solas, o leerlo y comentarlo con alguien que también piensa contigo. Al texto siempre lo vivencias y le pones tu propio imaginario, porque sino, se convierte en un texto plano, sin vida, sin significado subjetivo propio. A las mujeres en las que no penetra la información de los métodos, les sucede que no pueden hacer un pasaje interno y apropiarse de lo que necesitan, y no quedar así sometidas a la "madre" naturaleza.... Pues ya sabemos que todo embarazo, deseado o no, consciente o inconsciente, siempre nos une y nos separa de la propia madre interna, de la cual a veces no queremos "saber nada". Tal vez sea, entonces, ese "no querer saber nada" sobre el propio cuerpo y su verdadera naturaleza, lo que impermeabiliza a algunas mujeres, jóvenes y no tanto, a la eficacia de los métodos, lo que comporta todo un reto que nos exige una mejor atención a la subjetividad femenina.

Barcelona, enero 2009.

EL CLUB de Las MALAS MADRES

Lucía Etxebarría

“El Club de las Malas Madres” (editorial Martínez Roca) es el título provisional de un libro de Goyo Carabias y Lucía Etxebarría, en el que cuentan sus experiencias como profesor y madre.



Yo no soy una buena madre.
Y probablemente usted, que me lee, tampoco.

Si usted ha decidido quedarse en casa y consagrarse al cuidado de sus hijos es usted una madre hiperprotectora, amén de un parásito, un ser que vive a expensas de otro y a espaldas de las verdaderas preocupaciones y dificultades de la vida.

Si usted trabaja fuera de casa entonces desatiende usted a sus hijos, y nadie valorará el hecho de que tenga usted que hacer verdaderos malabarismos para conciliar la vida familiar y la laboral.

Lo peor de todo es que unas madres y otras van acusándose mutuamente: la que se queda en casa arremete contra la que trabaja, y viceversa, como si no fuera suficiente con recibir los ataques de los pediatras, los psicólogos, los especialistas en sueño, los periodistas, las madres, las suegras y las cuñadas.

Nosotras, las madres de hoy, aseguran ciertos psicoanalistas, somos la fuente de todos los problemas de nuestros hijos, porque tenemos demasiada fuerza y le hemos robado la autoridad a los padres.

Si su hijo es hiperactivo, si tiene rabietas, si insulta a otros niños en el colegio, la culpa será siempre de usted, porque o bien le consiente demasiado o bien no le atiende lo suficiente.

¿Y dónde están esos padres a los que les hemos robado la autoridad?

¿Cuánto han luchado para defenderla?

Nadie culpará al padre, nadie cuestionará nunca que el padre trabaje fuera de casa o viaje.

Pero ¡ay de usted si lo hace!

No solo tendrá que enfrentarse al goteo constante de comentarios más o menos directos o indirectos por parte de su madre, de su suegra, de las madres de los compañeros de cole de su retoño, sino, sobre todo, tendrá usted que lidiar con su propio sentimiento de culpa, que no la dejará vivir.

Yo no soy una buena madre.
Trabajo fuera de casa y además viajo.
Dejo a mi hija con canguros.
Tengo novios y vida social.

No le he proporcionado a mi hija ese entorno familiar estable que entronizan los manuales de pediatría y las revistas de papel couché.

No soy una buena madre pero pago las facturas de mi hija (el colegio, la comida, los canguros, la ropa, los juguetes, el pediatra y, muy a mi pesar, las Barbies), apenas duermo para poder llevarla al colegio todos los días, dedico la mayor parte de mi tiempo libre a su cuidado y todo mi espacio mental a pensar en ella.

No soy una buena madre, como no lo somos ninguna.
Es lo más parecido a lo que vivíamos en la primera adolescencia.

La que intimaba con los chicos era una puta, la que se resistía era una estrecha: no había término medio.

El caso es que nunca llueve a gusto de todos y una mujer nunca hace las cosas bien.

A la madre nunca se le valora lo que hace y para colmo no tiene derecho a quejarse, so pena que se le diga que es una mala madre.

Nuestra sociedad es perfeccionista y quiere individuos perfectos.

Superhombres que se afeiten con acabado impecable, que conduzcan coches que apenas hagan ruido, que vayan al gimnasio tres veces por semana.

Supermadres de brillante sonrisa y silueta juncal, triunfadoras en todos los ámbitos, adoradas por sus maridos y respetadas por sus jefes, y criadoras de niños sanos y emocionalmente estables.

Nuestra sociedad ha convertido el goce en un modelo, y el goce inmediato en el valor supremo.

Y un niño no es goce ni inmediatez.

Un hijo implica renuncia y perspectiva.

Y sobre todo, implica aceptar que la perfección no existe.

Usted, que me lee ¿está con los nervios de punta porque no le da tiempo a hacer todo lo que debería?, ¿tiene diez kilos de más?, ¿no tiene tiempo para ir al gimnasio y, si lo tuviera, lo emplearía en dormir?, ¿desearía que a veces fuera él el que se ocupara de la compra, de la colada, de los biberones y de la visita al pediatra?, ¿a veces se enfada, a veces está harta, a veces llora y a veces, muchas veces, no está en condiciones de dar lo mejor de sí misma?

Estupendo.

Bienvenida al Club de las Malas Madres.

Recuerde: no somos las mejores pero somos la mayoría.



LAS VOCES DE LAS MUJERES

En medio de la destrucción y muerte en Gaza un extracto de una carta para la esperanza, surgida de mujeres estudiantes y profesoras de la Escuela Sapir al sur de Israel



“Cada mujer tiene un nombre, incluso si ella no es judía. Cada hombre tiene un nombre, incluso si no ha servido en el ejército, incluso si vive al otro lado de la frontera. Tiene un nombre. Una cara. Tiene hijos y padres que se preocupan por él. Tiene una mujer, tiene un marido que los aman. Tienen un alma que siente, piensa, sufre...”

Es el momento de recordar que detrás del “problema palestino” hay vidas. En vez de hablar del problema, tendríamos que ser capaces de ver a los seres humanos.

Es el momento de que miremos fijamente a los ojos, por todos esos 1500 pares de ojos que no podrán ver nunca más en nombre de la seguridad.

Nosotras queremos cambiar una realidad que está hecha de gente que quiere vivir con dignidad.

Nosotras, residentes del sur de Israel, que vivimos en la frontera con Gaza, estudiantes, profesoras, administrativas, árabes y judías, estamos contra la guerra y queremos convencer a vosotros, hombres y mujeres, a uniros en nuestro llanto por el fin de la guerra, y a mirar a la realidad a los ojos”.



¿QUÉ LE PASA A MARINA GELI?

El pasado noviembre, en un coloquio sobre feminización de la profesión médica, en la Real Academia de Ciencias Médicas de Catalunya, la señora Marina Geli, Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya, dijo, en síntesis, que había que limitar el acceso de las mujeres a la facultad de medicina para evitar la feminización de la profesión. Al parecer las chicas tienen mejor nota de corte que los chicos por lo que siete de cada diez estudiantes es mujer. Según Geli, la feminización de la medicina plantea el problema de conciliar la vida familiar y laboral mientras cada vez hay más demanda para que los servicios asistenciales estén abiertos las 24 horas.

Estas declaraciones nos suscitan un montón de preguntas: ¿Qué pasa si las mujeres sacamos mejores notas o tenemos mayor sensibilidad con el sufrimiento humano o simplemente se nos antoja hacer medicina? ¿Acaso sólo nosotras tenemos que conciliar la vida familiar y laboral? ¿Acaso los hombres van a trabajar 24 horas seguidas? Si faltan profesionales ¿por qué no se contratan?, ¿por qué no se aumentan el número de admitidos a las facultades de medicina?... Y, sobre todo, ¿cómo puede una responsable de gobierno, médica y mujer hablar tan frívolamente de algo tan serio?.



411 menores asesinad@s en Gaza

LEONOR TABOADA

He aquí parte de la lista de niños y niñas de hasta 10 años asesinados por el ejército de Israel en los primeros días de la masacre de Gaza.

27 de diciembre 2008: Ibtihal Kechko (niña, 10 años), Ahmed Riad Mohammed Al-Sinwar (niño, 3 años), Tamer Hassan Al-Akhrass (niño, 5 años), Hassan Ali Al-Akhrass (niño, 3 años), Odai Hakeem Al-Mansi (niño, 4 años), Camelia Al-Bardini (niña, 10 años), Lama Talal Hamdan (niña, 10 años), Nimr Mustafa Amoom (niño, 10 años).

29 diciembre 2008: Ismail Talal Hamdan (niño, 10 años), Jihad Saleh Ghobn (niño, 10 años), Jawaher Anwar Baaloosha (niña, 8 años), Dina Anwar Baaloosha (niña, 7 años), Samar Anwar Baaloosha (niña, 6 años), Sudqi Ziad Al-Absi (niño, 3 años), Lina Anwar Baaloosha (niña, 7 años), Moaz Yasser Abou Tair (niño, 6 años),

30 diciembre 2008: Haya Talal Hamdan (niña, 8 años)

31 diciembre 2008: Ahmed Kanouh (niño, 10 años), Ameen Al-Zarbatlee (niño, 10 años), Mohammed Nafez Mohaissen (niño, 10 años), Yehya Awnnee Mohaissen (niño, 10 años), Ossman Bin Nizar Rayyan (niño, 3 años), Assaad Nizar Rayyan (niño, 2 años), Moaz-Uldeen Allah Al-Nasla (niño, 5 años), Halima Nizar Rayyan (niña, 5 años), Reem Nizar Rayyan (niño, 4 años), Aicha Nizar Rayyan (niña, 3 años), Abdul Rahman Nizar Rayyan (niño, 6 años), Maryam Nizar Rayyan (niña, 5 años).

1 enero 2009: Hamada Ibrahim Mousabbah (niño, 10 años), Sujud Mahmoud Al-Derdesawi (niña, 10 años), Abed Rabbo Iyyad Abed Rabbo Al-Astal (niño, 10 años), Christine Wadih El-Turk (niño, 6 años), Mohammed Moussa Al-Silawi (niño, 10 años), Mahmoud Majed Mahmoud Abou, Hani Mohammed Al-Silawi (niño, 10 años), Asraa Kossai Al-Habash (niña, 10 años), Ismail Abdullah Abou Sneima (niño, 4 años), Ahmed Mohammed Al-Adham (niño, 1 año), Ruba Mohammed Fadl Abou-Rass (niña, 8 años), Ziad Mohammed Salma Abou Sneima (niño, 9 años), Mahmoud Sami Assliya (niño, 3 años), Wi'am Jamal Al-Kafarneh (niña, 2 años), Wadih Ayman Omar (niño, 4 años), Youssef Abed Berbekh (niño, 10 años).

Y así, hasta 411. ¿Habrà juicio contra sus asesinos?: depende de ti, de mi...

leonortaboada6@gmail.com

La entrevista

por Leonor Taboada

Teresa Forcades

Doctora en medicina. Autora de
“Los crímenes de la industria farmacéutica”

Confieso estar epatada por la personalidad de la entrevistada. Confieso que he visto desmoronarse prejuicios inconscientes.

Confieso que me deslumbran su talla intelectual y moral. Y su coraje, su frescura, su entusiasmo, su sentido del humor...

La conocí como médica residente en Estados Unidos por uno de los trabajos científicos más interesantes que he leído: “Los Crímenes de la Industria Farmacéutica”. Luego vino lo demás: saber que era monja benedictina, saber que era teóloga, saber que era feminista y que se interesaba por aquello que no se quiere medir pero existe: las medicinas alternativas, la energía. Por fin, después de un día de taller sobre EFT (Técnicas de Liberación Emocional), con Carmen Valls –intrigada, también, por el personaje- compartimos un café en un ruidoso bar de Barcelona donde muchos hombres gritaban “gool” de vez en cuando.

Desde luego, te preguntas cómo la toleran en “la Institución”, pero, a su favor, hay que asumir que la toleran. Tal vez ella sea quien anuncie nuevos tiempos: habrá que seguirla. Yo, desde luego, estaré bien alerta. Creedme: por muy agnóstica que se sea, es difícil -¿imposible?- no creer en ella.

CUESTIONES PERSONALES:

***¿Cuál es el orden?...médica, feminista, monja, teóloga ...
¿Hay un orden cronológico para esta síntesis?... ¿cuándo y por qué decidió una y otra cosa?***

Médica desde 1990, feminista desde 1992, teóloga desde 1995, monja desde 1997. Médica: la idea de aliviar sufrimiento ejerce una gran atracción en mí y tenía buenos ejemplos en la fami-

lia; feminista: los libros de una teóloga alemana afincada en EEUU, Elisabeth Schüßler Fiorenza, me ayudaron a dar nombre a muchas experiencias de contradicción, vi que ante mí se abría un campo inmenso que por primera vez podía llamar ‘mi casa’ sin sentir que de alguna manera estaba sólo de invitada; teóloga: traduje un libro de hermenéutica bíblica de Schüßler Fiorenza y ella me animó a estudiar teología y me ayudó a obtener una beca; desde 3º de BUP me había atraído mucho la filosofía, que consideraba como

‘un lujo imprescindible’. Monja: es la parte para mí más sorprendente: Dios me llamó y decidí – no sin dificultades – fiarme de esa llamada.

¿En alguno de los ámbitos en los que se mueve, la miran de reojo?

Creo que es lógico pensar que en todos los ámbitos en que me muevo haya personas que me miran de reojo, al menos en algunos momentos. Por ejemplo, desde que me dedico a



La entrevista

La medicina alopática es reduccionista. y La mayoría de Las Llamadas a Alternativas, también.

las medicinas alternativas, encuentro interés por parte de mis colegas médicos y a la vez suspicacia; lo mismo en ambientes feministas (¿cómo se puede ser feminista y monja?); lo mismo por lo que respecta a ser teóloga y monja (¿cómo se puede ser teóloga y monja y además feminista?). Creo que una cierta suspicacia es normal e incluso buena.

Feminismo y religión: ¿paga un precio por ser teóloga feminista dentro de la iglesia católica o hay más libertad de la que suponemos (a tenor de las declaraciones y campañas de las jerarquías eclesiásticas españolas y vaticanas?)... ¿Tiene la libertad garantizada o tiene que luchar por ella?

De momento ha sido más difícil la lucha por la libertad interna (¿qué es lo que realmente deseo?) que por la libertad externa. Si tuviera algún cargo de responsabilidad docente o pastoral seguramente sentiría más las presiones o los límites de la institución, pero de momento no es el caso.

¿Cree que hay que proteger a la humanidad de las conductas homosexuales?

Creo que hay que proteger a la humanidad de las conductas homófobas.

¿Qué opina sobre el trabajo de católicas por el derecho a decidir?

No estoy suficientemente al día del trabajo y los posicionamientos de católicas por el derecho a decidir para opinar con conocimiento de causa sobre ellos, pero considero que mien-

tras el feto no sea viable (mientras no tenga posibilidades de sobrevivir en el mundo extrauterino) le corresponde a la madre decidir sobre su futuro, que es también el de ella. Respetar esta capacidad de decisión de la madre me parece que es respetar las condiciones naturales de la gestación. Otra cosa es pensar si la decisión de abortar es justificable desde la teología o la espiritualidad cristianas. Yo creo que en la gran mayoría de los casos no lo es. Pero aquí debemos abrir un debate mucho más amplio, porque también creo que el sistema capitalista neoliberal no es compatible con la moral cristiana y que el tema del aborto no puede discutirse aislado de la problemática social, de la escalofriante injusticia social en que vivimos.

hay que proteger a La humanidad de Las conductas homófobas

¿Todas las religiones son válidas para las mujeres?

Creo que el problema no son las religiones en sí, sino ciertas formas misóginas que adoptan en ciertos lugares y momentos. Todas las religiones mayoritarias, incluido el cristianismo, tienen formas de vivirse hoy que no reconocen en la práctica la dignidad de las mujeres. Lo mismo pasa con la sociedad laica. ¿Por qué cobran las mujeres europeas hoy casi un 30% menos de sueldo que los varones por la realización de un mismo trabajo?

HARVARD, USA

¿Qué tiene Harvard que no tengan las universidades españolas?

En los años 90 tenía una facultad de teología con un vibrante departamento de estudios feministas, un 25% de alumnos abiertamente homosexuales y un programa de estudios interreligiosos de gran categoría, con profesores y alumnos judíos, musulmanes, budistas e hindúes, a parte de los cristianos protestantes que eran mayoría.

¿Por qué se fue a estudiar medicina a Estados Unidos? ¿Son mejores allí que aquí?...¿Qué nos falta?... ¿No están los profesionales igualmente influenciados por la industria?

Me fui porque tenía 26 años y ganas de descubrir mundo y porque ciertamente en los 90, y creo que aún hoy, la importancia que se concedía a la investigación era mucho mayor. Para mí fue verdad que allí si valías te daban oportunidades sin que les importara de dónde venías o si tu familia tenía pedigrí. Otra cosa fue descubrir hasta qué punto esta investigación está determinada por la financiación privada y sus intereses. Este tema lo traté en mi estudio 'Los crímenes de las compañías farmacéuticas'.

Cuando hizo su residencia en la State University of New York, en Buffalo... ¿tuvo ya algún conocimiento de los sesgos de género en medicina?

El sesgo lo empecé a percibir cuando tuve que dar clases de salud a las in-

mientras el feto no sea viable corresponde a la madre decidir su futuro

migrantes latinas de Boston como parte de mis prácticas de teología. Me di cuenta entonces de hasta qué punto mi formación médica ignoraba completamente las vivencias y las preferencias de estas mujeres y de hasta que punto sus experiencias resonaban con las mías y me hacían dar cuenta de mi propia alienación. Recuerdo, por ejemplo, a una mujer joven cubana dando por supuesto que los médicos la etiquetarían de histérica si les contaba cómo se sentía.

TÉCNICAS ENERGÉTICAS Y MEDICINAS “ALTERNATIVAS”

Sobre su aproximación a las medicinas “alternativas” después de su doctorado... ¿cómo se produce?... Alopátia, acupuntura, eft... ¿es reduccionista la medicina alopática?...

Al llegar al monasterio fue cuando empecé a descubrir las técnicas energéticas y las medicinas alternativas: método Tomatis, terapia craneo-sacral, homeopatía, tapping, reflexoterapia, acupuntura, flores de Bach, osteopatía, reiki ... de todas ellas se hablaba en el monasterio y a todas ellas se acudía para remediar dolencias diversas con resultados para mí sorprendentes. La única que conocía antes de entrar en el monasterio era la reflexoterapia. Las demás al principio me hicieron sentir incómoda, por eso cuando tuve la oportunidad de hacer el doctorado en salud pública escogí este tema, para profundizar en él y clarificar mi propia postura. Ahora no tengo ninguna duda de que la medicina alopática es reduccionista, pero que también lo son la mayoría de las llamadas alternativas. Así mismo, los intereses de las grandes multinacionales no se centran solamen-

te en la medicina alopática sino que se extienden con gran éxito en las alternativas. No se puede generalizar. Se debe tratar caso por caso y terapeuta por terapeuta. Hay médicas y médicos alopáticos que son excelentes terapeutas y hay terapeutas alternativos que más valiera que se dedicaran a otra cosa. Y al revés. Lo que más me ha impresionado hasta ahora es una modalidad de terapia energética que se conoce con el nombre de EFT (emotional freedom technique o técnica de liberación emocional). Sobre ella imparto este año talleres en Barcelona.

SALUD Y MEDICALIZACIÓN:
Sobre la crítica a la industria farmacéutica:

¿Cómo puntuaría a la Sanidad Pública Española?

Comparada con los EEUU con un 10 sobre 10. Esto es muy importante decirlo porque existe una campaña de desprestigio que está llevando a la privatización de los sistemas de salud europeos. Inglaterra fue pionera con el gobierno Thatcher y ahora cuánto se arrepienten. En Alemania y en España se está avanzando a pasos de gigante. Creo que es fundamental defender la sanidad pública y lo que ésta significa. Solamente si se ha vivido en un país que no tiene sanidad pública se comprende lo que significa quedar arruinado porque un miembro de la familia necesita una operación quirúrgica.

es fundamental defender La sanidad pública

Dicho esto, si comparamos nuestra sanidad con lo que podría ser un sistema ideal, la puntuación sale por debajo del 5 sobre 10, especialmente por lo que respecta a las interminables e injustas listas de espera, que se acortan para quien tiene padrinos, y al tiempo dedicado a cada paciente en los ambulatorios de las

hay que reducir gastos, pero la privatización no es solución.

grandes capitales, por el bajo grado de satisfacción profesional, por la indebida y creciente influencia de los intereses de algunas grandes multinacionales y por la dificultad de abrir el sistema a las alternativas terapéuticas que funcionan.

¿Qué piensa del actual proceso de medicalización de la sociedad occidental?... Ud habla de tres agresiones para el desarrollo de la medicina de personas, la privatización, la medicalización y la protocolarización... puede explicarlo?

La privatización significa capitalización, o sea, convertir en objetivo prioritario del sistema sanitario conseguir el máximo beneficio económico para beneficio del propietario y esto se suele conseguir a base de recortar derechos y prestaciones entre los más desfavorecidos. Lo cual no significa que no pueda y deba rebajarse el déficit presupuestario de la sanidad pública española. La reducción de gastos se impone pero la privatización no es la solución. La medicina de los EEUU está privatizada y es la más cara del mundo.

La medicalización es el proceso por el cual las dimensiones sociales y políticas de los problemas de salud quedan reducidas a problemas individuales causados por disfunciones biológicas y tributarios de tratamiento farmacológico. Por ejemplo, el caso de la hiperactividad de los niños es un problema real pero resulta falaz y en la mayoría de los casos es un fracaso tratarlo como un problema individual. Lo mismo podríamos decir de la depresión en la adolescencia o la vejez, de ciertos problemas de la menopausia, de ciertas disfunciones sexuales, del incremento del estrés, del incremento de las alergias, del incremento de la diabetes ... etc. La protocolarización tiende a eliminar la individualización en medicina, la cual – aunque no exenta de peligros – suele ser la parte más satisfactoria tanto para



Junto a Carmen Valls
en un ruidoso bar de Barcelona

¿Conseguirá OBAMA poner la salud al alcance de toda la gente y a la industria en su sitio?

Como presidente de los EEUU, Obama puede hacer mucho para mejorar la situación, pero nuestra exigencia debe comenzar por nuestros gobernantes y por las responsabilidades a nuestro alcance.

TEOLOGÍA... ALEMANIA

Háblenos de sus estudios en Alemania

Me encuentro ahora en Berlín realizando estudios de post-doctorado sobre el tema de qué es ser persona, qué es la libertad, qué es el amor, desde una perspectiva feminista. Mi investigación la llevo a cabo en el Centro Transdisciplinar de Estudios de Género de la universidad Humboldt, que es un centro con más de 20 años de tradición que aúna profesores de 15 disciplinas académicas distintas dedicados al estudio de 'feminidad' y 'masculinidad' como categorías de conocimiento.

Que límites o condicionantes cree que tienen las mujeres para lograr su desarrollo como personas?

A nivel mundial los condicionantes socio-económicos son los más importantes. Cuando no tienes qué comer o qué dar de comer a tus hijos la vida se convierte en supervivencia y, aunque se vivan a diario experiencias de una profundidad humana desconocida para muchas personas, las dimensiones vitales quedan recortadas cuando la pobreza es extrema. En situaciones que no son de pobreza material, creo que los determinantes mayores son interiores. Se trata de ese saber qué es lo que realmente deseo y estar dispuesta a pagar por ello.

el profesional como para el paciente. La máxima de la medicina de calidad reza así: no existen enfermedades, existen pacientes. No tratas una pulmonía, tratas a esta señora o a este señor concretos, con su historia, sus expectativas, sus miedos, sus genialidades y sus particularidades, que en este momento tiene una pulmonía. No hay ninguna duda de que la medicina es 'ciencia' pero para que sea buena medicina debe ser también 'arte'. La protocolarización tiende a eliminar ese arte que humaniza y profundiza la práctica clínica.

para ser buena, La medicina debe ser ciencia y arte

Las mujeres y la medicalización... ¿podremos librarnos?- ¿tiene idea de cómo?

Bueno, vuestra revista es un buen paso en este sentido. Unirse, informarse y no aceptar campañas promovidas más por interés económico que por evidencia científica (como por ejemplo lo que ocurre hoy con la vacuna contra el papiloma). Creo que no hay recetas mágicas, pero que la toma de conciencia permite situarse críticamente ante este fenómeno y buscar alternativas, tanto a nivel individual como colectivo. Hay muchos grupos de mujeres en todo el mundo que trabajan en este sentido y mucha información para quién desee buscarla.

FDA, EMEA, AEM, OMS... ¿se fía de alguno? Cómo son y cómo deberían ser los organismos reguladores

La FDA está controlada por el congreso de los EEUU el cuál está en gran parte determinado en sus decisiones por las presiones de los grandes lobbies. La OMS pertenece a una organización (las Naciones Unidas) que deshonorra la democracia permitiendo aún hoy que cinco países tengan aún derecho de veto. Organizaciones como médicos sin fronteras son más fiables en este sentido cuando informan no solamente del estado del mundo sino sobretodo de los pasos necesarios para mejorarlo. La reciente campaña de MSF sobre la alimentación rápida (RUF, ready to use food en inglés) es impresionante y deja al descubierto que las graves crisis humanitarias que padecemos no son por falta de recursos sino por falta de voluntad política. 1.000 millones de personas, en su mayoría niños, sufrieron hambre el año pasado mientras el mundo producía alimentos suficientes para 10.000 millones de personas y los destinaba al agrocombustible.

La oms deshonorra La democracia permitiendo el derecho a veto de cinco países

a veces, menos es mejor (por ejemplo, en la atención médica a la mujer)



Juan Gérvas

Médico de familia. Profesor de
Salud Pública y de Atención
Primaria (Universidad
Autónoma de Madrid y Escuela
Nacional de Sanidad),
Equipo CESCA
jgervasc@meditex.es

carta inesperada y real de una desconocida

Buenos días Juan:

Me llamo Paula, tengo 32 años y hace un año mi ginecóloga (bueno, más bien su enfermera) me llamó para decirme que en la citología (me imagino que me hicieron también la prueba de Papanicolau) me habían detectado unas células cancerígenas, con lo cual me quedé a cuadros y cuando reaccioné llamé a mi ginecóloga para que me lo explicase bien (yo no había oído en la vida hablar del VPH); la verdad es que ella no le dio mucha importancia y me lo “medio” explicó rápidamente porque “tenía otra llamada que atender” (yo vivo en Málaga desde hace 4 años pero siempre me he hecho las revisiones en Oviedo, de donde soy)

El caso es que su enfermera me dijo que lo único que podía hacer era cuidar mi alimentación y llevar una vida relajada, y en 6 meses repetir la citología, con lo cual me tuvieron 6 meses “cagada” e intentado obtener más información por mi cuenta.

A los 6 meses fui a revisión aquí (en Málaga) y todo estaba bien; y en octubre, hace dos meses, aprovechando que estaba en Oviedo volví a la ginecóloga (a otra distinta) y ella me recomendó que me pusiese la vacuna ya que me “defendía” de 4 de los genotipos de alto riesgo; y yo ni me lo pensé, pero después me entraron muchas dudas, sobretodo porque ahora estoy intentando quedarme embarazada y me ha entrado la “paranoia” de si me quedase, si le afectaría al feto.

Ahora vuelvo a Oviedo en vacaciones navideñas y me tendría que repetir la citología, ya que han pasado 2 meses; y después de todo este “rollo” que le he contado me gustaría preguntarle, ya que he leído su “artículo” en Internet si me la debería repetir o todavía no hay mucha información sobre ella y realmente es, lo que vulgarmente se conoce como un “sacaperras”. Le estaría agradecidísima de que me contestase cuanto antes ya que debo tomar la decisión esta semana.

Un millón de gracias por su atención.

Paula



Aclaración, algo más larga de la real, a una desconocida

Estimada Paula:

Gracias por su confianza.

Supongo que ha leído el resumen de mi presentación en Santander, en agosto de 2007, en un seminario sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano.

Para que se forme su propia opinión le adjunto el artículo científico que publiqué sobre esta cuestión. También le envío una presentación en "power point" de este mismo artículo, que es más fácil de seguir. Y le mando una tercera cosa, excelente, elaborada por un grupo de feministas baleares (www.adibsfeminista.blogspot.com) sobre toda la cuestión de la infección por el virus del papiloma humano y la vacuna.

Creo que con ello puede formarse su propia opinión y decidir por sí misma con criterio fundado.

Mi opción sería no vacunarse en las circunstancias que detalla. Por su edad y actividad sexual ya habrá tenido contacto con el virus del papiloma humano, pues convivimos con él sin que nos haga daño en el 90% de los casos. Tendrá defensas en su cuello de útero y la vacuna es absolutamente inútil (quizá peligrosa). Es, como dice, un sacaperras. Además, vacunarse es pasar a formar parte de un experimento sin que se lo digan. Es experimento porque no sabemos del balance entre riesgos y beneficios incluso en las adolescentes de 12 años sin experiencia de coitos vaginales. Y, desde luego, hay estudios que demuestran un aumento del número de abortos en las vacunadas, por lo que en su caso es todavía más imprudente el vacunarse.

En fin.

Otra cosa es la prevención del cáncer de cuello de útero con la citología (la citología es lo mismo que el Papanicolaou). Es una prueba para diagnosticar el cáncer del cuello de útero en fases muy precoces, de forma que se pueda tratar y curar. A través de la vagina se toman células del cuello y se estudian con el microscopio. Es una prueba de poco valor científico. Se comenzó a utilizar en 1941 pero nunca se ha hecho un estudio a fondo de su utilidad. Desde luego, en todo caso hay que hacerla cada tres años si las dos citologías previas son normales. Ya sé que muchos ginecólogos la recomiendan anualmente, pero eso es barbaridad sobre barbaridad.

Es nula la probabilidad de tener cáncer de cuello de útero después de tres citologías consecutivas normales. Pero en estas condiciones entre 10.000 mujeres de 30 a 65 años habrá resultados "anormales" en 303; sólo en 5 casos (en el 1%) esas anomalías tendrán algún interés. Es decir, se atemorizará por "falsos positivos", sin necesidad, a 298 mujeres (al 99%) como se le ha aterrorizado a usted. La mujer que recibe el resultado de "anormalidad", o de

"células cancerígenas" se siente amenazada. Amenazada y "sucia". Es decir, cambia su vida. Se angustia, duda ante el coito vaginal, echa la culpa a su pareja actual o las previas. Se arrepiente de su vida sexual. Cree que contagia y siente pena por su pareja. Sufre. Piensa en la muerte. Se agobia con fantasías de intervenciones, de mutilaciones, de problemas en embarazos y partos futuros. Siente crecer algo maligno en sus entrañas. Muchas veces la mujer sufre en silencio, sin nadie con quien compartir sus temores y angustias.

Aunque sea doloroso e inhumano, no es infrecuente el desdén con que fue tratada al darle el resultado. En otro ejemplo, se ha demostrado que los oncólogos dedican apenas 30 segundos de compasión y empatía de la media hora de consulta en la que comunican a la mujer por primera vez que tiene un cáncer de mama; el tiempo se ocupa con cuestiones técnicas, no humanas; el tiempo es escaso para hablar de sentimientos de fragilidad, de sufrimiento, de miedos, de angustia y de temores.

Las citologías de cuello de útero se hacen en exceso a las mujeres que menos las necesitan (cultas, jóvenes, sanas, urbanas, de clase media y alta) en las que es muy baja la probabilidad del cáncer de cuello de útero. Por ejemplo, en España se hacen cada año diez millones de citologías, y el 75% de las españolas se ha hecho alguna citología en los tres últimos años. Pero entre las 600 mujeres que mueren al año en España por cáncer de cuello de útero sólo se habían hecho citologías una de cada cinco. Es decir, no se habían hecho citologías las mujeres que tienen más probabilidad de tener cáncer de cuello de útero (analfabetas, prostitutas, presas, promiscuas, y/o pobres).

Y este problema es sólo parte de los inconvenientes, pues los falsos positivos (los errores cuando se dice que hay resultados anormales, pero luego no hay nada raro) llevan a pruebas y más pruebas, a intervenciones innecesarias como conificaciones y hasta extirpaciones de todo el útero (e imposibilidad de embarazo, por consiguiente).

Para terminar, ahora la citología se hace con pruebas de determinación del virus del papiloma humano. Se complica así la situación. Con poca utilidad. Y se propone inútilmente vacunar a las mujeres como usted.

Mi consejo sería que no pensase en todo esto. Mi consejo es que trate de ser feliz, que se olvide de ginecólogos y de la prevención sin límites y que disfrute de la vida y del sexo. Hay mucho gozo carnal y sentimental en ese intercambio de fluido y de amor.

Reciba un saludo cordial de

Juan Gérvas



Más y más innecesario (y cánceres que desaparecen solos)

De la misma forma que se hacen citologías de más, con sus peligros, a las mujeres se les hacen cosas de más en múltiples campos, con el daño correspondiente.

Por ejemplo, en el embarazo, donde no sabemos si se necesita una ecografía o ninguna (eso es lo que ofrece el sistema sanitario noruego a las mujeres embarazadas, una o ninguna ecografía, por más que sea uno de los más ricos del mundo, pero aquí en España estamos ya en medias de hasta nueve ecografías por embarazo, como en Andorra). ¿Qué decir de las pruebas con azúcar para estudiar "diabetes gestacionales" que son generalmente diabetes imaginarias? Por ejemplo en el parto, con episiotomías ("los puntos") hasta en el 87% de los partos en Alicante, España (contra el 30% en Aarhus, Dinamarca, y el 16% en Liverpool, Reino Unido). Episiotomías que aumentan los desgarros y los trastornos post-parto, incluyendo fístulas y dolor en el coito. ¿Qué decir de un parto medicalizado con la epidural por regla y la inmovilización como norma, por más que sea ventajoso el caminar durante el periodo de dilatación? ¿Qué decir del afeitado rutinario del vello del pubis, y de lo enemas sin fundamento científico?

Por ejemplo, en la menopausia en la que el uso indiscriminado de los "parches" (terapia hormonal sustitutiva) ha conllevado la muerte de cientos de miles de mujeres en el mundo por infarto de miocardio, embolias y derrames cerebrales, además de las debidas al aumento de los cánceres de mama. Flaco favor han hecho los ginecólogos a las mujeres al

recomendar los parches para conservar "la juventud", evitar los síntomas de la menopausia y "prevenir" los infartos.

Por ejemplo, los excesos en la prevención del cáncer de mama con la mamografía. Cuando se ha estudiado en mujeres de 45 a 69 años en León, España, se demuestra que la mamografía de prevención es útil en un cáncer de mama de cada siete (adelanta el diagnóstico, pero generalmente de cánceres poco agresivos, indolentes, de crecimiento lento). En ese mismo estudio, la mamografía fue peligrosa, por "falsos negativos", en un caso de cada nueve cánceres de mama ("señora, su mamografía es normal, no hay problemas", pero eso es falso y al cabo de poco tiempo esa señora tiene un cáncer que no se vio en la mamografía, que es un cáncer agresivo, de crecimiento rápido y violento).

La mamografía se ofrece a las mujeres con poca información para decidir con criterio propio sobre sus ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, casi nunca se explica que en el mejor programa del mundo de prevención del cáncer de mama con mamografía, en Suecia, la mortalidad por esa causa bajó del 0,5 % al 0,4%, después de 15 años de programa.

Una disminución escasa frente a los sufrimientos que conllevan los "falsos positivos" ("tiene usted una imagen sospechosa", que luego no es nada) y los "falsos negativos, que poco se explican.

Además, muchos cánceres de mama que se diagnostican con las mamografías desaparecen solos (aproximadamente el 22%). Es decir,

que con las mamografías se "sobrediagnostica". Es decir, se diagnostican cánceres de mama que se curan sin hacer nada. Pero al diagnosticarlos con la mamografía se hace de todo, desde cirugía a quimio y radioterapia, ¡innecesarias!

Hay muchos cánceres que desaparecen solos, desde melanomas a cánceres de riñón, y neuroblastomas y cánceres de cuello de útero. En realidad sabemos poco sobre la "historia natural" de muchos cánceres. Y sabemos poco de la "historia natural" del cáncer de mama diagnosticado con mamografía de rutina, pero lo suficiente para poder decir que el 22% son cánceres "fantasmas", que desaparecen por sí mismos.

CONCLUSIÓN

La vida es bella, y vale la pena vivirla para disfrutar a raudales de lo que se nos ofrece a manos llenas. Quien una puesta de sol (o las puestas de sol de todos los días). Quien la observación de las nubes y de sus evoluciones. Quien la amistad nueva o de años. Quien una canción, o todas las canciones. Quien la maternidad. Quien unos hijos o unos nietos. Quien el amor de una pareja enriquecedora. Quien el trabajo, con sus penas y alegrías. Quien el sexo, el intercambio de fluidos y de amor que fortalece el cuerpo y el alma.

Amiga lectora, mi consejo es que trate de ser feliz, que se olvide de ginecólogos-médicos y de sus excesos, que no idolatre la prevención sin límites y que disfrute de la vida y del sexo.

urge moratoria

COMUNICADO DEL CENTRO DE ANÁLISIS Y PROGRAMAS SANITARIOS (CAPS) SOBRE LA VACUNA DEL PAPILOMA VIRUS

11 de febrero 2009



Ante la alarma social creada por la hospitalización de dos niñas de la

Comunidad Valenciana, por afectación neurológica y convulsiones, después de haberles sido administradas la segunda dosis de la vacuna contra el papiloma virus humano, el CAPS, que ha recogido en su página web las 8000 firmas www.caps.pangea.org/declaracion que han pedido al Ministerio de Sanidad una moratoria en la aplicación de dicha vacuna hasta que la investigación a largo plazo pudiera dar mayor información de su eficiencia y seguridad, quiere comunicar:

- 1.- Los efectos secundarios de la vacuna ya se han descrito en otros países, y la vacuna no ha sido investigada para conocer los efectos secundarios a medio y largo plazo, por su corta vida de aplicación desde su investigación.
- 2.- Sólo se ha demostrado que previene la infección de dos cepas del papiloma virus, que en España, según un estudio realizado en nuestro medio (Identification of vaccine human papillomavirus genotypes in squamous intraepithelial lesions (CIN2-3). *Gynecol Oncol*, 2008) son responsables tan solo de un 28,2 % de los cánceres de cervix, por lo que su aplicación no puede eliminar la aparición del cáncer cervical como ha afirmado alguna publicidad engañosa.
- 3.- El CAPS reitera al Ministerio de Sanidad y al Consejo Interterritorial de Sanidad, la necesidad de una moratoria a la aplicación de la vacuna como han solicitado numerosos profesionales del ámbito de la Epidemiología, la Salud Pública y otras disciplinas que han firmado la petición de moratoria.
- 4.- En el momento actual en que ya se ha iniciado la vacunación solicita al Ministerio de Sanidad y a las autoridades sanitarias de cada autonomía que realicen un SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO de todas las niñas vacunadas para observar o descartar la presentación de efectos negativos a la salud a medio y largo plazo.

CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios)
París, 150. Barcelona 08036
Tl. 93-3226554
caps@pangea.org / <http://mys.matriz.net>



SERÍA DE SABIOS RECTIFICAR

CARME VALLS LLOBET

Más de 7000 personas en España han firmado la solicitud de moratoria para la aplicación de la vacuna del virus del papiloma humano, hasta obtener más evidencias de su costo/efectividad¹. Esta vacuna gastará unos 4.000 millones de euros del erario público antes de evitar la primera muerte dentro de treinta años. Islandia y Finlandia han decidido no cubrir esta vacuna con dinero público. La editorial del NEJM señala que las "malas noticias son que el efecto de las vacunas sobre el cáncer cervical permanece desconocido"². Científicos de diez universidades alemanas, solicitan al STIKO (Standing Vaccination Comité) a finales del 2008, una inmediata reevaluación de la vacuna HPV. Ha solicitado a la industria los datos de lo que no han informado y la indicación clara y precisamente de la eficacia que se espera de la vacuna; y ha expresado su preocupación por la diseminación de información incorrecta, en especial la que afirma que reduce el riesgo de cáncer cervical de un 70% a un 92,5% ya que no hay ninguna evidencia en este momento. La división de anticorrupción de la policía sueca ha abierto una investigación hecha publica el 20 de Diciembre del 2008, porque dos miembros del jurado que dieron el Premio Nobel a Harald zur Hausen, colaboran con la empresa Astra Zeneca, que posee la patente de la vacuna, entre ellos el presidente del comité que evalúa a los candidatos. En Argentina un juez que defiende al consumidor, ha prohibido la publicidad engañosa que alega que la vacuna evitará el cáncer de cervix, ya que no es cierto al sólo cubrir dos cepas, y puede hacer confiar a la población que ya no debe realizar citologías preventivas, o utilizar el preservativo. En España el grupo ADIBS de Mallorca ha conseguido también retirar publicidad engañosa. Si de sabios es rectificar, ¿podríamos inyectar sabiduría a nuestras autoridades sanitarias, y hacer efectiva la moratoria? Hay que exigir desde ahora el **seguimiento epidemiológico riguroso de las niñas vacunadas para detectar o descartar efectos secundarios a medio o largo plazo.**

¹. www.caps.pangea.org

². Haug, C.J. Humans Papillomavirus Vaccination – Reasons for caution. *N Engl J Med* 2008;359:861-62.



Carmen Mosquera Tenreiro
Médica-epidemióloga
carmenmt@princast.es

La cardiopatía isquémica, el sexo y el género

“Los servicios sanitarios y la investigación pueden estar “sesgados” cuando presumen erróneamente que la situación de salud de las mujeres y los hombres y sus riesgos son similares cuando no lo son, o que son diferentes cuando realmente son similares”

*A two way view of gender bias in medicine. M T Ruiz and L M Verbrugge
J Epidemiol Commun Health, 1997*

La cardióloga Bernardine Healy hizo referencia por primera vez en 1991 al Síndrome de YENTL para nombrar el hecho de que las mujeres “tienen que parecerse a los hombres para ser diagnosticadas de infarto”, es decir presentar su misma sintomatología y la misma forma de expresarla. En aquella época todavía estaba vigente la exclusión de las mujeres en edad fértil de los ensayos clínicos, realizada por la Food and Drug Administration. Las consecuencias de aquella exclusión por razones de “protección” fueron (y aún son) enormes: desde considerar que el prototipo de infarto es “hombre, edad media y fumador”, pasando por diversos tipos de errores diagnósticos en la mujer al aplicárseles los cuadros clínicos investigados y definidos en cohortes masculinas, los consiguientes tratamientos tardíos y/o inadecuados... y, en consecuencia, los peores resultados en mortalidad.

LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

En Asturias hemos estudiado los datos del estudio RIMAS (Registro de Infarto de Miocardio en Asturias), promovido por la Sociedad Asturiana de Cardiología, sobre la frecuencia de infarto atendido en los hospitales asturianos en hombres y mujeres (La Salud de las mujeres en Asturias, 2002; <http://www.princast.es/salud/promociones/mujer/completo.pdf>).

Los resultados mostraron un diferente perfil epidemiológico. En 1998 se registraron 253 casos de Infarto Agudo de Miocardio en mujeres y 621 en hombres, lo que supuso una **incidencia** anual (registrada) de 64 casos por cien mil en las mujeres y 178 en los hombres. La razón de tasas hombre/mujer sería de 2.8.

La **edad de comienzo** en los hombres se situaba en torno a los 30 años y ascendía hasta alcanzar su pico máximo a los setenta años (tasa de 400 casos por cien mil). En las mujeres, la incidencia se mantenía baja hasta los sesenta años y alcanzaba su valor máximo a los setenta (200 casos por cien mil).

Globalmente, los casos registrados presentaron una **letalidad**, durante la estancia hospitalaria, del 10% en los hombres y del 24% en las mujeres, esta sobremortalidad en las mujeres ocurría en todos los grupos de edad (excepto en los 65-69 años).

Al estudiar el tiempo medio que tardaban las mujeres y los hombres en llegar a urgencias desde el momento en que comenzaban los síntomas, tiempo de demora, las mujeres se retrasaban una hora más, de promedio, que los hombres (mediana para las mujeres 180 minutos y 120 para los hombres); esta mayor demora ocurría a todas las edades (excepto en el grupo de 65-74 años).

Un diferente patrón en los factores de riesgo:

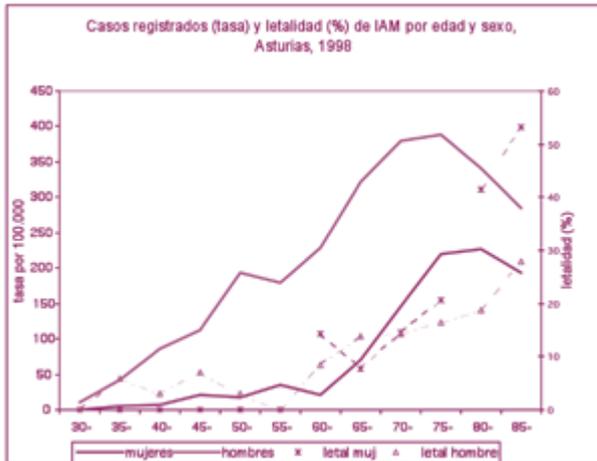
Las mujeres presentaban con mayor frecuencia hipertensión arterial (57% de los casos), dislipemia (36%) y diabetes (31%). Un 33% de las mujeres habían sufrido angina previamente y un 14% infarto. Sólo un 11% era o había sido fumadora. Los hombres presentaban más factores de riesgo, siendo los más frecuentes el ser o haber sido fumador (87%), la hipertensión arterial (39%) y las dislipemias (35%).

Un 28% de los hombres presentaban angina previa y un 16% infarto.

Este diferente patrón epidemiológico –incidencia, letalidad, tiempo de demora– así como diferencias en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico fueron descritos en otros estudios realizados en nuestro país y en otros países.

COMENTARIOS

Respecto a la incidencia registrada de infarto, decir en primer lugar que habría que investigar el posible infradiagnóstico en mujeres así como los posibles diagnósticos erróneos (gastrointestinales, musculoesquelético o sicósomáticos) lo que requiere de una atención en la mejora del conocimiento epidemiológico y clínico de la presentación de la Cardiopatía Isquémica (CI) en las mujeres.



En segundo lugar, parte de las diferencias en la frecuencia entre hombres y mujeres, así como en la edad de presentación, pudieran estar relacionadas con la diferente distribución de los factores de riesgo, especialmente del tabaquismo, que comienza en la segunda década de la vida y se cobra víctimas a partir de la treintena. Clásicamente, el debut más tardío de la CI en mujeres se asoció a una supuesta protección debida a los estrógenos, sin embargo un estudio cuidadoso de los factores de riesgo en hombres y mujeres apuntan otras explicaciones más consistentes. De otra parte, dicha hipótesis fue puesta en cuestión en 1998 por el estudio de Tunstall-Pedoe "Myth and paradox of coronary risk and the menopause" y definitivamente rebatida por el estudio Women's Health Initiative en 2002, que demostró que estas hormonas en el Tratamiento Hormonal Sustitutivo no sólo no protegían del infarto sino que aumentaban el riesgo de padecerlo.

En relación con la mayor letalidad hospitalaria en mujeres, hallazgos similares fueron encontrados en otros estudios realizados en España; una primera explicación podría estar relacionada con la mayor demora en acudir a urgencias. Podrían señalarse algunas variables explicativas de este hecho. Las relacionadas con el sistema sanitario tienen que ver con la sesgada formación recibida por

los y las profesionales y la insuficiente actualización e investigación, en el sentido de permanecer en la creencia de que el infarto es un problema masculino, en el menor conocimiento (o desconocimiento) de la sintomatología específica en la mujer, lo que puede retrasar la sospecha, el diagnóstico y la derivación hacia el hospital o, simplemente, producir un diagnóstico erróneo. Razones asociadas a lo anterior, tienen que ver con las propias mujeres: la menor percepción del riesgo para pensar que un dolor torácico pueda tratarse de un problema cardíaco; la diferente actitud de la mujer y el entorno cuando el dolor lo presenta el hombre (marido, hijo, padre...) a cuando lo presenta ella misma: en el primer caso la reacción es de urgencia en busca de los servicios sanitarios y en cumplimiento de su rol social de cuidadora de la salud de su familia, en el segundo caso la mujer podría esperar más, anteponiendo las tareas y compromisos familiares al cuidado de su propia salud.

Ya en el hospital, existe bibliografía respecto al desigual esfuerzo terapéutico hacia mujeres y hombres relacionado con la probabilidad de ingreso hospitalario, días de estancia, abordaje terapéutico e, incluso, rehabilitación.

Estos factores, los sesgos de género del sistema sanitario y el diferente rol de hombres y mujeres en el cuidado de la salud propia o ajena, son determinantes esenciales en el resultado de un ataque al corazón, donde la variable con mayor



MARGARITA LÓPEZ CARRILLO

Huérfanas y arrojadas a Las fieras

De nuestra sociedad se dice que está anestesiada hacia lo que ocurre fuera de ella, de su confortable mundo donde lo necesario y lo prescindible están al alcance de la mano y se confunden entre sí. Pero lo cierto es que está anestesiada también hacia adentro, pues vive en la creencia bovina de que está segura porque tiene unas leyes que la protegen y unas instituciones que garantizan su cumplimiento.

Las que hacemos MYS estamos acostumbradas a decir cosas que a la mayoría no le apetece oír; le parecen exageraciones de gente radical y envenenada que ve enemigos por todas partes. Yo misma soy así a veces. Recuerdo el primer taller sobre prevención de sida al que asistí. La tallerista nos preguntó a bocajarro si utilizábamos preservativo con nuestra pareja habitual. ¡No, claro! ¿Es que ahora también hay que ponerse condón con tu marido?, ¡qué exageración!. Y cuando salí a la calle ya no me acordaba. Por eso no me sorprende que tantas madres estén inquietas con la vacuna del HPV y, a la vez, no acaben de creerse las críticas. Pero es que la razón para no escucharlas es la misma que para rechazar el preservativo. Hacer caso significa aceptar la duda en donde eres más vulnerable, donde se supone que puedes dejarte ir y confiar. Porque si es verdad que la vacuna ni hace falta, ni se sabe si será útil y, además, puede dañar la salud de las niñas, entonces, no es la credibilidad de la vacuna lo que está en duda es la credibilidad del sistema sanitario, del gobierno, de tu médico de cabecera, de tu pediatra, es despertar desnuda en plena noche rodeada de leones y darte cuenta de que no es una pesadilla. Aceptar que todo lo que nos habían dicho de la vacuna es mentira significa que todo es posible, que estamos en peligro, es perder de golpe el lecho básico que nos da seguridad, es como descubrir que tus padres no te quieren, descubrirlo cuando aún dependes de ese amor. Es un trauma. Significa que no hay más remedio que hacerse mayor, y eso cuesta.



valor predictivo para la supervivencia es la capacidad de respuesta rápida y adecuada. Ambos factores suponen barreras de una importancia trascendental para la prevención y atención adecuada a la mujer con un cuadro coronario, lo que requiere un abordaje específico.

Por todo ello, las **recomendaciones** que pueden realizarse para la incorporación de la perspectiva de género en los planes, programas o actuaciones respecto a la enfermedad isquémica del corazón, serían, al menos las siguientes:

Como requisito básico, en la **descripción y análisis del problema** ha de incorporarse sistemáticamente la variable "sexo" y la categoría de análisis "género" para transformar la información desagregada por sexo en conocimiento y comprender el porqué de los resultados encontrados y las diferencias relacionadas con lo biológico y con lo social (género).

En las **propuestas de actuación** hay que incorporar la misma perspectiva si queremos que las diferencias relacionadas con lo biológico sean tratadas específicamente y las atribuibles al género sean removidas, para que nuestros objetivos se alcancen y nuestros programas sean efectivos. En caso contrario, no sólo los programas y actuaciones fracasarán en alcanzar los objetivos de salud para la población, hombres y mujeres, sino que además serán motivo de inequidad social.

En nuestro medio son urgentes las siguientes actuaciones:

1. La actualización del conocimiento en atención primaria y especializada respecto a la Cardiopatía Isquémica, tanto en su epidemiología como en su presentación diferencial y atención clínica
2. La mejora de la información a la población, y específicamente a las mujeres, haciéndoles saber que esta patología también les concierne
3. Acortar los tiempos de demora en la atención y, en concreto, las diferencias entre mujeres y hombres
4. Asegurar la accesibilidad a las técnicas diagnósticas, tratamientos en el hospital y al alta, estancias, terapias de rehabilitación y prevención secundaria a hombres y mujeres, superando las diferencias actuales.
5. Mejorar y facilitar el consejo específico sobre la prevención de los factores de riesgo en mujeres y hombres.
6. Mejorar la investigación clínico-epidemiológica, causal y evaluativa, incorporando la perspectiva de género

Después de 15 años de haberse descrito el síndrome de YENTL, en 2006 la sección «Puesta al Día» de la revista de la Sociedad Española de Cardiología, lleva por título «Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer» y en ella, anuncian, "repasaremos algunas estadísticas verdaderamente preocupantes y los datos más representativos de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en la mujer para resaltar su candente actualidad" (Fernando Alfonso: Enfermedades cardiovasculares en la mujer ¿por qué ahora? y Magda Heras: Cardiopatía Isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos). Además, en la I Jornada de discusión sobre la Estrategia de Cardiopatía Isquémica del MSC en otoño de 2007, la SEC presentó un reanálisis de sus bases

de datos desglosando los resultados por sexo, mostrando las diferencias halladas (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>). Bienvenida esta preocupación que, seguro, motivará los cambios necesarios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Holli A. DeVon, Julie J. Zerwic: Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences? A review of the literature. *Heart Lung*. 2002; 31(4):235-45.
2. Raine RA, Black NA, Bowker TJ, Wood DA: Gender differences in the management and outcome of patients with acute coronary artery disease. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(10):791-7.
3. Natalie Bello and Lori Mosca: Epidemiology of coronary heart disease in women. *Prog Cardiovasc Dis* 2004; 46(4):287-95.
4. Jaume Marrugat, María García, Roberto Elosua, Elena Aldasoro, M^oJosé Tormo, Oscar Zurriaga et al; IBERICA Investigators; PRÍAMO Investigators; RESCATE Investigators; PEPA Investigators; REGICOR Investigators: Short-term (28 days) prognosis between genders according to the type of coronary event (Q-wave versus non-Q-wave acute myocardial infarction versus unstable angina pectoris). *Am J Cardiol* 2004; 94:1161-5.
5. María J. Aguado-Romeo, Soledad Márquez-Calderón, María L. Buzón-Barrera, on behalf of the VPM-IRYSS-Andalucía study group. Differences Between Women's and Men's Access to Interventional Cardiovascular Procedures at Public Hospitals in Andalusia (Spain) *Rev Esp Cardiol* 2006, 59(8):785-93.
6. Elena Aldasoro y col. Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. Grupo IBERICA del País Vasco. *Med Clin (Barc)* 2007;128:81-5.
7. MYS 23. Dossier Corazón



María Jesús Soriano
 Psicóloga Clínica
 Psicoterapeuta individual y grupal

majeso@dtinf.net

La panacea de Los psicofármacos



¿Qué tienen los psicofármacos para que sean percibidos como los salvadores de todos nuestros malestares? A veces me plantean la pregunta, "¿tu recetas?, ¿me podrías extender tal medicación?". Y cuando les explico que no hago recetas, que mi función como psicóloga es escuchar su malestar para que conjuntamente podamos entenderlo y buscar estrategias, no siempre parecen muy animadas con mi aclaración. Diría que me miran escépticas, decepcionadas y poco confiadas en mi alternativa: la búsqueda conjunta de su bienestar a través de la palabra y de la escucha. Después, serán ellas que pedirán más sesiones de psicoterapia, más tiempo para estar en los grupos, y la creación de nuevos espacios para reflexionar. Pero, la realidad es que los psicofármacos son una parte de las nuevas tecnologías, de las prácticas terapéuticas que más pretenden incidir sobre la salud mental de las mujeres.

Los psicofármacos a los que me estoy refiriendo, se denominan también psicotrópicos. Actúan sobre el sistema nervioso central para producir efectos que alteran los estados mentales – especialmente los emocionales -, y por ello producen cambios en la conducta. Son buscados por sus dos efectos principales: sedante y estimulante. Los más utilizados por las mujeres son los que actúan como tranquilizantes. En los estudios sobre prescripción de psicofármacos, se concluye que la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes, ha sido siempre de dos a uno, es decir, el doble de mujeres que de hombres toman psicofármacos. Las cifras muestran que entre las mujeres de 18 a 29 años, el 12% utiliza tranquilizantes,

entre las de 30 y 44 años, el 21%; entre las de 45 a 59 años, el 22% y la cifra se eleva al 25% entre las de más de 60 años. El problema de la medicalización se agudiza a medida que las mujeres avanzan en edad.

¿Por qué se receta de esa forma tan abusiva? Una de las raíces a este problema tiene que ver con el modo de asistencia médica que tiende a no escuchar adecuadamente al paciente y así poder comprender el verdadero origen del problema por el cual consulta, recurriendo de forma estandarizada a la prescripción como tratamiento. Y cuando son mujeres, la prescripción pasa por tranquilizar el malestar con los psicofármacos.

Hace unos días, una mujer me explicaba: *"Llevaba unos días cansada. Me sentía desanimada, abatida, sin ganas de hacer nada... Levantarme cada mañana era cada vez peor, un suplicio; me costaba concentrarme y estaba destemplada. Decidí ir al médico. Salí peor; apenas se dignó mirarme, me hizo unas preguntas a las que casi sólo podía contestar con monosílabos, me regañó por lo que ella consideró un abuso de analgésicos, murmuró algo sobre depresión, me hizo una receta para tratarla. Tras reflexionar, pensé que yo, deprimida, no estaba, lo que estaba era muy cansada. Pedí un cambio de médico. El que me asignaron fue algo más considerado. Me comentó que lo mejor era descartar cualquier trastorno orgánico y me pidió unos análisis generales. A las dos semanas tuve la respuesta correcta a mi cansancio. ¡Solo tenía anemia!"*

Las mujeres somos el grupo principal de consumidoras de psicofármacos, grupo al cual dirigen su publicidad los laboratorios que los producen. Somos las dos terceras partes de la población que usa tranquilizantes. Dentro de los psicofármacos, el grupo de los benzodiazepinas (ansiolítico, sedante) es el más recetado. Gran cantidad de mujeres confiesan seguir utilizando esta droga diariamente durante uno o más años. Estas usuarias crónicas se encuentran con el riesgo potencial más alto de experimentar los efectos adversos de la droga.

Los medicamentos que se agrupan bajo la denominación de benzodiazepinas se describen como no adictivos, pero los estudios realizados indican que cualquier persona que los tome, incluso en dosis muy bajas, durante más de tres o cuatro meses, corre el riesgo de volverse fisiológicamente adicta.

Las benzodiazepinas actúan en el sistema nervioso central, teniendo efectos colaterales, no deseados, de los cuales los más habituales son: somnolencia, visión borrosa, incoordinación y torpeza motrices, dificultad en la concentración y la memoria, humor depresivo, irritabilidad, cambio en los hábitos del sueño. A menudo se observa también amortiguación de los efectos, disminución del deseo de iniciar o mantener contactos sociales y pérdida de la motivación.

En situaciones peligrosas en donde se requiere la acción de reflejos rápidos, la pasividad asociada con estos efectos puede ser contraproducente. Esto lo he observado particularmente en las mujeres maltratadas que tomaban tranquilizantes, y que manifestaban su dificultad

para alejarse de la relación abusiva de maltrato, además de la falta de reflejos para evitar los golpes, la dificultad para pensar con claridad y poder encontrar respuestas más favorables para ellas.

Es un hecho confirmado que el estado de salud mejora cuando la persona afectada tiene la posibilidad de comunicar su experiencia dolorosa a alguien con cuyo interés y comprensión pueda contar. A pesar de ello, rara vez se contempla esta posibilidad en el tratamiento médico, principalmente porque los profesionales apenas tienen tiempo para escuchar a sus pacientes y, en caso de tomárselo, les faltaría el conocimiento necesario para comprender el lenguaje de los sentimientos. Es de suponer que el motivo principal de ello sea el miedo al resurgimiento de sus propias emociones. Por desgracia, este miedo se combate con frecuencia atiborrando a las pacientes.

Otra mujer me comentaba indignada lo que le había pasado con su médica. Padece reumatismo y artrosis y fue a buscar la medicación para su tratamiento. Llevaba unos días muy preocupada por la salud de su hija que había sufrido un infarto cerebral. La doctora le preguntó que le pasaba y ella se lo explicó. Al describirlo, se emocionó y se puso a llorar. Mientras tanto la doctora le había extendido una nueva receta. Era un tranquilizante. Ella no quería calmantes, quería estar lo suficientemente lúcida para cuidar de su hija y claro que estaba triste, preocupada, angustiada, enfadada por lo que le había pasado a su hija, pero no necesitaba que la atontaran.

Además de los efectos colaterales, está el grave problema de la dependencia, en la que se ha establecido una relación de confianza con los tranquilizantes para desarrollar su vida habitual. Sin ellos, se puede tener la sensación de no saber funcionar ante imprevistos.

El otro grave problema sería los efectos por la supresión de la droga —síndrome de abstinencia. Superar este tramo del sín-

drome constituye uno de los trabajos más difíciles y dolorosos, y raramente se logra salir sin ayuda profesional. Los síntomas que componen el síndrome de abstinencia pueden incluir: a) ansiedad, hiperactividad psicomotriz, sentimientos de pánico, síntomas físicos como temblores, sudoración exagerada, náuseas b) distorsiones de la percepción, ideas persecutorias, sensación de extrañamiento corporal.

El plantear que las mujeres somos las principales consumidoras de psicofármacos, el constatar que el uso de los psicotrópicos por parte de las mujeres es abusivo, injustificado e inapropiado, tanto en lo que respecta a ellas mismas como al sistema médico que los prescribe, no es suficiente. Esto en realidad sería el enunciado del problema, y a partir de aquí tendríamos que plantearnos las preguntas sobre el mismo.

¿Son las tasas de trastornos mentales mayores en mujeres que en hombres? ¿Las tasas más altas de ansiedad y depresión en mujeres son resultado de un estereotipo sexual, o de su posición social desventajosa, o debido a una mayor vulnerabilidad biológica? ¿Cómo juega el rol de género de las mujeres como agentes de salud del resto de su familia y, en consecuencia, su contacto más frecuente con los médicos, en la mayor prescripción de drogas psicotrópicas? Tendremos que ir preguntándonos algunas de estas preguntas y muchas más, para poder explicar por qué las mujeres integran el grupo humano que toma más tranquilizantes. Pero no son necesariamente justificaciones. Muchas cosas no deben andar bien en nuestra sociedad para que una de cada diez mujeres adultas necesite drogarse para hacer frente a su vida diaria.

¿Cómo se trata de solucionar el malestar de las mujeres?

Uno de los efectos de esta situación consiste en que, al acceder a la consulta médica, las mujeres son percibidas como "el problema" y la droga que se prescribe como la "solución". Más que la búsqueda de las causas que originan los síntomas, se apunta a ofrecer una droga que rápi-

damente los acalle. Una escucha atenta y una detallada investigación de la vida diaria de las mujeres nos puede permitir aproximarnos a otros diagnósticos y otras prácticas.

Una mujer aquejada de crisis de ansiedad con ataques de pánico, expresaba su experiencia con los fármacos,:

"el suministro de fármacos interfería en mis procesos mentales y suscitaba en mí una sensación de amenaza, de peligro, porque temía que me afectaran en mis pensamientos y en mi identidad. Me sentía tratada a través de mi síntoma, pero no me estaban tratando a mí"

Emilce Dio Bleichmar señala que es importante que las mujeres empecemos a tomar distancia de la propia queja y nos hagamos cargo del riesgo y de la responsabilidad de pensar, reexaminar y proponer una revisión de las prioridades necesarias para dar cuenta, en forma cabal, de las nuevas patologías de género.

"Cada una debe responsabilizarse de lo suyo"

BIBLIOGRAFÍA

- El malestar de las mujeres la tranquilidad recetada. Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez. Edit. Paidós
- Estudio sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Mabel Burin y otras. Edit. Grupo Editor Latinoamericano – Colección Controversia.
- Dos para saber dos para curar. Hipatia. Edit. Cuadernos inacabados
- La madurez de Eva . " Cap. 1 – Fármacos en vez de conocimientos". Alice Miller. Edit. Paidós.contextos.



Pilar Parra

Bióloga. Nutricionista

pilarparra1@orange.es

eL HIERRO: tener y no tener

De la mayoría de nosotras es conocido lo habitual que es la carencia de hierro entre las mujeres con menstruación o embarazadas.

En las mujeres postmenopáusicas no es tan corriente, siempre que lleven una alimentación correcta y no hayan tenido sangrados por úlceras, operaciones quirúrgicas, cánceres de colon, trastornos metabólicos, problemas de absorción, etc.

En términos generales, la anemia ferropénica (carencia importante de hierro), afecta a más de 1.000 millones de personas en el mundo; sobre todo, en los países en vías de desarrollo, donde, la imposibilidad de tomar alimentos cárnicos provoca que alrededor de dos tercios de los niños y las mujeres en edad fértil tengan carencia de hierro.



SÍNTOMAS DE FALTA DE HIERRO

Volviendo a las mujeres del mundo llamado desarrollado, la mayoría solemos conocer los síntomas que esta carencia: palidez y uñas frágiles (a veces con forma de cuchara), fatiga, debilidad, respiración dificultosa durante el ejercicio, regulación inadecuada de la temperatura, pérdida del apetito y apatía. Las reservas insuficientes de hierro pueden reducir asimismo la capacidad de aprendizaje, rendimiento laboral y el estatus inmunitario, incluso antes de que se manifieste la anemia.

Hay que tener en cuenta que muchas personas con anemia ferropénica leve no manifiestan problemas evidentes, aparte de síntomas generales de cansancio, cefaleas, irritabilidad o depresión.

Según un estudio australiano con casi 30.000 mujeres, las que presentaban una ligera carencia de hierro se quejaban, en un 20% más que el resto, de cansancio, baja capacidad de concentración y falta de vitalidad.

ABSORCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL HIERRO

Una mayoría de mujeres afectadas sabe "lo mal que se absorbe el hierro".

Como mi propósito con este artículo es explicar como "comer hierro", para entender dónde está el problema, tengo que entrar en la fisiología de su absorción. Procuraré hacerlo lo más ameno y sencillo posible.

LA QUÍMICA

El hierro que ingerimos con los alimentos se presenta en dos formas químicas que difieren en su absorción por el cuerpo:

- **Hierro hemo**, llamado así por la molécula a la que está unido, presente en tejidos animales, sobre todo en el músculo. Se absorbe el 40 % aproximadamente.
- **Hierro no hemo**, también está presente en la carne, los huevos y la leche, así como en verduras, cereales y otros alimentos de origen vegetal. Cuya absorción es del 2% o poco más.

En general, la diferencia en la absorción de uno y otro hierro convierte la carne (por ejemplo la carne roja y de cerdo) en una fuente rica de hierro dietético, si consideramos tanto su contenido en hierro como la eficacia mayor de absorción. Consumir hierro hemo y no hemo a la vez aumenta la absorción del hierro no hemo. Así, comer carne con verduras y cereales suele mejorar la absorción del hierro no hemo presente en los vegetales.

El **hierro no hemo** puede encontrarse en forma reducida u oxidada (ferroso). Para que las células absorbentes del tubo digestivo (enterocitos) lo absorban, éste debe encontrarse en la forma ferrosa, así que todo lo que contribuya a que el hierro esté en su forma reducida ayudará a su absorción. Este es el caso de los ácidos orgánicos como la vitamina C o los ácidos del estómago, que solubilizan el hierro no hemo.

La menor producción de ácido estomacal que experimentan muchas personas mayores puede reducir la absorción y reservas corporales de hierro.

El factor que más influye en la absorción del hierro es la necesidad de este mineral en el cuerpo.

“ *la ferritina es una forma temporal de almacenamiento del hierro en los tejidos* ”

Según esta necesidad, dentro del enterocito, parte del hierro se abre paso directamente a la corriente sanguínea, donde la proteína transferrina lo traslada a todos los órganos. El resto se acumulará en el enterocito uniéndose a una proteína y formará la ferritina, que es una forma temporal de almacenamiento del hierro en los tejidos. Al final, el hierro no absorbido se eliminará con las heces.

En circunstancias normales, el hierro se absorbe sólo a medida que se necesita. Este mecanismo que evita la absorción del exceso de hierro, sobre todo en la forma no hemo, se denomina bloqueo de la mucosa intestinal y funciona regulando la saturación de transferrina que distribuirá el hierro por el cuerpo. En cambio, el hierro hemo se absorberá independientemente del estado de las reservas en el cuerpo. Sobre todo se almacenará en la médula ósea para fabricar glóbulos rojos o eritrocitos (70%), en el músculo (3%) y en el hígado en forma de ferritina, donde se destruirán los excesos.

Principales factores que afectan a la absorción del hierro:

Aumentan la absorción:

- Presencia de ácidos gástricos
- Presencia de hierro en forma hemo
- Demanda elevada de eritrocitos (pérdida de sangre, gran altitud, ejercicio físico, embarazo)
- Reservas bajas de hierro (ferritina)
- Factor de las proteínas animales
- Vitamina C, un vaso de zumo de naranja puede triplicar la absorción
- Consumo moderado de vino en las comidas

Disminuyen la absorción:

- Ácido fítico (en la fibra de los cereales) y ácido oxálico (en las verduras), que se unen en el tracto digestivo con el hierro y forman compuestos insolubles que reducen su absorción
- Polifenoles en el té y el café, en especial si se toman en las comidas. El café puede reducir hasta un 39% la absorción del hierro y los taninos del té hasta el 60%
- Reservas corporales totales de hierro
- Exceso de otros minerales (zinc, manganeso, calcio), especialmente cuando se consumen en forma de suplementos. La mayoría de estudios demuestran que el calcio tomado en cantidades superiores a 300 mg/día, reduce la absorción del hierro, así que se ha de tomar varias horas antes o después de una comida rica en hierro. Si se toman suplementos de hierro y calcio, no se deben tomar a la misma hora
- Reducción de los ácidos gástricos
- Algunos antiácidos
- Fosfatos de algunos refrescos como las colas y bebidas gaseosas y de los aditivos alimentarios



PÉRDIDA DE HIERRO

Por suerte, el cuerpo conserva y reutiliza el hierro una y otra vez. A medida que los eritrocitos mueren, los macrófagos del hígado, bazo y otros tejidos liberan el hierro de los eritrocitos. Éste forma enlaces con la transferrina en la sangre y de nuevo está disponible para su almacenamiento como ferritina o para la producción de hemoglobina. Más del 90% de la hemoglobina se recicla.

Los hombres adultos pierden 1 mg al día a través del tracto gastrointestinal, la orina y la piel. Cuando se toma el promedio de todo el mes, las pérdidas del hierro en las mujeres son en torno a 1,3 mg/día, dependiendo de la cantidad de sangre perdida en la menstruación.

COMER HIERRO

Si queremos “comer hierro” tendremos que consumir los siguientes alimentos.

Grupos de alimentos por orden de mayor a menor densidad nutritiva de hierro:

- carne y vísceras, carne de ave, pescado, mariscos, legumbres secas, tofu, huevos y frutos secos
- cereales integrales, cereales enriquecidos, germen de trigo, harina de avena
- verduras y frutas

En valores absolutos, la mayor densidad nutritiva respecto al hierro la aportan: las espinacas (pero sólo absorbemos un 1% del hierro que contienen debido al ácido oxálico), las ostras, el hígado, los guisantes y la carne de ternera y buey. En el caso del hígado sería deseable que el animal de que provenga esté criado de forma ecológica. En este caso, se puede tomar una vez a la semana.

“ *sólo absorbemos un 1% del hierro que contienen las espinacas* ”

Otra fuente de hierro son los utensilios de cocina de este material. Cuando los alimentos ácidos, como la salsa de tomate, se cocinan en recipientes de hierro, parte del hierro del recipiente pasa a la comida.



“ los suplementos siempre deben tomarse bajo supervisión médica o del terapeuta nutricional. ”

SOBRE LOS SUPLEMENTOS

Debido a que los niveles altos de hierro en el cuerpo son peligrosos, los suplementos siempre deben tomarse bajo supervisión médica o del terapeuta nutricional.

Para acelerar la cura de la anemia ferropénica, se recomiendan formas medicinales del hierro, como el sulfato u óxido ferroso. El aminoácido quelado de hierro es tres veces más absorbible que los anteriores.

Del 10% al 20% de los pacientes que siguen el tratamiento oral experimentan síntomas como diarrea, estreñimiento, náuseas y dolor abdominal. Se pueden reducir los síntomas tomando los suplementos con las comidas, aunque se reduce la absorción a casi la mitad. El fumarato o gluconato de hierro es usualmente mejor tolerado que el sulfato.

La absorción también mejorará cuando se toman los suplementos con agua o zumo de naranja en vez de té, café o leche.

En el caso de los suplementos, como es hierro no hemo, la absorción se verá regulada de forma cuidadosa por la facultad de la mucosa del intestino de impedir la absorción del exceso de hierro ingerido, al igual que sucede con el hierro de verduras, cereales, etc.

Aunque el “asunto” del hierro resulte ser un poco complicado, el resultado bien merece la pena, al fin y al cabo, serán 38- 40 años de mejor calidad de vida y, en este caso, sólo depende de nosotras.

“ Un vaso de zumo de naranja (vitamina C) puede triplicar a absorción del hierro. ”



Menú ideal

1er plato

espinacas, guisantes o legumbres

2º plato

carne, hígado o marisco, acompañado con salsa de tomate o pimientos rojos crudos. Aderezar todo con limón o vinagre

Fruta

naranja u otro cítrico, fresas, kiwi, piña, papaya o mango

Todo ello **cocinado en utensilios de hierro**, acompañado con una **copa de vino** (sus ácidos también incrementan la absorción) y sin tomar ni café ni té al final.

Esta sería una comida de absorción máxima de hierro y ya el resto dependerá de las reservas corporales de cada uno.

Recordemos que la vitamina C de los cítricos nos favorecerá la absorción del hierro no hemo contenido en carnes y vegetales. Así como la carne nos ayudará con el de los vegetales.

Cocinar en exceso los vegetales reducirá la biodisponibilidad de su hierro hasta un 20%.

Se dan casos de ingesta o incluso toxicidad del hierro por las costumbres de manipulación de los alimentos o el tipo de alimentación.

Por otro lado, los vegetarianos estrictos o gente que come muy poca carne tendrán que vigilar especialmente su dieta por peligro de deficiencia de hierro, aunque se ha observado que entre ellos no hay tanta anemia como cabría esperar, debido al alto contenido en vitamina C en su alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

- Perspectivas sobre nutrición. G. Warldaw. Ed. Paidotribo, 2008
- Este asunto de la nutrición. J. Yudkin. Ed. Bosch, 1979
- Metabolismo del hierro. M. Forrellat y cols. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2000; 16(3): 149-60
- Vitamins, Minerals & Herbal supplements. S. Brewer. Ed. Robinson, 2002
- Recetas nutritivas que curan. J. Balch y col. Editorial Océano, 2006
- La Biblia de la Nutrición Óptima. P. Holdford. Ed. Robin Book, 1999
- Tablas de composición de alimentos. O. Moreiras y cols. Ed. Pirámide, 2006
- Eat, Drink, and Be Healthy. W. Willett. The Harvard Medical School, 2001
- Minerales para la salud. U. Strunz y col. Ed. Robin Book, 2005
- La alimentación equilibrada en la vida moderna. A. Lajusticia. Ed. Edaf, 2005
- Manual de Fisiología Médica. W. Ganong. Ed. El Manual Moderno, 1978



Graciela Traba

Psicoanalista. Grup de Psicologia
de la Dona del Col·legi
de Psicòlegs de Catalunya
gracielatraba@telefonica.net

calidad y calidez en La atención sanitaria a Las mujeres

DE DÓNDE VENIMOS

Las mujeres, además de ser objeto de innumerables discriminaciones en tantos ámbitos, están construidas carentes de autoestima y instaladas en la creencia de ser para otros/as, en el rol de veladoras de los demás mientras ignoran su propio bienestar.

Esta posición de vida les (nos) conduce a establecer una relación con su cuerpo, en la que éste es vivido como algo ajeno, desconocido. Al no poder asumirlo como enteramente propio, tienden a desvalorizar sus emociones y relativizar sus dolores y malestares, así como a vivir una sexualidad reprimida que solo se legitima a través de la reproducción.

Como usuarias de atención sanitaria, las mujeres asumen una posición de inferioridad ante el profesional, al que ven como alguien perteneciente a una jerarquía superior. Como si no fuera de ellas mismas, de su cuerpo, de lo que estuvieran tratando, adoptan una actitud encogida, sin atreverse a preguntar por temor al rechazo, en actitud de sometimiento que, lejos de ayudar a realzarlas, las desvaloriza aun más ante sí mismas y ante el otro.

DE PACIENTES A PROTAGONISTAS

La atención en los servicios de salud debería ser más humana, favoreciendo la autoestima y el proceso de la toma de decisiones por parte de la usuaria. Debería

cuidar su privacidad y no despreciar las opiniones que ellas dan de sus síntomas, respetando sus peculiaridades, dando información suficiente y clara, cuidando que el tiempo de espera no sea lejano al tiempo de cita y evitando tratamientos innecesarios o no explicados debidamente, a los que, sin embargo, deben ceder su cuerpo en silencio.

Por otra parte, es preciso que las mujeres hablen no solo de sí, sino desde sí, es decir que las mujeres se den autoridad, den a su voz importancia, consideren que lo que ellas dicen de su enfermedad nadie puede decirlo, que se hagan dueñas de su ser.

Esta toma de conciencia de sí, en relación con su salud, se traduce en una toma de responsabilidad sobre su propia salud, un dejar de ser objeto pasivo frente al saber del otro, para convertirse en objeto activo. Esto significa aceptar los síntomas y enfermedades no como algo ajeno sino como una expresión de mí que, por lo tanto, tengo que escuchar, observar y tratar de descifrar, ya que son un mensaje que me estoy enviando porque mi cuerpo soy yo misma

ATENCIÓN DE CALIDAD Y CON CALIDEZ

Desde la noción de salud integral la calidad de la atención debe estar referida al conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, ambientales, sexuales y culturales del bienestar, es decir una asis-

tencia integrada y no fragmentada.

No es bueno escuchar solo el dolor físico olvidando que ese dolor ocurre en un cuerpo de una mujer que tiene también, un dolor emocional, o lo que es lo mismo, una mujer con horarios muy complicados de trabajo, quizá hijos adolescentes, quizás un marido que no ayuda y un suegro con Alzheimer!! ¡¡Cómo no le va a doler la espalda !!!!!!!!!!!!!!!.

La mujer de nuestro tiempo tiene que hacer frente a muchos aspectos emocionales, que en muchas ocasiones la superan, adoptando una actitud de negación frente a la angustia o estrés que dichas situaciones le producen. El mandato femenino ancestral la ubica en el lugar de poder con todo: lo familiar, lo laboral y lo social, dejando en un segundo plano su lugar y sus cuestiones, en este olvido de sí misma no hay un lugar para reflexionar acerca de su padecimiento, aquello que la lleva a enfermar.

La enfermedad es algo dinámico, un medio a través del cual la enferma está intentando decir algo con todas sus fuerzas, algo que no lo sabe decir de otra manera, ha desarrollado su enfermedad porque no podía decir algo de ella y de su malestar de otra manera, ya sea por su historia personal, por su genética, por su alimentación o el medio ambiente donde vive. Esta es su manera de expresarse.

Será de buena calidad, pues, la atención que incorpore y resuelva estos aspectos

en las circunstancias concretas de cada demanda, para esto habría que superar el enfoque biologicista, con que aborda la salud el modelo médico predominante, incorporando los aspectos emocionales, no medicalizando los síntomas y sí creando espacios para la palabra.

Esta calidez de atención que proponemos refuerza la autoestima de la usuaria. Calidez que no significa, como hacen ciertos profesionales, que en una tentativa de acercamiento, tratan a la usuaria como si fuera una niña pequeña, haciéndole preguntas infantiles, o dando como posibilidad propuestas que nada tienen que ver con la realidad del cuadro clínico, como por ejemplo, decirle a una paciente que está desanimada ante la operación que le van a realizar, que no se preocupe, que cuando salga se irá de compras o de viaje, cuando la realidad es que quizá tenga un postoperatorio muy difícil.

Ante una operación, claro que es necesario un acercamiento del profesional, pero no con fórmulas globales del tipo "quédate tranquila", "es una operación sin importancia", "no pasará nada malo", esta fórmula logra poco efecto o ninguno. La paciente es alguien inteligente, y puede que no sepa de medicina, pero intuye que estas palabras son dichas por el profesional más para él mismo que para ella, dejándola con la sensación de no ser escuchada. Por el contrario, si el profesional le explica cómo se sentirá después de la operación, hasta cuando, qué síntomas dará la medicación, etc..., lejos de angustiarla, premisa que suelen alegar los médicos para no informar, la paciente se sentiría más comprendida y acompañada en su enfermedad.

No se debería confundir el cuidar (no angustiar) con no informar, es posible hacerlo con palabras comprensibles y con una actitud cercana, evitando los tecnicismos innecesarios. La relación debería estar centrada en una actitud personal, no paternalista, recordando en todo momento que quien está enferma es la usuaria; una mala comunicación la debilita mientras que la comprensión de lo que le está pasando la ayuda a posicionarse mejor ante la enfermedad y le permite colaborar con el profesional, como formando parte del

equipo, en vez de sentirse víctima. Y es probable que ser parte activa de la cura influya positivamente en su recuperación.

¿QUÉ PASA CON LOS PROFESIONALES?

El poder, entendido como hecho positivo, es la capacidad de decidir sobre la propia vida. Sin embargo, si los profesionales sanitarios no han hecho un proceso de aceptación de sus propios límites, topar con su impotencia le provocará dificultades en la relación directa.

La competencia del profesional es escuchar lo más posible sin prejuicios. La medicina oficial, androcéntrica, ha estudiado mal a las mujeres; lo ha hecho desde actitudes prejuiciosas. Por ejemplo, una mujer de alrededor de cincuenta años que acude a un ambulatorio porque está triste, lo más probable es que reciba como respuesta inmediata una receta con un antidepresivo de última generación, ya se sabe..... es menopáusica.

Sin embargo, quizás con una entrevista más cercana, con algunos minutos más de conversación y una mirada a los ojos de la usuaria, el o la profesional podría haber averiguado que esta mujer, que sí está en la menopausia, no está triste por su falta de hormonas sino porque hace poco su mejor amiga ha muerto de un cáncer, por ejemplo, y ella está triste y ...¡asustada!. Lo esperable ante esta situación es precisamente el dolor, la tristeza y el miedo, y para esto un antidepresivo no es la mejor terapéutica, sino una escucha cálida.

MEJOR ESCUCHAR

Medicalizar los síntomas emocionales es una manera de cronificarlos y una forma de violencia que promueve en las mujeres la dependencia y la adicción a medicamentos que supuestamente las equilibran.

Las mujeres son, más frecuentemente que los hombres, recetadas con psicofármacos para tranquilizarlas: ansiolíticos y antidepresivos para modificar su estado de ánimo, somníferos para que puedan dormir... La indicación de medicamentos suele dejar de lado la escucha del momento vital de la usuaria.

El trabajo personal de autoinspección debería formar parte de la formación de los profesionales. Es fundamental ya que da a la persona la posibilidad de discriminar entre lo que son tus cosas y lo que son las cosas de la usuaria, que tiene derecho a tener delante a un profesional que no le proyecte sus propias cuestiones.

Sumada a esta carencia formativa, hay médicos que han renunciado a escuchar con sus oídos y ver con sus ojos, y se han convertido en ejecutores anónimos de la industria farmacéutica y de la maquinaria diagnóstica. Han hecho suyo el concepto de que el acto terapéutico, la diagnosis y la prescripción requieren centenares de análisis y de fármacos. En una palabra se han despojado de su propia competencia. En tal caso, es lógico que no tengan en cuenta la competencia de sus pacientes.

PARA TERMINAR

El dolor debe dejar de ser una cosa contra la cual hay que luchar para hacerlo desaparecer a cualquier precio, para convertirse en algo a escuchar, a entender y decodificar. Juntos usuaria y profesional captan el sentido de ese dolor, así se puede prescribir el fármaco adecuado o cualquier otra medida. La relación, entonces, deja de ser una relación de poder, como decía al principio, para convertirse en una relación terapéutica y ésta, para llamarse así necesita de dos partes, la una sin la otra no puede funcionar.

La trayectoria de la enfermedad depende de cada usuaria siendo distinta en cada una, lo mismo ocurre con la curación, ya que partimos del concepto de que enfermedad y salud son procesos dinámicos y peculiares para cada persona. Un tratamiento es un viaje, donde se avanza pero con paradas, tropiezos, caídas y momentos de negro desaliento.

Curar es un verbo que se conjuga en presente. Curarme consiste en acceder a porciones cada vez más grande de mundo. Implica un cambio hacia un estado diferente del primitivo, anterior al suceso de enfermar.

¿Lo sabe tu dentista?

algunos medicamentos para prevenir
La osteoporosis pueden provocar
necrosis de mandíbula



María E. Ferro Abatto

Odontóloga

La osteonecrosis, significa literalmente “hueso muerto” (oste= hueso, necrosis = muerto). La osteonecrosis es el resultado de la falta de circulación sanguínea en partes específicas de los huesos.

Existen en la actualidad un gran número de mujeres en la menopausia que están recibiendo tratamiento médico para “prevenir la osteoporosis” mediante la administración oral o parenteral de BIS-FOSFONATOS o BIFOSFONATOS

La mayoría de estas pacientes desconoce que la administración de dicho fármaco ocasiona severos riesgos de sufrir una osteonecrosis de los maxilares, patología de difícil tratamiento, muy dolorosa y que puede aparecer con posterioridad a un tratamiento odontológico en el que se hayan realizado extracciones dentarias, cirugías periodontales, endodoncias, implantes o que hayan sufrido fracturas maxilares por traumatismos.

Si bien dicho fármaco es de suma utilidad en el tratamiento de algunas enfermedades graves, con la información y caustica que disponemos hoy día, resulta absolutamente imprescindible que los/las profesionales que prescriben estos medicamentos para la prevención de la osteoporosis evalúen seriamente los riesgos y los beneficios de dicho tratamiento contemplando la posibilidad de utilizar otras alternativas terapéuticas ya que es evidente que los tratamientos odontológicos mencionados no son prácticas

excepcionales, sino todo lo contrario, son tratamientos que seguramente podemos recibir en algún momento de nuestra vida siendo en muchos casos inevitables ya que el no efectuarlos implicaría un grave compromiso para la salud del paciente.

La experiencia personal obtenida con pacientes que reciben dicha medicación y las posteriores complicaciones surgidas en el tratamiento odontológico de las mismas me ha permitido constatar que en muchos casos la paciente o bien no ha sido informada correctamente sobre los riesgos que asumen a la hora de empezar el tratamiento con esta medicación o bien piensan que no es necesario mencionarlo a su odontóloga/o ya que “solamente es calcio para los huesos” (sic).

Por lo expuesto, las mujeres que ya consumen estos medicamentos deberían consultar con las/los profesionales que se los prescribieron a fin de que se evalúe la conveniencia o no de efectuar una sustitución del mismo y en caso de necesitar tratamiento odontológico no dejar de comunicárselo a su odontóloga/o antes de efectuar el mismo dados los importantes riesgos y complicaciones que pueden aparecer si no se toman los recaudos pertinentes.

La lista de nombres comerciales de los bifosfonatos o bisfosfonatos que se venden actualmente en España:

- | | | |
|---------------------|--------------|-------------|
| - Ácido alendrónico | - Bonfios | - Linotén |
| - Acrel | - Bonviva | - Mebonat |
| - Actonel | - Calbión | - Osteum |
| - Aredia | - Difosfén | - Skelid |
| - Bifoal | - Fosamax | - Xinsidona |
| - Bondronat | - Fosavance | - Zometa |
| | - Hemocalcin | |

Es importante difundirlo ya que tenemos derecho a ser informadas y a participar en las decisiones sobre los tratamientos médicos que se nos aplican y que afectan a nuestra salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merigo E, Manfredi M, Meleti M, Guidotti R, Ripasarti A, Zanzucchi E, D'Aleo P, Corradi D, Corcione L, Sesenna E, Ferrari S, Poli T, Bonanini M, Vescovi P. Bone necrosis of the jaws associated with bisphosphonate treatment: a report of twenty-nine cases. *Acta Biomed* 2006; 77:109-17.
2. Migliorati CA, Schubert MM, Peterson DE, Seneda LM et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of mandibular and maxillary bone. *Cancer* 2005;104:83-93.
- 3-M.A:Villa Vigil – Atención con los bifosfonatos o bisfosfonatos – pag.21 “Dentistas” Revista de opinión de la Organización Colegial-October de 2008
- 4- JAIMES, M., OLIVEIRA, G.R., OLATE, S. et al. Bifosfonatos asociado a osteonecrosis de los maxilares: Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol.* [online]. 2008, vol. 24, no. 3 [citado 2008-12-15], pp. 219-226. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000300004&lng=es&nrm=iso> ISSN 0213-1285

ANTICONCEPCIÓN:

tú decides

Este dossier va de anticoncepción y anticonceptivos. Sabemos que tal como están las cosas con las enfermedades de transmisión sexual (con el sida a la cabeza), no se puede hablar de pros y contras de un método anticonceptivo sin tener en cuenta su eficacia o vulnerabilidad respecto a la protección del contagio. Aún así, nos parecía importante hacer un dossier específico de anticoncepción por dos motivos: uno, porque los recientes acontecimientos sobre aborto nos han hecho comprender la necesidad de volver a hablar del derecho a decidir de las mujeres respecto a su vida y a su cuerpo en general, y a su maternidad, en particular.

Creemos que es importante centrar la mirada de las chicas y chicos (y no tan chicas ni chicos) en el viejo tema de la planificación familiar que no significa otra cosa que recordarles que tener hijos es algo demasiado importante para dejarlo al azar, y abortar puede ser demasiado traumático (y a la vista de lo ocurrido, peligroso) como para considerarlo como algo más que un recurso in extremis. Separar el sexo de la reproducción, esa prerrogativa de los seres humanos, pasa forzosamente por asumir la responsabilidad de decidir sobre nuestra fertilidad, que es tanto como decir asumir la responsabilidad del cuidado de nuestro cuerpo, y si ese cuidado es autocuidado, es decir, no se deja en manos de los médicos, pues mejor. Aquí llegamos al segundo motivo para hacer este dossier. En los últimos meses la industria de los tratamientos hormonales ha lanzado una ofensiva para reprecstigiar los anticonceptivos orales, al parecer, de capa caída en los últimos años. Esta campaña, no sólo omite deliberadamente la “evidencia” con que contamos ya de los graves efectos secundarios a medio y largo plazo de la anticoncepción hormonal, sino que, pretende incluso que los anticon-



ceptivos, aparte de su función de evitar la fecundidad, tienen beneficios extra para la salud de las mujeres. Se trata del viejo sutil y perverso argumento, que está en la base de la galopante ola de medicalización que nos acecha, de que las mujeres, en cualquier época de la vida, necesitamos un correctivo externo porque somos, ¡qué se le va a hacer!, incompletas e imperfectas

Margarita López Carrillo



“pLannings”: un modelo asistencial que se diluye

Ma. Rosa Pous

Ginecóloga

rpous@ambitcp.catsalut.net

Los inicios de los actuales Programas de Atención a la Mujer -con diferentes denominaciones según las comunidades autónomas- se remontan a los Centros Municipales de Planificación Familiar (C.Pl.F.), comúnmente conocidos como “los planning”, que surgen en todo el país a finales de los 70. Mucho ha ocurrido desde entonces y, como en todo proceso de crecimiento, se han producido ganancias y pérdidas. Lo preocupante en estos momentos es la percepción de que, en el modelo asistencial al que se ha llegado, prevalecen las pérdidas. Un breve repaso histórico permite contextualizar el tema y reconocer los esfuerzos de todos los actores implicados, “actrices” en su mayoría. En el caso particular de Cataluña, el surgimiento de los Centros de Planificación Familiar fue muy potente; el primero fue reconocido en 1977, y se llegó a un total de 65 en toda la Comunidad hacia 1995. Este proceso resulta de un trabajo arduo por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, negados hasta ese momento en el ámbito público. Los C.Pl.F. surgen como respuesta a la presión y demanda de muchos grupos de mujeres, a través de los Ayuntamientos democráticos. Éstas fueron descubriendo y aprendiendo que la sexualidad no era sólo reproducción, sino que también era erotismo, afectividad y placer. Por lo tanto, querían y exigían ser escuchadas y

atendidas en todo lo que implicaba su Salud. Nada más y nada menos. Aunque la anticoncepción como tal se remonta al 2.000 AC, es en la primera mitad del s. XX que mujeres como Margaret Sanger y María Stopes la enfocan ya desde los derechos de la mujeres, y no sólo de los reproductivos sino de los sexuales.

En este contexto surge el movimiento de Planificación Familiar en Cataluña y en todo el Estado español. Aquí, con la característica de que más del 90% de las personas implicadas eran mujeres, y en muchos de los casos voluntarias que debieran formarse en la temática, para poder luego formar a otros.

Releer la producción documental de esos años traslada irremisiblemente al potencial ideológico y reivindicativo de las demandas de aquel entonces. Sin embargo, en el discurso actual del medio sanitario predominan las denominaciones como “centro proveedor” o “producto intermedio”; la lógica procedimental ha prevalecido sobre aquella que priorizaba las metas de asistencia a las mujeres. Más aún, este abandono ya desde el lenguaje del compromiso con los derechos como principal horizonte, se potencia con un no reconocimiento de los profesionales que hicieron posible un cambio tan abrupto y positivo en la atención sanitaria hacia las mujeres.

LA MOVILIZACIÓN NECESARIA

A fines de los 70, la sexualidad como tal está aún inscrita con exclusividad en el ámbito privado; el discurso dominante de entonces sólo la “reconoce” en relación a

la reproducción. La mayoría de las mujeres no acuden a una consulta ginecológica y, si lo hacen, es en general por asuntos relacionados con sus embarazos. Por lo mismo, correspondió a esta realidad que los métodos anticonceptivos (AC) fueran ilegales y así se mantuvo hasta 1978. Lentamente, algunas mujeres empiezan a interesarse, a leer, a aprender y a tomar conciencia de su sexualidad y de su derecho a que ésta sea sana y placentera. Empiezan a reivindicar que el concepto de SALUD también incluye la Sexualidad.

Este movimiento coincide con momentos de grandes cambios políticos en el país. De pequeños grupos de activistas se pasa a movimientos organizados de mujeres, que presionan buscando recursos y respuestas para sus necesidades. Reclaman que sus demandas asistenciales sean satisfechas y que termine el discurso médico dominante, impulsado desde un modelo patriarcal. Se hace incluso necesario que algunas profesionales se desplacen al extranjero a conocer y formarse en anticoncepción, para reforzar esta iniciativa. Se estaban gestando los Centros de Planificación Familiar.

CONQUISTAS INICIALES

Los colectivos de mujeres -como grupo social- exigen a los primeros Ayuntamientos democráticos una respuesta a esta necesidad no cubierta. Reclaman el derecho a ejercer su Sexualidad, con garantías, responsablemente y sin consecuencias graves de ningún tipo (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.).



Hay entonces una respuesta positiva desde los gobiernos locales, que asumen en un inicio los costes económicos y van creándose los Centros en todo el Estado. Los equipos formados para estos fines de asistencia sanitaria son multidisciplinares -Consultoras, Aux. administrativas, Médicas, Psicólogas, Comadronas-, cuyos integrantes se van capacitando técnicamente y en los que la predisposición profesional, la actitud y el compromiso ideológico son las principales señas de identidad. Es así que la creación de los Centros de Planificación Familiar comienza en un momento en que, en España, todos los métodos AC son aún ilegales y el aborto voluntario está penalizado.

EL MODELO Y SUS PILARES

La propuesta que se acababa de poner en marcha se caracterizó por una serie de atenciones específicas que vale la pena reseñar para recordar aquel modelo asistencial de referencia.

- Tratamiento Post coital: su administración permite establecer el vínculo con el Centro, si la paciente no lo tenía ya; nunca se retrasa la consulta ni existe la posibilidad de un profesional objetor; esta asistencia se realiza desde el compromiso ético con los derechos de las mujeres.
- Test de Embarazo: se toma en consideración la actitud de quien la solicita (si la gestación es deseada o no, para comenzar), y el modelo de respuesta dependerá de esta evaluación.
- Demanda de IVE: es muy importante quién atiende la demanda, su actitud, el tiempo que ofrece para

pensar y decidir; se reconoce como una situación de conflicto y existe la posibilidad de un soporte psicológico; se presta especial atención ante la adolescente y más si es la primera consulta; funciona un circuito de seguimiento constante con el Centro de derivación.

- Atención a Jóvenes: se aborda la temática de la sexualidad, atendiendo a mitos, dificultades y miedos; se brinda información y pautas de autocuidado; no es prioritaria la exploración.
- Talleres para adolescentes: este eje varía desde la transmisión de información hasta la consigna de trabajar actitudes.
- Atención psicológica: existe como soporte a l@s usuari@s y al equipo; e incluso, en el año 1986, se elabora un Documento que recoge las aportaciones de estos profesionales a los Centros.

En concordancia con estos servicios y objetivos, las áreas de formación de estos profesionales pioneros de los Centros de Planificación Familiar son:

- Transmisión de conocimientos (Met. A.C.; patología ginecológica)
- Entrenamiento en metodologías efectivas para la Educación Sanitaria.
- Formación en Comunicación, en Atención a la Demanda específica (ej. Interrupción de Embarazo - IVE)
- Clarificación y compromiso ideológico: trabajo de equipo, con reuniones semanales, soporte de Psicóloga, Grupos Balint.

Este último punto dará la pauta de la línea de trabajo de los Equipos, donde la reflexión y la autocrítica son una constante, así como la búsqueda de un equilibrio inter-profesional.

NUEVOS DESAFÍOS, BUENAS INTENCIONES

La primera propuesta de integración de los CPF a una Red Única Asistencial surge desde los propios Centros. En Cataluña concretamente, a inicios de 1985, y se le da vía a través de la Federación de Municipios. O sea, se realiza a sólo dos años de la creación del Instituto Catalán de Salud, y cuando aún no se ha refrendado la Ley General de Sanidad de 1985, que da Cobertura sanitaria universal a los ciudadanos. Esta iniciativa viene motivada por la baja cobertura poblacional, por las dificultades de trabajar en una red asistencial paralela y, sobre todo, por la convicción de que debe extenderse la asistencia a todas las mujeres, como un derecho propio.

Allí constaba una petición surgida, como la propuesta de integración, de la propia estructura de los C.Pl.F: "Es necesario respetar el patrimonio de experiencias y conocimientos acumulados y provocar o conseguir un aumento de los recursos humanos ampliando el horizonte de la responsabilidad en anticoncepción y salud materno infantil a los profesionales de la Red Pública". La integración en esta Comunidad Autónoma se ha realizado paulatinamente, de diferentes formas -espacial, funcional, y raras veces de profesionales- desde ese año y ha finalizado hacia el 2004. Lamentablemente, aquel postulado tan importante no se ha cumplido como debiera. Recién a mediados de 1997, cuando ya se había completado un 67% de la integración, se realiza una encuesta, la única, destinada a recoger el punto de vista de los

profesionales implicados en este proceso. Al momento de la consulta, ya se habían desestructurado tres Centros de una misma Provincia. Destacan como elementos positivos la ampliación de la cobertura asistencial, la mayor facilidad para acceder a pruebas complementarias y recetas, así como la posibilidad de un mayor intercambio entre los equipos de CPF y del Área Básica de Salud, que ahora comparten espacio. Por otra parte, ha tenido lugar una disminución de la atención integral, una menor detección de problemas sexuales, además de la pérdida del soporte psicológico en muchos equipos y también la pérdida de aquella fuerte identidad de equipo de los primeros CPF.

RACCONTO DE PÉRDIDAS

Actualmente, en esta Comunidad, el Programa de Atención a la Mujer se define como: "Atención en Salud Sexual y Reproductiva". Hay una cierta fagocitación del lenguaje previo, de la "sabiduría" de los programas; éstos se han reconvertido, de forma que mantienen el nombre pero no el contenido.

Un breve resumen de actividades concretas pueden dar cuenta de este fenómeno:

- No se preserva la continuidad de relación de la usuaria con el profesional. ¿Cómo establecer de este modo una relación terapéutica?

- Ante la demanda de IVE, muchas veces solo se facilitan direcciones, incluso más de una. No hay circuito de retorno con los Centros de derivación; en general se desconoce su funcionamiento. Se ha banalizado esta atención. Si se cree que sólo hay que facilitar una dirección, ¿qué sentido tiene que estas mujeres acudan a un centro asistencial?

- La anticoncepción post coital, a pesar de que es gratuita, algunas veces no se facilita (por ser profesional objetor, por

tratarse de una menor, por la repetición de la demanda, o incluso por la hora de solicitud, que puede dar lugar a la derivación a otro Servicio o turno). ¿Se valora en esos incumplimientos con los métodos las barreras lingüísticas con algunas mujeres? ¿Podrá esta dificultad de acceso vincularse en alguna medida al aumento de abortos en población inmigrante?

- A pesar del nombre del programa, en general no se aborda la Sexualidad; en general no se pregunta, ni siquiera el inicio de las relaciones sexuales, y pocos o ningún dato son registrados; o sea, esta dimensión sanitaria no existe en la historia clínica de la usuaria.

- La primera visita al Servicio, de gran importancia para una evaluación preliminar de la usuaria, ahora está a cargo únicamente de la Comadrona, ya que sólo se toma en cuenta la actividad preventiva de Cáncer de Cervix.

- En cuanto a la atención del colectivo joven, se resume en "actividades preventivas", un rótulo que no llega a clarificar el contenido de estas acciones.

- Entre los Objetivos de Educación Sanitaria, se encuentran los Talleres de Sexualidad para adolescentes; estos están a cargo de las Comadronas, a las que les han sido encomendados sin valorar sus intereses, aptitudes y motivaciones para llevarlos adelante. ¿Basta con distribuir información para educar a este colectivo en Sexualidad Responsable?

- El Trabajo de Equipo se ha reducido prácticamente a Sesiones Clínicas de formación, que son quincenales en el mejor de los casos.

La percepción mayoritaria en las profesionales es la pérdida definitiva de un modelo asistencial. Esto se acentúa con la desestructuración realizada en los equipos de los Centros.

En la nueva Cartera de Servicios, están perfectamente estructuradas y delimitadas por categoría profesional las actividades de cada cual. Y éstas responden exclusivamente a la

titulación académica.

Se ha diluido, en conjunto, el compromiso ideológico con la Salud y los Derechos de las mujeres. Actualmente se codifican muchos ítems pero no se da lugar a la palabra de la Mujer, como protagonista de derechos sexuales. ¿Será éste el camino para la tan reivindicada atención integral? Surgen muchas preguntas más, pero ante la actual banalización de las palabras, quisiera aportar una definición de un filósofo uruguayo, Carlos Vaz Ferreira, refiriéndose a las "falacias verbo-ideológicas": "(...) consiste en confundir el significado de las meras palabras con el nivel de las ideas y de las realidades que esas palabras intentan expresar".

BIBLIOGRAFIA

- Sexualidad y Pl. Familiar. OMS Europa. Copenhague, Nov. 1983
- Asistencia Primaria y Pl. Familiar, por una Red Funcional Única. Diputación de Barcelona, 1985
- La Sexualidad Humana. Cuadernos. Ministerio Sanidad y Consumo, 1986
- La Mujer: Objeto o Sujeto de la Pl. Familiar. E. Lutz. Lima, 1986
- Manual de los problemas psicosociales de las usuarias de los Servicios de Pl. Familiar. Dip. Barcelona, 1987
- 7 Preguntas Críticas a 7 Expertos en Pl. Familiar. Rio de Janeiro, 1989
- Acogida de la Demanda de Aborto. Quadern CAPS. N° 13, 1989
- Situación Actual de los Servicios Municipales de Pl. Familiar. Molero, F. 1997
- Aspectos éticos en la contracepción post coital. Revista Dialogos. Monasterio, L. Julio 2002
- XIX Simposio de la Soc. Catalana de Contracepción. Demanda de Aborto. Zaragoza, A. 2006



Carme Valls Llobet
Endocrinóloga
caps@pangea.org

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES: ya no son la primera elección

ESCASA INVESTIGACIÓN

Los anticonceptivos hormonales supusieron en los años sesenta del pasado siglo un recurso imprescindible para las mujeres que deseaban planificar sus embarazos. Asumían su responsabilidad, las consecuencias que pudieran tener en su propia biología, la disminución de la libido para muchas y, como decían algunos ginecólogos de la época, "dado que son las mujeres las que quedan embarazadas, son ellas las que han de tomar precauciones, no nosotros". Pero la primeras mujeres que utilizaron los anticonceptivos hormonales de primera generación en la década de los años 1960 a 1970, lo cuales habían sido investigados en un número escaso de mujeres caribeñas e introducidos en el mercado como la panacea de la planificación familiar, sufrieron grandes cambios en su metabolismo, dado que las dosis hormonales eran muy altas, casi veinte veces más elevadas que los anticonceptivos de que disponemos en la actualidad.

Los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración de anticonceptivos orales han adolecido desde siempre de la escasez de ensayos clínicos para evaluar sus efectos secundarios. Pero sabemos que los síntomas más frecuentes a corto plazo son: ganancia de peso, náuseas, dolor y tensión mamaria, disminución de la frecuencia de los ciclos menstruales, aparición de sangrados intempestivos, dismenorrea (regla dolorosa), metrorragias (reglas excesivas) y edema de piernas.

Un reciente estudio con 2863 mujeres francesas dice que estos síntomas no son diferentes según el tipo de anticonceptivos usado. Los autores recomiendan, ya que los riesgos están poco estudiados, que se mejoren los estudios para que el consejo médico sobre su tolerancia esté basado en evidencia de buena calidad y no en sus propiedades teóricas.

Tampoco ha sido estudiada su incidencia en el estímulo de la autoinmunidad, es decir, cuando el sistema inmunitario se vuelve contra el propio organismo, (incremento de Anticuerpos Antinucleares (ANA), fenómenos lupus-like, desencadenamiento de lupus eritematoso y de tiroiditis auto inmune...). Además, la alta prevalencia de enfermedades autoinmunes entre la población femenina hace más complejo evaluar la influencia de los anticonceptivos hormonales ya que su efecto se suma a otras fuentes de estrógenos como los ambientales.

RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO Y ARTERIAL CEREBRAL (ICTUS).

La segunda referencia bibliográfica es un riguroso metanálisis que agrupa los datos de todos los estudios que relacionan efectos vasculares y anticonceptivos hormonales desde 1980 hasta 2002. Los autores llegan a la conclusión de que el riesgo de enfermedad cardíaca y vascular arterial, que ya era apreciable en los

anticonceptivos de primera generación, aumenta de forma significativa con el uso de los anticonceptivos de segunda y tercera generación, los cuales presentan dosis baja de etinil estradiol y alta de progestágenos de síntesis, incluido el levonorgestrel.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL CÁNCER

En Junio de 2005, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS, ha clasificado la anticoncepción hormonal y la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia como carcinógeno en seres humanos.

Un metaanálisis publicado en 2006 agrupa estudios desde 1980 que relacionan el uso de anticonceptivos hormonales con cáncer de mama. El resultado es que el uso de anticonceptivos hormonales en general, con diversas dosis, se puede asociar con el aumento del cáncer de mama aparecido en la premenopausia. El uso de anticonceptivos se asoció con riesgo de cáncer de mama con casi la misma frecuencia para las que habían tenido hijos que para las que no (nulíparas). Sin embargo, mientras la utilización prolongada de anticonceptivos hormonales entre las mujeres que no habían tenido hijos no se correlacionó con mayor incidencia que entre las que lo habían usado menos tiempo, en las mujeres con hijos la asociación entre el

uso de los anticonceptivos hormonales y el riesgo de cáncer de mama fue mayor para las que los hubieran utilizado 4 años o más antes de tener el primer hijo.

Durante el año 2008 se han publicado dos estudios señalando la disminución de la incidencia del Cáncer de ovario entre las usuarias de contraceptivos hormonales durante tres años. Algunos divulgadores se han apresurado a resaltar este beneficio. Sin embargo, no han sido publicados hasta la fecha estudios que comparen la incidencia de los dos tipos de cáncer en el mismo grupo de población. La disminución de la incidencia del cáncer de ovario, que aunque maligno es mucho menos frecuente, y en cambio el incremento de la incidencia de cáncer de mama, hacen un balance negativo para recomendar su uso como prevención.

LA PÍLDORA PARA ABOLIR LA MENSTRUACIÓN ¿DA REALMENTE LIBERTAD?

El 22 de Mayo de 2007 la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos, aprobó una píldora de uso continuado para la "prevención del embarazo" que ha provocado recelos y polémica.

Tiene una composición, igual que los de segunda y tercera generación, de levonorgestrel y etinilestradiol, y viene en cajas de 28 píldoras que deben ser tomadas de forma continuada (no contienen una semana de placebo como algunas otras que hay en el mercado). La administración que proponen, pues, es continua y la dosis hormonal también, por lo que se suspenden los ciclos menstruales y, por tanto, el sangrado mensual. Aunque es muy probable que se presenten sangrados o manchados en diversos momentos del tratamiento.

La seguridad y eficacia de la nueva píldora se ha basado hasta la fecha sólo en dos estudios de un año cada uno que englobaron 2457 mujeres de

18 a 49 años. Durante el primer medio año de la administración de la píldora, más del 53% de las mujeres que participaron en el ensayo presentaron sangrados no esperados, y al cabo de un año de tomarla el 41% seguía presentando sangrados intermitentes. Además, la FDA advierte en su aprobación, que los riesgos de usar esta píldora son similares a los riesgos de otros anticonceptivos orales, como el incremento de riesgo de trombosis periféricas y pulmonares, accidentes vasculares cerebrales y ataques cardíacos y que el tabaquismo aumenta los riesgos cardiovasculares de los anticonceptivos hormonales.

También advierte que la eliminación de los periodos regulares, puede hacer difícil a las mujeres reconocer si pueden haber quedado embarazadas, por lo que aconseja que las mujeres que la utilizan se realicen la prueba de embarazo, si creen que pueden estarlo.

TODO ELLO NOS LLEVA A HACERNOS LOS SIGUIENTES PLANTEAMIENTOS RESPECTO A LA PÍLDORA DE USO CONTINUADO

Dada la poca duración de los ensayos clínicos con esta nueva píldora, se deberán hacer más estudios si se recomienda su uso más de un año, que es lo que hasta la fecha está estudiado. Dado, además, que la composición hormonal de esta píldora es parecida a los anticonceptivos hormonales de segunda y tercera generación, que reducen la dosis de estrógenos pero aumentan la de progestágenos de síntesis para activar la capacidad inhibidora de la ovulación, hemos de atribuirle pues los mismos riesgos cardiovasculares y de cáncer de mama. Las consecuencias neuroendocrinológicas y metabólicas de romper la armonía del ciclo menstrual, tampoco han sido estudiadas. Además, los sangrados imprevistos, y de retención de líquidos, son molestos y han provocado abandonos, y no deja

de ser sorprendente que la abolición de la regla, haga más difícil la detección de un posible embarazo en el primer mes, por lo que se alerta a las mujeres para que ellas tengan una actitud vigilante.

En fin, aunque el nombre comercial de la píldora (Librel), se quiere asociar a libertad, el hecho de no poder prever los sangrados que pueden presentarse de forma intempestiva, con los riesgos que se van acumulando en el organismo, provocan en realidad una nueva servidumbre para las mujeres.

LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES YA NO SON LA PRIMERA ELECCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS

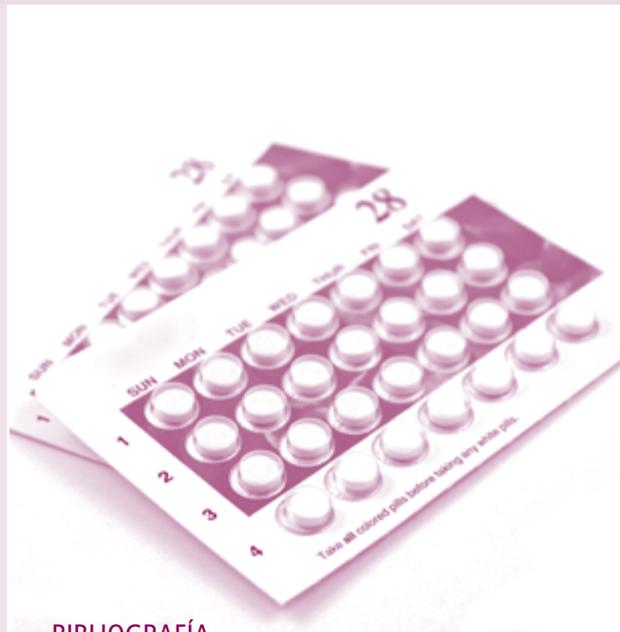
Entre las adolescentes el mejor método de prevención de embarazo continua siendo el preservativo que impide también las enfermedades de transmisión sexual. Con las actuales evidencias científicas ya no es el método de primera elección para prevención del embarazo a cualquier edad. Falta comprobar a medio plazo con ensayos clínicos bien diseñados los efectos de los anticonceptivos hormonales sobre la autoinmunidad y los efectos secundarios sobre la glándula tiroidea y a largo plazo recoger más evidencias sobre su efecto sobre el cáncer de mama. Existen indicaciones terapéuticas precisas para mujeres que padezcan endometriosis en la que es necesario abolir la menstruación durante largos periodos, pero sin mayores conocimientos científicos, y mayor duración de los ensayos de investigación, sería recomendable individualizar claramente las indicaciones y dado que existen otros métodos mecánicos para la prevención del embarazo, no introducir más hormonas en el cuerpo femenino sin conocer ni informar adecuadamente de los riesgos a corto, medio y largo plazo.

MECANISMOS BIOLÓGICOS QUE RELACIONAN LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y EL CÁNCER DE MAMA

El riesgo de los anticonceptivos orales con baja dosis de estrógenos depende de la asociación con los progestágenos de síntesis, cuyos efectos negativos dependen del estado previo de las células mamarias, y tienen por lo tanto una variabilidad individual; además no todos los progestágenos de síntesis actúan de la misma forma en la célula mamaria normal y patológica. Existen estudios que comparan los efectos de diversas hormonas sobre las células mamarias con cáncer o no. La medroxiprogesterona, usada durante años para tratar deficiencias de la segunda fase de ciclo, en los tiempos en que no se disponía de progesterona natural micronizada, puede aumentar el riesgo de cáncer de mama en mujeres que utilicen el tratamiento durante largo tiempo, porque aumenta la tasa de mitosis de las células epiteliales normales. En combinación con estradiol y factores de crecimiento, se demuestra que los progestágenos solos, pueden inducir la proliferación de células mamarias humanas benignas o malignas, independientemente de otros factores y que sólo la progesterona natural tiene un efecto indiferente.

La probabilidad de ser portadora de una mutación de BRCA1 y BRCA2 fue tres veces más elevada entre casos que iniciaron el uso de anticonceptivos hormonales antes de los 20 años comparándolos con casos que empezaron después o que nunca usaron anticonceptivos. No se observó asociación con la historia familiar de cáncer de mama. Los riesgos fueron similares con los anticonceptivos de baja y alta dosis. Cada año de anticonceptivo antes de los 20 años confiere un incremento de riesgo significativo para el cáncer de mama de comienzo precoz, mientras que no se ha encontrado riesgo asociado con el tiempo de uso después de los 20 años.

El descubrimiento que la sobreexpresión de la enzima lipogénica Fatty acid synthase (FAS) es una característica de los tumores relacionados con hormonas sexuales esteroideas y del carcinoma de mama, de su peor pronóstico, y que este efecto está relacionado con los progestágenos de síntesis de los anticonceptivos hormonales, ha sido bien estudiado por Menendez y colaboradores, en Evanston (USA). Este estudio proporciona una evidencia directa de que un gran número de progestágenos de síntesis utilizados en los anticonceptivos orales activan esta enzima y su expresión en las células de cáncer de mama dependiente de hormonas. El mecanismo es la estimulación de los receptores estrogénicos por el efecto proliferativo de los progestágenos, sin efecto sobre los receptores de progesterona. Estos hallazgos contribuyen a explicar las evidencias conflictivas entre los anticonceptivos hormonales y el riesgo de cáncer de mama, ya que los efectos de inducción de cáncer de mama, no dependen de los niveles de estrógenos, sino de los mismos progestágenos asociados que han variado de composición en los anticonceptivos de segunda y tercera generación, y tienen un efecto directo sobre la inducción de mitosis en las células mamarias.



BIBLIOGRAFÍA

- Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Bouyer J. Oral contraceptive tolerance: does the type of pill matter? *Obstet Gynecol.* 2007; 109 (6):1277-85
- Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005 Jul;90(7):3863-70
- Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2006 Oct;81(10):1287-9.
- Seeger H, Rakov V, Mueck AO. Dose-dependent changes of the ratio of apoptosis to proliferation by norethisterone and medroxyprogesterone acetate in human breast epithelial cells. *Horm Metab Res.* 2005 Aug;37(8):468-73.
- Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT, Borg A, Olsson H. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *Eur J Cancer.* 2005 Oct;41(15):2312-20.
- Menendez JA, Oza BP, Colomer R, Lupu R. The estrogenic activity of synthetic progestins used in oral contraceptives enhances fatty acid synthase-dependent breast cancer cell proliferation and survival. *Int J Oncol.* 2005 Jun;26(6):1507-15.

eL diafragma,



Mónica Puga
Médica Homeópata
monica@puga.e.telefonica.net

Siempre me he preguntado por qué los médicos que se dedican a la ginecología en general, salvo honrosas excepciones, nunca indican a sus pacientes, en el tema de la anticoncepción, un método tan sencillo, económico y seguro como el Diafragma.

Es que con los años y el desarrollo de la técnica cada vez más se intenta conseguir la atadura de la mujer al sistema médico, y lo nombro así por no decir "al Doctor".

Cuando tenemos nuestra primera regla ya se nos sugiere una visita al médico, sobre todo para garantizar que "todo está bien", que todo funciona con normalidad.

Normalidad necesaria para lograr luego una buena inhibición de la ovulación como medio normal y más seguro de evitar un embarazo no deseado.

Y si nos salimos de la etapa en la que la sociedad ha decidido que debemos ser madres, no habrá mejor recurso para ganarle al tiempo, que tal vez necesite nuestro cuerpo para embarazarse, que la estimulación ovárica a saco. La manera más segura de lograr una buena cantidad de óvulos para dar, vender y regalar. Y luego los volvemos a inhibir (a los ovarios me refiero) porque ya no toca que funcionen. O bien, logramos que no se desarrolle un nuevo embarazo a través de utilizar un DIU colocado... controlado...y, quitado si fuera necesario, por las manos del médico,

cuando le expresemos nuestro deseo de embarazo.

Médico éste (u otro) que cuando llegue el momento seguramente nos dará la mejor fórmula para no envejecer, fórmula desde luego hormonal y sustitutiva de nuestras hormonas naturales, la mismas que en su momento nos recomendó despreciar para poder "vivir tranquilas".

A finales del siglo XIX en Alemania, se describen los primeros diafragmas. Por la misma época, en Inglaterra, aparecen las primeras sustancias espermicidas que fueron perfeccionadas en los años 20. Surgen también en estos años los primeros dispositivos intrauterinos; pero no es hasta los años 60 que son aceptados, tanto por la medicina como por la población en general.

Es en 1959 en que se descubre la inhibición de la ovulación a través de la administración de una combinación de hormonas sexuales femeninas sintéticas, estrógenos y progesterona, es decir, el nacimiento de la píldora, que supone tanto una revolución científica como social, sobre todo para las mujeres que en un principio ven en ello una ganancia importante en su lucha por la liberación. Desde entonces, los avances médicos-científicos en el tema de la anticoncepción están ligados única y exclusivamente a lo hormonal.

Parece que cuanto más alejado esté el hecho cotidiano de la conciencia de la

mujer, mejor. Ya no se trata de pensar cada noche en tomar la píldora, ahora se suplanta por introducir en la vagina un dispositivo hormonal que permite "no pensar" durante todo el mes. O bien el implante hormonal intradérmico que funcionará y desconectará del tema a la mujer durante nada menos que tres años.

Para la medicina alopática (oficial) los mejores métodos son los hormonales en cualquiera de sus formas: píldora (diaria), anillo vaginal (mensual), parches transdérmicos (semanales) o implantes hormonales intradérmicos (3 años), o bien el DIU, ya que según sus estadísticas son los métodos más efectivos.

Vuelvo ahora a la pregunta inicial .por qué no se indica el Diafragma ??? Por qué más de una vez los médico le dicen a las pacientes que es un método anticuado .que ya no existe .que no es fiable ...etc ???.

A la luz de lo dicho, creo que no se indica, ni se indicará, por que el Diafragma es el único método que enarbola la bandera de la autonomía femenina. Es el método de la autogestión por excelencia. La cuestión es saber reconocer con nuestros propios dedos el cuello de nuestra matriz dentro de la vagina, para saber colocar el diafragma y asegurarnos que está bien puesto, y nada más. Esto se enseña se aprende y se transmite.

antiguo método, que **NO** anticuado



Por qué entonces utilizar métodos permanentes que son aquellos que ejercen su función en el cuerpo de la mujer independientemente del momento sexual, es decir, la mantienen en disposición anticonceptiva permanente. Precisamente porque estos métodos necesitan de un control médico importante y periódico, ya que son los que tienen más efectos secundarios sobre el cuerpo. Con ellos, los profesionales se sienten más seguros, ya que son ellos en gran medida los que controlan el método y, por ende, el cuerpo femenino. Los métodos no permanentes son los que se utilizan en relación al acto sexual y necesitan de una información y aprendizaje acerca de su uso. Usar un diafragma implica independizarse del control médico y es la mujer, y en algún caso la pareja, la que debe manejarlos. Posee pocos o ningún efecto secundario y permite desde el inicio que la mujer tenga un acercamiento más íntimo con su cuerpo. Es un método que también se llama "barrera" porque actúan de ese modo precisamente.

Quien elige y debe decidir qué método usar es la mujer. Para mí, ésta es una máxima inapelable. Mi labor ante la consulta de una mujer por un método anticonceptivo es informarle, explicarle todos y cada uno de los posibles métodos del mercado, con los pro y contras de cada uno.

Tendenciosa...claro que lo soy, aunque intento medirme para no influir demasiado en la decisión de la paciente, pero también es lógico que lo sea ya que para mí, el diafragma es uno de los mejores métodos precisamente por apuntar entre otras cuestiones al respeto y cuidado por el cuerpo femenino.

En el transcurso de la consulta así como la paciente se va informando, yo también me voy enterando de quién tengo delante. Qué contacto tiene con su cuerpo, que conocimiento del mismo, que maneras de tratarlo, etc. Personalmente, aunque pienso que los métodos que producen menos efectos secundarios son los más adecuados, también opino que hay circunstancias en las que, por ejemplo, usar un método hormonal puede ser lo más indicado para una mujer en un momento determinado de su vida. Es decir, también puede ser un grave error indicar un método barrera o natural en un momento no adecuado.

Las respuestas que recibo son de lo más interesantes la mayoría de las veces. Muchas pacientes tienen miedo de que "se les vaya para adentro". "¿Dónde se le va a ir???", pregunto. "No sé para arriba"...O miedo a no poder sacárselo. A veces no tienen idea de cómo es la vagina, de lo que es el cuello, de que pueden tocárselos y no se van a dañar. El coste de un diafragma y el de la colocación del Diu en mi consulta es

el mismo precisamente para que la decisión no esté ligada al dinero. En el caso de elegir un Diafragma, debe tener previamente hecha una revisión y la citología como para cualquier otro método, luego cuando la paciente vuelve le tomo la medida y se lo doy ya que es bastante complicado conseguirlo como usuaria.

Empieza ahí una tarea conjunta en la que le enseño cómo ponerlo, cómo comprobar que el cuello del útero está detrás del diafragma, y cómo quitárselo y por último cómo cuidarlo en el lavado y secado antes de guardarlo. Se lo lleva, y debe ir practicando y volver con el diafragma puesto, las veces que sea necesario (todas esas veces están incluidas en lo que paga inicialmente)

Lo que más les gusta es saber que no hay que interrumpir el acto sexual para ponérselo, sino que se puede prever y llevarlo puesto antes del encuentro. También les encanta enterarse de que un mismo diafragma les puede durar muchísimos años, pero creo se fortalecen considerablemente sabiendo que el poder usarlo o no depende de ellas. En fin para mí como la información es poder y libertad, no me extraña que finalmente cuando aprenden a usarlo estén contentas y se separen de mí, hasta la próxima revisión, la que por cierto sigo indicando sea en un año.

EL preservativo femenino un método preventivo y anticonceptivo para Las mujeres

**María Lameiras Fernández,
María Victoria Carrera Fernández y
Núñez Mangana, A.**

Facultad de Ciencias de la Educación
Universidad de Vigo.



Preservativo Femenino
Poliuretano (FC1)



Preservativo Femenino
Polímero de nitrilo (FC2)

En 1993 la Food and Drug Administration Norteamericana (FDA) aprobó la comercialización del preservativo femenino bajo el nombre de Reality Female Condom (Femidon en Europa). Si bien es cierto que las mujeres disponemos de otros métodos anticonceptivos de alta aceptabilidad y elevada eficacia como la píldora, el preservativo femenino es el único método que junto a su papel anticonceptivo permite también la preventivo de enfermedades de transmisión sexual otorgando a priori a la mujer el control sobre ambos objetivos conjuntamente.

CARACTERÍSTICAS

El preservativo femenino supone la combinación en su elaboración del diafragma y del preservativo masculino. Tiene

una longitud aproximada de 17 centímetros de largo, 0.42-0.53 milímetro de espesor y 7,8 centímetros en su diámetro más ancho. Consta de dos aros flexibles: uno en el interior para garantizar su inserción y fijación en el fondo de la vagina y otro exterior con el que se cubren los labios vaginales, impidiendo así el contacto directo del pene durante la penetración con los órganos femeninos tanto internos como externos (o con el ano). Está lubricado con un fluido inerte (dimeticone) que facilita la inserción y los movimientos del pene durante el coito (WHO, 1997).

TIPOS DISPONIBLES

El primer preservativo femenino (Female Condom 1 -FC1-) está elaborado de poliuretano, un material más resistente que el látex con el que se elaboran la mayoría de los preservativos masculinos, lo que implica que exista un potencial de ruptura menos frecuente. Además el poliuretano presenta una mayor conductividad térmica que el látex lo que permite una mayor sensibilidad; la abundante lubricación facilita su inserción y de haber dolor en la penetración al inicio del coito la utilización de este preservativo lo reduce. Otra ventaja añadida al preservativo femenino para las mujeres es que su utilización reduce la probabilidad de cáncer de cérvix. Además el poliuretano no provoca cambios en la flora vaginal.

La segunda generación de preservativos (Female Condom 2 -FC2-) están elaborados con polímero de nitrilo. Material que permite la reducción de los costos

de producción y de precio, a la vez que mantiene el mismo nivel de protección. Ambos resultan más resistentes que los preservativos masculinos elaborados de látex (los más utilizados), tienen un potencial de roturas menos frecuentes, mayor protección física y comodidad, así como un período de conservación más largo, aun cuando las condiciones de almacenamiento sean desfavorables.

A diferencia de los preservativos masculinos elaborados con látex el preservativo femenino puede ser usado con cualquier tipo de lubricantes (acuosos u oleosos) sin que se ponga en peligro su resistencia. Otra de las principales ventajas es que la inserción de este preservativo no está condicionada a la erección, pudiendo ser colocado hasta con ocho horas de antelación a su uso, y su retirada no está determinada por la pérdida de erección como el preservativo masculino, pudiendo ser retirado varias horas después de la actividad sexual.

FORMA DE USO

Hoy sabemos que aunque los problemas mecánicos son más frecuentes con el preservativo femenino, el riesgo de un embarazo no deseado y/o una infección de transmisión sexual, es similar al del preservativo masculino.

La adecuada utilización de este método requiere seguir unas sencillas normas de uso. En primer lugar en el momento de utilizar un preservativo femenino ha de abrirse el envoltorio teniendo cuidado con las uñas u otros objetos que puedan

dañarlo involuntariamente. Una vez que se ha extraído de su envoltorio el preservativo femenino ha de cogerse con los dedos pulgares y el corazón, colocando el dedo índice en el medio, e introducirlo en la vagina (o ano) como si se tratara de un tampón. Una vez introducido y para garantizar su adecuada colocación se introduce un dedo dentro de preservativo para ajustarlo bien en la entrada del útero (o dentro del ano), de igual forma que se colocaría un diafragma. De modo que el anillo externo quede fuera tapando los labios vaginales mayores y menores (o la parte exterior del ano), y así el pene no tenga contacto en ningún momento con los órganos sexuales de la pareja. Para extraer el preservativo femenino se coge el anillo externo y se le da un par de vueltas para que no se vierta el semen al exterior y se tira con un movimiento seco. Una vez extraído se deposita en la basura nunca en el sanitario ya que no es biodegradable.

DIFUSIÓN

A pesar de todas las ventajas asociadas todavía es un método escasamente utilizado en nuestro país, aunque los datos relativos a la disposición de uso y beneficios asociados nos permiten ser optimistas. Pero la adecuada difusión y promoción del preservativo femenino pasa por incorporar medidas no solamente a nivel micro (personal) sino a nivel macro (socio-políticas) con las que los poderes públicos y sociales fomenten a través de campañas educativas-formativas, el conocimiento y promoción de su uso a la población general, así como garantizar su acceso. Solo un auténtico compromiso mediático permitirá expandir el conocimiento de este recurso y favorecer su utilización en un momento histórico en el que la salud integral de nuestra sociedad pasa por el adecuado abordaje y promoción de su salud sexual.

lameiras@uvigo.es
<http://webs.uvigo.es/hildegart>

EL preservativo masculino cuando los derechos sexuales se envuelven en látex



Montse Pineda y Mª Luisa García.
Creación Positiva
Pineda.montse@creacionpositiva.net

Los preservativos masculinos son una pequeña metáfora que visibiliza la mayoría de las claves para entender la sexualidad humana y, sobre todo, la relación de ésta con los derechos sexuales. A modo de resumen: los preservativos nos ponen en evidencia los mandatos de género (por supuesto vinculados a las relaciones de poder), la necesidad de una buena educación afectivo sexual, los derechos sexuales y reproductivos, algunos prejuicios asociados a la sexualidad, las presiones fundamentalistas de las jerarquías eclesiásticas, la desigualdad/inequidad del acceso a los recursos, la naturalización que se hace del coito, lo que entendemos por prevención y por último las presiones de las compañías farmacéuticas en la salud (sobre todo en las mujeres).

Los preservativos (tanto los masculinos como los femeninos) son un método barrera que, bien utilizados, impiden el embarazo no deseado y permite, por tanto, su planificación así como previenen la transmisión de la mayoría de ITS. Este hecho hace que se plantee como uno de los métodos más eficaces por su doble vertiente preventiva, y que se haya consolidado como una de las principales opciones a utilizar para las personas de todas las edades. Su eficacia está contrastada por miles de estudios, donde se evidencian su seguridad y su manejo no medicalizado.



Sin lugar a dudas, el preservativo masculino y el femenino son métodos anticonceptivos de primera línea sin embargo, en muchas ocasiones, no se tienen en cuenta como tales. Los motivos no tienen que ver tan solo con las preferencias de quién los van a usar, sino con un entramado de situaciones ligadas a cómo se construye la sexualidad. La visión social (no exenta de moralina y de intereses) ha identificado a los condones con las/os jóvenes, la promiscuidad, los grupos no normativos o los métodos alternativos, con lo que su uso viene determinado por creencias socioculturales que también influyen en su elección y en su acceso.

LOS PRESERVATIVOS NO NOS PRESERVAN DE LOS MANDATOS DE GÉNERO:

Al hablar de anticoncepción estamos hablando básicamente de un coito vaginal. Esta práctica no se puede descontextualizar del marco sociocultural en el que se dan las relaciones sexuales (heterosexuales). Y uno de los aspectos a tener en cuenta es el valor simbólico que tienen para las sociedades la reproducción y el placer.

Si no tenemos en cuenta este hecho, estaremos restringiendo a las dimensiones biológica y tecnológica la comprensión del uso o no de determinados métodos preventivos, que por sí solas son insuficiente para explicar cualquier fenómeno en el contexto de la sexualidad humana.

La utilización del preservativo se ve asociado a parejas "no estables". Esta identificación conlleva la carga simbólica ligada a determinados tipos de relaciones (sexo-afectivas). Existe una jerarquización de las relaciones: lo ideal, desde los mandatos patriarcales, es tener una "pareja estable sustentada en la fidelidad" (sea lo que sea eso) por lo que tener múltiples parejas es una situación transitoria o de los/las jóvenes (la juventud es algo que se cura con la edad). Esto supone que los preservativos están asociados a una sexualidad "no normativa" y preferiblemente sustituible, a no ser que haya situaciones especiales que constituyan atenuantes (léase dificultades, presencia de ITS, presencia de alteraciones orgánicas, ...).

Esta visión que hace que en las parejas estables no sea necesario/elegido el uso de condón también está relacionado con una percepción del condón como un método incomodo y ligado a la desconfianza. Aquí, los mandatos de género nos recuerdan que una de las características del amor romántico es la idea de la fusión total materializándose en lo afectivo en la concepción de " las medias naranjas" y en las relaciones sexuales con el "piel con piel", donde, por supuesto, el condón no encaja en estos discursos.

Por tanto, el uso o no de los preservativos tiene básicamente que ver con la percepción que tenemos de la sexualidad. El cómo entendemos la sexualidad, qué significados le damos a nuestro cuerpo, al coito, ... y lo que entendemos

por "natural" (lo que debe ser); esto último no deja de ser un estereotipo ligado nuevamente a una dimensión biológica de la sexualidad.

Todo esto se pone más en evidencia cuando las dificultades que algunos hombres atribuyen al uso del preservativo manifiestan claramente los mandatos de masculinidad, que relacionan su virilidad/potencia con el pene. El hecho que éste se recubra se convierte en una barrera simbólica (y real) importante. Igualmente para algunas mujeres incumplir con el mandato de género de feminidad supone observar el uso del preservativo como una forma de transgresión de dichos mandatos.

LOS PRESERVATIVOS Y SUS OPORTUNIDADES

El uso de los preservativos puede significar la trasgresión de los mandatos de género respecto a la sexualidad, porque nos puede permitir reelaborar los derechos sexuales y reproductivos para hacerlo efectivos. Son o pueden ser elementos que nos permitan poner en relación los mandatos naturalizadores que se le atribuyen a la sexualidad con la toma de decisión sobre cuándo, cómo y el qué de nuestras prácticas sexuales desde las posiciones más igualitarias y menos violentas para las mujeres. Muy probablemente, de ahí nazca la oposición fundamentalista de la jerarquía eclesiástica en torno a los preservativos, porque supone una trasgresión al control social que se atribuyen desde lo moral.

Los preservativos por supuesto evidencian las relaciones de poder en la sexualidad. En los procesos de socialización las mujeres aprendemos los roles de las relaciones pero también nuestra "posición" dentro de éstas, y por tanto en las relaciones de poder. Al hablar de

"negociación" en el uso de los preservativo, hablamos en términos de pactos de "cómo hacer" y del escenario en donde las relaciones de poder juegan un papel muy importante. Muchas mujeres conscientes del riesgo no usan preservativos porque carecen del poder de negociación suficiente para hacer que su pareja se lo ponga. Cuando hablamos de "negociar el uso del preservativo" todos nuestros aprendizajes se ponen en juego, junto a los estereotipos y nuestra capacidad (también aprendida) para defensa de nuestros derechos.

El acceso a estos métodos, y la posibilidad de su uso, requiere una educación sexual de calidad, que trascienda la visión biologicista y tecnológica de su uso y que visibilice aspectos tales como: las relaciones de poder en el contexto de la sexualidad, los procesos de construcción de las identidades, las diversas opciones sexuales, los roles, los afectos y los derechos.

El acceso a los preservativos también es un buen ejemplo de la mercantilización de nuestra salud, ya que el coste de éstos es alto para aquellas personas con pocos recursos (económicos o de accesibilidad) y que tiene que ver las posiciones sociales (poder) que tenemos en esta sociedad con (léase muchas mujeres y muchísimo jóvenes/as).

En definitiva, el preservativo es un método eficaz y "razonable" de prevención de embarazos no deseados y de reducción de riesgos para la mayoría de its, y como cualquier otro método de prevención puede ser una oportunidad para hablar(repensar) nuestra sexualidad.

Salud como placer!!!



Eva Bolaños

Psicóloga, especialista en Promoción y Educación para la Salud y en Investigación cualitativa
ebgformacion@hotmail.com.

Claros y oscuros de La anticoncepción de emergencia

“yo veo que esto no es para estar jugando, esto es para cosas de emergencia”
 (estudiante, madrileña, 20 años)

La anticoncepción de emergencia (AE), también conocida como píldora post-coital o del día después, es un recurso más para evitar embarazos no deseados; consiste en un compuesto hormonal que debe ser administrado como máximo 72 horas después de una práctica sexual desprotegida, reduciéndose su eficacia cuanto más tarde se tome dentro de este plazo. Se recomienda su administración excepcional, debido a que un uso continuado podría tener efectos perjudiciales. Por tanto, la AE puede contribuir a que las mujeres tengan mayor control sobre su cuerpo ante determinadas circunstancias, ya que resulta una ayuda para minimizar algunos efectos indeseados inherentes a la posibilidad humana de cometer errores y de que los métodos fallen. Dicho esto, si el objetivo es el desarrollo de una sexualidad más libre y responsable y la prevención de embarazos no deseados, resulta necesario hacer algunas reflexiones. Como ocurre con muchos recursos, no suele ser el problema el recurso en sí mismo —si abre alternativas, ¡bienvenido sea!— como el contexto y la perspectiva con la que éste se implanta. En mi opinión, la principal crítica a este método es el reduccionismo con el que ha aparecido en escena, sin un marco en el que el empoderamiento, la educación afectivo-sexual y otros recursos sean el centro de políticas públicas que hagan reales los derechos sexuales y reproductivos.

Sabemos que en diferentes comunidades autónomas como Asturias, Andalucía, Cataluña y Madrid... se han puesto en marcha programas para dispensar gratuitamente esta pastilla, como medida para reducir el número de interrupciones voluntarias del embarazo particularmente entre las jóvenes, principales destinatarias de esta estrategia. Sin embargo, hasta la fecha, no se

han reducido las tasas de IVE's en ningún grupo de edad y es relevante el aumento, en el periodo de 1996 a 2007, de un 83% entre mujeres menores de 19 años. Tampoco en el ámbito internacional han disminuido las cifras de embarazo con el uso de este método.

Por tanto, algo está fallando y es necesario otro enfoque que nos permita visibilizar la complejidad de esta problemática y desarrollar otras acciones. Desde una perspectiva de género, es necesario analizar las motivaciones y las repercusiones que la píldora tiene en las relaciones afectivo-sexuales; en particular, respecto a la responsabilidad compartida en el uso de métodos anticonceptivos por parte de mujeres y hombres, ya que su uso puede consolidar una representación de las relaciones sexuales en las que la corresponsabilidad y la comunicación no tienen cabida. Basta con observar la minoritaria presencia de chicos en los centros donde se suministra, la cantidad de chicas que acuden solas o acompañadas por sus amigas, y preguntarnos el porqué a los chicos no se les abre historia en éstos centros, como si fuera un problema sólo de ellas. En este sentido, surge la oportunidad de que las y los profesionales de la salud visibilicemos —y no reforcemos— las asimetrías ocultas presentes en las relaciones entre hombres y mujeres que pueden latir detrás de las demandas de AE. Es muy probable que para la prevención de embarazos no deseados tengamos que investigar, más y mejor, acerca de los modelos amorosos, de las vivencias sobre sexualidad y de la relación con el cuerpo de mujeres y hombres. Además, en un escenario donde las políticas públicas de prevención de VIH/sida se presentan timoratas y destantaladas, a pesar de los datos que muestran un aumento de VIH/sida entre mujeres a través

de prácticas no protegidas en relaciones heterosexuales, se proyecta un panorama preocupante. La AE no evita las infecciones de transmisión sexual derivadas de prácticas desprotegidas. Esto que puede ser obvio, no lo es tanto si cuando administramos la píldora en cuestión no tenemos presente la escasa percepción de riesgo que muestran chicos y chicas hacia las ITS's y pasamos por alto la necesidad de sensibilizar y orientar sobre esta cuestión.

Para terminar, de nuevo la AE supone dar una respuesta farmacológica a un problema social. Me preocupa esta medicalización temprana del cuerpo de las mujeres, y no por usar puntualmente esta pastilla, sino porque la demanda de AE se aproveche para ofrecer a las mujeres jóvenes métodos anticonceptivos hormonales, sin plantearles demasiadas opciones; y de paso, socializarlas en el uso de hormonas (¿THS?, ¿testosterona para la llamada disfunción sexual femenina?). A estas alturas ya tenemos datos suficientes sobre las tretas llevadas a cabo por la industria farmacéutica y la escasa independencia que muestran las sociedades profesionales.

De cualquier forma, en gran medida estas dificultades pueden ser soslayadas por la ética profesional. Es fundamental el cómo se da la atención en los centros a quien lo demanda. No es igual una atención en la que el diálogo sea el centro de la relación, que una intervención de protocolo limitada a “disparar” las preguntas para los registros, dar la pastilla y emitir unos consejos de rutina, sin ofrecer la oportunidad de preguntar y explorar las diversas necesidades. Por último, denunciar las barreras que sufren algunas mujeres para conseguir la AE por la “objeción de conciencia” esgrimida por parte del personal sanitario para no recetarla.

CONTROL DE LA FERTILIDAD Y AUTOCONOCIMIENTO

La revolución pendiente



Enriqueta Barranco Castillo

Médica ginecóloga.

Profesora Asociada de la Universidad de Granada.

Departamento de Obstetricia y Ginecología.

enri_barranco@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

Antes de explicar detenidamente en qué consisten los métodos de control de la fertilidad basados en el autoconocimiento deberemos hacer algunas aclaraciones.

Hace casi 20 años, cuando nos encontrábamos en pleno desarrollo de los entonces llamados *programas estatales de planificación familiar*, muchas mujeres me manifestaban deseos de no ceder la gestión de su fertilidad a la intervención ajena. Inicialmente su propuesta nos sorprendió, aunque luego hemos ido comprobando cuán sabias fueron. Esta actitud nos hizo reflexionar sobre algunos aspectos de la reproducción, un hecho fisiológico en sí, y se nos plantearon tres interrogantes básicos ¿Era posible que no dispusiera de mecanismos autorreguladores?, porque cualquier acontecimiento biológico los posee. ¿Sería cierto lo que nuestros libros decían, de las mujeres y su programación natural para el embarazo perpetuo? ¿Todos los coitos vaginales podían conducir a un embarazo?

Al tratar de encontrar respuesta, *descubrimos*, para empezar, que la mayoría de los textos habían sido donados por la industria químico-farmacéutica, y a ella no le interesaba divulgar que las mujeres podían autogestionar su fertilidad. También *descubrimos* la existencia de un gran equipo de profesionales, de las más diversas tendencias, dedicados a poner a punto los avances en la regulación natural de la fertilidad. Con su ayuda redirigimos nuestras convicciones y nuestra formación a la promoción de la autogestión de la fertilidad, la auténtica revolución feminista del futuro, **de las mujeres libres que evitan intervenciones sobre su cuerpo destinadas a mantenerlas controladas reproductiva y sexualmente.**

No olvidemos que, en muchas ocasiones, lo que la ciencia patriarcal hace mediante el *control de la natalidad* es el muy bien disimulado *control de las mujeres fértiles*. La industria, desprestigiando los eficaces métodos de autogestión de la fer-

tilidad en beneficio propio, no hace otra cosa sino socavar la autoconfianza de las mujeres que se niegan a someterse a sus agresivas propuestas.

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL

Tradicionalmente, cuando se hablaba de ellos siempre se englobaban bajo el epígrafe de *abstinencia periódica* y se la relacionaba directamente con el método del calendario (mal llamado, Ogino). En una sociedad en donde no está bien visto abstenerse de algo, simplemente la terminología ya invita al rechazo. Además, *abstenerse* de penetraciones vaginales dentro de un contexto de prácticas sexuales en que todavía se piensa que cualquier práctica sexual tiene que conducir a la eyaculación intravaginal sin barreras, hasta puede resultar *vergonzosa*.

Afortunadamente, se ha logrado que el concepto de planificación familiar natural ya aparezca referido como el conjunto de *métodos basados en el reconocimiento por parte de la mujer de las fases fértiles e infértiles de su ciclo menstrual*.

DESDE EL CÁLCULO AL AUTOCONOCIMIENTO

Los métodos BCF (Basados en el Control de la Fertilidad) ayudan a las mujeres a identificar los días de su ciclo menstrual en que son fértiles. Aunque el coito en días fértiles no siempre determina un embarazo, la probabilidad de embarazo es elevada durante ellos; las mujeres que desean evitarlo son instruidas para que se protejan, bien posponiendo el coito vaginal o bien utilizando métodos de barrera durante estos días.

Un número considerable de mujeres en todo el mundo —casi el 20% de las mujeres en edad reproductiva en algunos lugares—

posiblemente estén utilizando hoy un método BCF para planificar su familia (todavía este hecho aparece reflejado en las encuestas como *abstinencia periódica*). Sin embargo, según lo han constatado las investigaciones, muchas mujeres desconocen el momento de su ciclo en el que es más probable la concepción y simplemente evitan el coito sin protección durante determinados días. Otras, prefieren este sistema porque carece de riesgos para la salud o porque consideran que le dan libertad y *empoderamiento*, y otras los eligen porque se adecuan a sus convicciones religiosas o morales.

El éxito en el uso de los métodos BCF depende de dos puntos clave:

- 1- la identificación precisa de los días fértiles
- 2- y la modificación del comportamiento sexual, ya sea para planificar un embarazo o para evitarlo.

BASES TEÓRICAS Y ASPECTOS PRÁCTICOS

Conocimiento de la fertilidad significa que la mujer aprende a reconocer cuándo empieza y cuándo termina la fase fértil de su ciclo menstrual. La enseñanza de los signos y síntomas de fertilidad no debería escatimarse a ninguna joven antes del inicio de su vida sexual, pero la realidad es bien diferente. A menudo parece que se trata de evitar el embarazo no planeado sin que la protagonista tenga conciencia de lo que la fertilidad representa; las ginecólogas y los ginecólogos obvian facilitarle información sobre su breve fecundidad, 24 horas en cada ciclo menstrual (y la potencial fecundidad permanente del hombre), enseñándoles a reconocerlo. Suprimen la fertilidad, aunque hablen de controlarla.

La mayoría de las mujeres desconoce los siguientes hechos fisiológicos:

1. Sólo se produce una ovulación en cada ciclo menstrual y en el caso de haber otra, necesariamente tiene que tener lugar al día siguiente. Nada de ovulaciones extemporáneas.
2. El óvulo conserva hasta un máximo de 24 horas su capacidad de ser fecundado.
3. La fertilidad conjunta de un hombre y una mujer es más amplia porque los espermatozoides conservan hasta cinco días su poder fecundante.

Para tener información sobre el inicio y el final del período fértil, cada mujer puede utilizar varias formas, aisladas o combinadas:

A. CON MÉTODOS BASADOS EN EL CALENDARIO: el más conocido es el método del Ritmo de calendario. Antes de comenzar a utilizarlo, se debe registrar la duración de al menos 6 ciclos menstruales completos. A la duración del ciclo más corto registrado se debe restar 18, y con esto se

conocerá el primer día estimado de fertilidad. Luego se restará 11 días al ciclo más largo, lo que indicará el último día estimado del período fértil.

El denominado Método de Días estándar puede ser utilizado por las mujeres que tienen ciclos regulares de 26 a 32 días de duración. Este método requiere evitar el coito sin protección entre los días 8-19 del ciclo si se desea evitar el embarazo.

B. CON MÉTODOS BASADOS EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS de fertilidad, fundamentalmente con la auto-observación del moco cervical y la temperatura basal (los cambios en el cuello uterino y los indicadores menores de fertilidad en ocasiones son de ayuda: manchas intermenstruales, dolor en hipogastrio y tensión mamaria).

Hay métodos basados en la observación de un síntoma único:

1. Los cambios en la secreción de moco cervical son el resultado de la creciente secreción de estrógenos ováricos desde que se inicia la maduración folicular hasta que se consume la ovulación. Después, las sensaciones y apariencia guardarán relación con la progesterona secretada por el cuerpo amarillo. Cualquier mujer puede ser instruida para verificar estos cambios, tanto de sensación como de apariencia. En líneas generales, desde el final de la menstruación la mujer puede tener:

La sensación

1. de sequedad genital, sensación que irá atenuándose hasta llegar a la
2. de mojada o lubricada.

El moco,

1. inicialmente blanquecino y pegajoso irá transformándose en
2. filante y transparente, para después volver a la apariencia de
3. blanquecino pegajoso e inducir de nuevo una
4. sensación de sequedad.

Hay un día especialmente relacionado con la ovulación, es el día pico de moco o día cúspide, reconocido por la mujer al día siguiente, cuando ya no se siente lubricada. La observación y registro del síntoma moco es la base del Método de Billings, del Método del moco cervical (OMS) y sus variantes:

El Método Billings limita el reconocimiento del período fértil a la simple observación del moco y considera días aptos para el coito no protegido todos los días secos al-

ternos entre menstruación e inicio del moco y desde la cuarta noche postpico hasta la menstruación siguiente. En el estudio de Soler y Barranco (2008), cuyas usuarias tenían una edad media de 32.56 años, aplicando estas normas, la media de días aptos para el coito no protegido es de 12.07 por ciclo.

Según las normas propugnadas por la OMS también son infértiles los días de menstruación, siempre que se tenga constancia de que el ciclo anterior ha sido ovulatorio. Con el **Método del Moco Modificado**, todos los días secos son infértiles.

Para el **Método de Dos Días**, la mujer observa la presencia o ausencia de secreciones cervicales examinando el papel higiénico o su ropa interior o comprobando sus sensaciones físicas. Cada día la usuaria se hace dos preguntas simples: primera ¿noté ayer alguna secreción? Y segunda ¿noto hoy alguna secreción? Si la respuesta a las dos preguntas es sí, se considerará fértil y evitará el coito desprotegido. Si la respuesta a ambas preguntas es no – o lo que es lo mismo, si al menos en dos días consecutivos no ha advertido ningún tipo de moco – es improbable que se quede embarazada ese día tras un coito sin protección.

2. Los cambios en la temperatura corporal basal.

Durante la primera fase del ciclo menstrual, la temperatura interna del cuerpo – tomada en cavidad bucal, vagina o recto – mantiene unos niveles constantemente bajos; las interferencias con procesos febriles o alteraciones son fácilmente identificables. Tras la ovulación, y por efecto progesterónico, la temperatura se eleva entre 0.2 y 0.5°C y se mantiene elevada hasta el inicio de la siguiente menstruación. La mujer que desee utilizar este indicador

como único método para evitar embarazo, deberá abstenerse de coitos no protegidos hasta contabilizar tres días de temperatura elevada consecutivos. Con ello limitaría la penetración vaginal a la fase absolutamente infértil del ciclo menstrual. Hay diferentes normas para interpretar este síntoma. La más simple es la de la línea básica o coverline: la mujer traza un línea a 0.05°C de la más elevada de por lo menos 6 temperaturas bajas consecutivas.

3. El cuello uterino también cambia a lo largo del ciclo.

Durante la menstruación el orificio cervical externo está más cercano a la vulva, cerrado, duro y lateralizado en la vagina. Conforme progresan los niveles de estrógenos irá ascendiendo hasta colocarse alto, en eje con la vagina, entreabierto y blando – durante la fase ovulatoria – y después, bajo los efectos de la progesterona, irá descendiendo, endureciéndose, cerrándose y lateralizándose de nuevo. Las mujeres a las que se les instruye en estos cambios pueden encontrarlos útiles en momentos de duda.

EL MÉTODO SÍNTOTÉRMICO (MST)

Este método se basa en la duración del ciclo más corto, la observación del moco y la toma de la temperatura simultáneamente. Su eficacia práctica es muy elevada. En la Figura 1 se reflejan las condiciones para la determinación de la fase fértil según las normas admitidas por la OMS.

1. La usuaria potencial puede tener un registro de la duración de sus ciclos desde 6-12 meses antes. Según la duración del ciclo más corto conocido en 6 meses (a la que restará 20 días) o en 12 meses (a la que restará 19 días) obtendrá el primer día fértil,
2. siempre que no tenga sensaciones o presencia de moco.
3. Evitará el coito sin protección hasta que la temperatura basal permanezca elevada durante 3 días consecutivos y hasta que hayan transcurrido tres días desde el día pico de moco.

Los días de menstruación se consideran infértiles siempre que se tenga constancia de que en el ciclo precedente hubo ovulación.

Soler y Barranco (2008) también investigaron la duración media de los días aptos para el coito vaginal sin protección en usuarias de MST y encontraron que, comparado con el Método Billings, el método sintotémico asegura a las parejas más días infértiles.

Dada la alta posibilidad de embarazo en los días fértiles, es importante ayudar a las mujeres a usar el método correctamente. Hay poca investigación sobre las condiciones para utilizar bien los métodos BCF.

TABLA 1.
DIFERENTES DISPOSITIVOS IDEADOS PARA LA DETERMINACIÓN DEL PERÍODO FÉRTIL

Nombre	Características	Precio aprox.
PERSONA®	Mini ordenador para medir en orina los niveles de LH y de estriol-3 glucoronido y relacionarlos con la duración del ciclo	160€ 20€ (varillas de prueba)
Cyclotest® básico	Registro informatizado de la temperatura basal y de la duración del ciclo	99€
Cyclotest® 2 plus	A lo anterior se le añade el moco y la determinación del pico de LH mediante los Cyclotest® LH sticks	149€
Bioself 2000®	Registro informatizado de la temperatura basal y de la duración del ciclo	150€
Babycomp® Ladycomp®	Registro informatizado de la temperatura basal y de la duración del ciclo	495€ 745€
Maybe Baby®	Mini microscopio para visualizar la cristalización de la saliva	80€
PC 2000®	Mini microscopio para visualizar la cristalización de la saliva	60€
PG 53®	Mini microscopio para visualizar la cristalización de la saliva o el moco cervical	39€

Soler y Barranco vieron que durante la fase fértil aumentaba el impulso sexual en más de la mitad de las usuarias, pero la actividad sexual no se modificó, respetándose la norma de abstinencia de coitos sobre otras conductas sexuales.

CONTRIBUCIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Desde hace años, tanto los investigadores como algunas usuarias de métodos BCF aspiran a disponer de algún instrumento complementario que les pueda predecir, con suficiente antelación, el momento de la ovulación.

El progresivo refinamiento de las técnicas de análisis ha ido permitiendo desarrollar formas fáciles y relativamente económicas para determinar los niveles hormonales en orina. El desarrollo de minicomputadoras trata de hacer el resto.

En la Tabla 1 se han insertado las características de los dispositivos disponibles en la actualidad y sus fundamentos biofísicos.

EL ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LOS MÉTODOS BCF

Las tasas de embarazo para un uso consistente y correcto varían según los diferentes tipos de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

La eficacia anticonceptiva se valora estimando el número de embarazos no deseados que tienen lugar durante un período especificado de exposición y uso de un determinado método. Clásicamente se ha utilizado el índice de Pearl que mide el número de embarazos no deseados por cada 100 mujeres/año. La eficacia de un método es buena con valores de IP entre 0-2, aceptable entre 3-10 y rechazable con valores superiores a 10. La tasa de fallos depende no sólo del propio método, sino de su correcta aplicación, por lo que se han introducido términos como "uso perfecto" (tasa de fracaso mínima esperada) y "uso típico" (rendimiento habitual o tasa de fracaso típica).

La tasa de fracaso de la mayoría de los anticonceptivos disminuye con el tiempo de uso, debido al perfeccionamiento en la práctica y al abandono por parte de las usuarias que no lo utilizan adecuadamente o bien quedan embarazadas.

La forma correcta de calcular las tasas de embarazo debería verificarse diferenciando las diferentes modalidades de uso imperfecto para descubrir el tipo de incumplimiento que entraña mayor riesgo en el fallo del método.

Tras la revisión de la literatura disponible hemos constatado que el Método sintotérmico presenta, en los estudios europeos, unas tasas teóricas de fallo de 0,2 a 0,4% y unas tasas prácticas inferiores a 3,4%.

En 14.870 ciclos, P. Frank-Hermann y su equipo analizaron la relación existente entre las tasas de embarazo no planeado y la conducta sexual; no se produjeron embarazos con el uso perfecto del *método sintotérmico*, y con el uso imperfecto la tasa anual de embarazos fue del 0.63%; si sólo hubo relaciones sexuales protegidas en fase fértil (perfecto uso entre usuarias de métodos

mixtos) la tasa de fallo fue de 0.45%, pero el contacto genital en fase fértil (incluyendo el coito interrumpido) condujo a una tasa de embarazos del 4.54 % y el coito no protegido en fase fértil conllevó una tasa de embarazos del 8.96%. La misma autora (2007) ha actualizado recientemente sus resultados, ampliándolos con más de 19.000 ciclos y sus resultados han aparecido publicados en Human Reproduction.

RECOMENDACIÓN Y PROPUESTA

Para la práctica eficaz de los métodos BCF se precisaría que las y los profesionales sanitarios se formaran adecuadamente sobre las particularidades de los mismos. Dada la constatada desinformación que todavía existe en los ambientes sanitarios, recomendamos que cualquier mujer que, tras la lectura de este texto, sienta deseos de comenzar a autogestionar su fertilidad no lo haga en solitario sino que recurra a quienes nos hemos formado para ayudarle a reconocer sus fases fértiles e infértiles del ciclo, por los medios que ella elija. En los últimos 20 años se han realizado numerosos cursos de formación para monitores y monitoras de métodos naturales de control de la fertilidad y cuando se reúne un número adecuado de personas interesadas nos desplazamos a cualquier lugar de la geografía.



FIGURA 1. DETERMINACIÓN DEL PERÍODO FÉRTIL SEGÚN LAS NORMAS DE LA OMS PARA MST

LECTURAS RECOMENDADAS

- Barranco Castillo, E. Evitando/Buscando el embarazo a través del conocimiento de la fertilidad. En: E. Barranco y A. Caño (Eds). Hacia el autoconocimiento del cuerpo femenino. Fertilidad y Métodos naturales. Granada: Universidad de Granada, 1994:69-86.
- Barranco Castillo E., Salamanca Ballesteros A., Chica M^a D. Métodos naturales. Cuad. Med. Reprod. 2001;7(2):129-142.
- <http://www.sego.es/prosego>
- Laparte C., Barranco E. Métodos naturales de regulación de la natalidad. En: Vanrell JA, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P. (Eds). Fertilidad y Esterilidad Humanas (II). Barcelona: Masson, 2000:315-341.
- Sacristán Rubio A, Barranco Castillo E, Soler F, Bellido Pastrana L, Haya Palazuelos J, Ruiz de la Roja JC. Doctor, quiero quedarme embarazada, ¿puede usted ayudarme? Consulta por deseo de embarazo en Atención Primaria. Semergen 2008; 34(1):20-14.
- Vidal A, Soler F, Barranco E. Métodos anticonceptivos naturales. Bases fisiológicas. Manejo clínico. En: Pérez Campos E y Lete I (eds). Métodos anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo clínico. Barcelona: Imprimeix S.L., 2008: 25-39.
- WHO. Planificación natural de la familia. Guía para la prestación de servicios. WHO: Ginebra, 1989.

EL eros perdido de La adolescencia



Charo Altable Vicario
Profesora y terapeuta
charoaltable@yahoo.es

Nos hacen creer que lo erótico está fuera de nuestro ser, que depende de la suerte o búsqueda del ser apropiado para la realización de nuestros deseos, de la suerte de tener o crearse un cuerpo seductor y bello o potente, según los cánones estrictos de los modelos de belleza y de sexualidad. Por eso no ha de extrañarnos las dificultades que hemos de pasar para recuperar nuestro cuerpo y nuestro erotismo.

La definición de lo erótico y las prácticas sexuales han sido construidas por una sociedad patriarcal donde el arquetipo viril define lo típico y normal de la sexualidad masculina y femenina. Además la sexualidad femenina está construida en función del deseo masculino de ese arquetipo. Dentro de estos parámetros hemos de considerar los síntomas y malestares corporales que produce este modelo, fundamentalmente en los cuerpos de mujeres adolescentes y jóvenes.

Muchas personas se preguntan cómo es posible que en una sociedad donde la información sexual y el conocimiento de los anticonceptivos están al alcance de la mano haya tantas adolescentes y jóvenes que se quedan embarazadas sin desearlo o por qué las adolescentes

casi niñas están cada vez más supersexualizadas según los parámetros de una sexualidad patriarcal adulta. Pero no puede extrañarnos si reparamos en el gran consumo de producciones sexuales y pornográficas en los medios de comunicación, incluidos los periódicos.

Los cuerpos de las jóvenes adolescentes son el síntoma donde podemos leer la pobreza de la sexualidad de esta sociedad. Sin embargo la educación sexual como proceso realizado desde la coeducación, de la que muchas mujeres hablábamos en los años 70 y 80 del siglo pasado, sigue aún sin realizarse, por miedo o por complicidad con la oposición conservadora religiosa. Es hora de que las mujeres adultas levantemos la voz y establezcamos relaciones de confianza con las adolescentes que las salven de los acosos de una moda sexual que supedita y utiliza su cuerpo y su deseo a las demandas de los varones más patriarcales. Este hecho debemos verlo como un síntoma más del maltrato y de la violencia generalizada que ejerce el modelo sexual patriarcal sobre el cuerpo de la mujer. Otra preocupación es la del aumento del maltrato entre las jóvenes parejas. Algunos estudios e investigaciones aportan datos que nos indican la necesidad de un cambio social y educativo que prevenga la violencia. Veamos algunos de estos datos:

Un estudio¹ realizado en 28 institutos con 2600 adolescentes de ambos sexos entre 12 y 18 años, en la Comunidad de Madrid, resalta que 4 de cada 5 chicas y 3 de cada 4 chicos de la misma edad creen que su pareja puede quererles

aunque les maltrate. Gran parte de este alumnado cree además que si no hay celos en la pareja es porque no hay amor. Además en los talleres realizados son capaces de identificar situaciones de discriminación hacia las mujeres, pero cuando valoran las relaciones afectivas con su propia pareja o su grupo de amigos, "pasan por alto actos como que les controlen el móvil, la ropa, con quién deben o no salir, que les griten, que se enfaden sin motivo e incluso pasan por alto los pequeños golpes".

Otro dato interesante para reflexionar es que la gran mayoría de los alumnos varones describen a la mujer como "claramente sexual y muy influida por la pornografía". Además el 32% de los chicos y el 14'4% de las chicas consideran normal que un chico obligue a su novia a mantener relaciones sexuales.

Estos datos nos indican la interiorización del modelo sexual patriarcal que ha pasado a adquirir visos de normalidad, lo cual nos hace preguntarnos dónde se ha quedado el deseo de las mujeres. Es cierto que este modelo tiene cada vez menos credibilidad a nivel teórico, pero sin embargo aún sigue operando en la práctica de una parte considerable de adolescentes y jóvenes.

DESEO FEMENINO/DESEO MASCULINO

En el mundo existen dos cuerpos diferentes y dos sujetos con deseos propios que no siempre coinciden y que han de escucharse y respetarse, sin que ninguno se supedite a otro. Son los hombres fundamentalmente los que

tienen que aprender a ver en la mujer un sujeto con su propio deseo y libertad. Para ello los hombres han de abandonar su identidad forjada alrededor de una masculinidad violenta en la que la mujer es un objeto para ellos.

El ritmo y tiempo de los deseos puede ser diferente en hombres y mujeres y si no se tiene en cuenta puede ocurrir que un deseo, generalmente el masculino, atropelle al femenino o insista para satisfacer el propio deseo sin escuchar el de la otra persona. Es importante, por ello, escuchar el propio deseo y el de la otra persona, respetarlos y saber poner límites. Lo veremos más claro en algunos ejemplos.

En muchos embarazos no deseados de adolescentes y jóvenes estaría la supeditación del deseo de la chica al del chico o la delegación del poder decidir por sí sola a la decisión del chico, de cuya opinión se fía; no te preocupes tendré cuidado, no me correré dentro...etc.

Muchos chicos expresan su sexualidad siguiendo los guiones tradicionales de género. Así lo demuestran algunos ejemplos: varios chicos se mueven entre la atracción por las mujeres activas que expresan su sexualidad abiertamente y las mujeres más sumisas y obedientes al modelo femenino tradicional. Luego dirán que de aquellas no estaban enamorados y de estas sí, que aquella que expresó libremente su sexualidad con él podrá expresarla con cualquiera o que lo único que le importaba era abrirse de piernas, y que eso indica que no sabe lo que es una mujer de verdad. Y quien no lo sabe es él, pero en lugar de hablar de sus emociones, de sus dudas o de su inseguridad proyecta sus miedos juzgando a aquella que además de amarle le expresó su sexualidad. Este es el caso de una alumna. Lo que para ella era amor y sexualidad para él

sólo era sexo que una vez conseguido o ante la perspectiva de obtener a otra, enamorada de él o a quien enamorar, dejó a la primera, quien llorando decía un día: "el amor es una mierda". A esto yo le contesté: ¿el amor es una mierda o el amor que te ha dado este chico? La sexualidad, considerada cada vez más como un producto de consumo y de ocio, cosifica los cuerpos propios y ajenos según un deseo compulsivo, propio del arquetipo viril, que espera satisfacerse inmediatamente de la manera que divulga la propaganda de ofertas de satisfacción sexual en nuestros medios audiovisuales y periódicos. Además las imágenes supersexualizadas de los medios incitan a consumir sexo cada vez a edades más tempranas, sin que chicas y chicos adolescentes hayan recibido otra educación sexual que la de los medios o como mucho alguna charla sobre la utilización de anticonceptivos, que no sirven para evitar embarazos no deseados si la chica se fía del chico y si el chico no respeta el cuerpo y deseo de la chica.

Chicas y chicos necesitan una educación sexual diferente a la recibida en los medios, que les ayude a establecer relaciones de respeto y escucha de los diferentes deseos y ritmos, donde no exista dominio ni sumisión sino caricia no del otro(a) como objeto sino caricia del ser que percibimos en la otra persona. Entonces "la caricia es despertar a sí, a mí, a nosotros...La caricia es despertar a la intersubjetividad, a un contacto ni pasivo ni activo entre nosotros, despertar a gestos, percepciones que a la vez son actos, intenciones y emociones...que están atentos al que toca y al tocado, a los dos sujetos que se tocan. La caricia es así despertar a una vida distinta de la cotidianidad."²



Chicos y chicas necesitan aprender un erotismo más lento que parta de la escucha de su cuerpo, de sus emociones y sensaciones diferentes y singulares, alejado del erotismo pornográfico hoy en boga. En ello va la salud de hombres y mujeres del futuro. ¿Para cuándo?

¹ Estudio realizado por la ONG, Comisión para la Investigación de los Malos Tratos. Datos de El País, 1/12/2005

² Luce Irigaray (1997). Ser dos. Paidós. (Pág. 37)

LA SALUD SEXUAL DE Las mujeres de Rumanía



Diana Zapata

Educadora Social

dianazh68@hotmail.com

La polémica que se suscitó en la Red-Caps* sobre las ventajas y desventajas del uso de la píldora anticonceptiva, me hizo pensar que soy afortunada por vivir en una sociedad donde se puede elegir, de habitar en una ciudad donde se me informa y donde puedo construir con otras mujeres un saber para nosotras y nuestros procesos vitales.

Me gustaría compartir mi experiencia de acercamiento profesional y humano a la realidad que viven las mujeres de origen rumano que vienen a Barcelona. Es una reflexión sencilla que tiene que ver con el derecho a estar informadas y el derecho a elegir en relación a los métodos anticonceptivos.

Nos puede parecer éste un derecho ya superado en esta parte de Europa, sin embargo, hay países vecinos donde este derecho no existe porque entran en juego aspectos culturales y políticos, entre otros, y la información sanitaria y la opción a decidir sobre el cuerpo son privilegios de una minoría.

Sorprende que en el mismo espacio geográfico europeo, las mujeres vivan experiencias entorno a la salud sexual tan abismalmente distintas como en el caso de España y Rumania.

En este mundo globalizado existen verdaderos abismos de ideas, creencias y actitudes respecto a la relación con el cuerpo, la vivencia de la sexualidad, la opción o no opción por la maternidad;

hay un sector de mujeres que están obligadas a vivir en condiciones inhumanas, están privadas de la información y los avances que otras mujeres disfrutamos y nos han hecho la vida más llevadera.

Estas reflexiones han sido alimentadas por los testimonios de mujeres que he tenido el placer de conocer por mi tarea como educadora de calle. Mi trabajo se desarrolla en el marco de programas sanitarios y de reducción de daños en el sector de mujeres que vienen de Rumania a ejercer el trabajo sexual como alternativa de supervivencia. Mi trabajo es de acompañamiento a los servicios de salud: conocer su demandas sanitarias, informarles del sistema sanitario de este país de acogida, o simplemente de tránsito, en un momento puntual de sus vidas.

Mi primer ejercicio ha sido el de escuchar sin prejuicios y sin creer que pertenezco a una cultura superior por el mero hecho de estar informada; una escucha activa y comprensiva, acompañando con ternura, para poder asumir lo que me cuentan, intentando aportar, con mucho amor, nuevos conceptos que no violenten su sistema de valores, su educación y su idiosincrasia.

En ese acercamiento ha sido básico desculpabilizar esos testimonios y buscar responsables reales.

Esos espacios de relación con las mujeres de Rumania me han permitido acercarme a su realidad, conocer como funciona el sistema sanitario de su país y así plantear una reflexión si cabe.

En general la actitud que muchas de estas mujeres tienen respecto a los métodos anticonceptivos es de negación a aceptarlos. Mayoritariamente, las mujeres con que me relaciono, tienen ideas negativas respecto a ellos: los anticonceptivos vía oral los asocian a la obesidad, manchas en la piel y desarreglos en el ciclo menstrual, así que muy pocas los toman. Respecto al dispositivo intrauterino, tienen la idea de que produce cáncer, ninguna lo usa. Otros métodos no los conocen y, además, no quieren saber nada.

Cabe resaltar que las mujeres que trabajan en el sexo que son las que conozco, son en su mayoría, mujeres de zonas rurales, aunque hay algunas de ciudad, y a menudo sin escolarización. Son mujeres de entre 18 y 50 años que presentan, aquí viene lo sorprendente para nuestra mentalidad, historias de abortos desde los 17 años.

Prefieren abortar antes que usar métodos anticonceptivos. El uso del preservativo masculino, es exclusivamente para los clientes, ninguna usa preservativo con la pareja estable. Así que abortar se convierte en su método anticonceptivo. De esto



se desprende que la media de abortos por mujer es de 3 a 5 abortos. He encontrado muchos testimonios de 10, 12 abortos, también en las mujeres que tienen estudios, y muchas mujeres me explican que es usual en su país encontrar en circulación pastillas que ayudan a abortar: el famoso citotec. El obstáculo más grande con que nos encontramos como educadoras de calle es generar en ellas reflexión frente a tantas ideas irracionales, puesto que para ellas estas prácticas son normales e inevitables y se conforman con "su destino".

La única estrategia es el acompañamiento constante, la escucha y contención. Desmontar la idea del amor romántico, desalentar la idea de hijos para solucionar una situación administrativa irregular, o la promesa amorosa de las parejas para que ellas cambien de trabajo, la estrategia de empoderamiento pasa por dar información, acercarlas a los programas de salud sexual y reproductiva y que puedan elegir cuando tener un hijo o hija...

Creo que nosotras no podemos permitir que un sector de la población pueda convivir con estas experiencias, así que les invito a una reflexión conjunta, a unir esfuerzos para extender redes con aquellas otras mujeres que llegan de un país vecino a trabajar a nuestro lado. Las mujeres de Rumania requieren de nuestra interacción, pensar con ellas qué pasa en las distintas culturas, quién se beneficia en su país de origen de la desinformación, por qué cada mujer trae una historia de abortos repetidos, nunca cuestionados, nunca acompañados de prevención ni de valoración de el riesgo que una mujer corre al utilizar el aborto como método anticonceptivo, práctica que, me pregunto, si se debe a creencia religiosa, falta de recursos económicos o solo a falta de información. Las mujeres me hablan de la dificultad para acceder al sistema sanitario, que viven como un privilegio al que sólo unas pocas pueden llegar, y al sistema sanitario público lo ven saturado de corrupción.

Desconozco si existe allí un movimiento de mujeres (probablemente sí) que cuestione e inste al poder sobre la necesidad de una mirada política sobre temas tan diversos como el parto, la menopausia, los métodos anticonceptivos y se imponga la salud como un derecho humano. Sería tejer redes entre ambos países, para alertar y construir con ellas mejores condiciones de vida, espacios de relación y reflexión donde pensar qué hacer para frenar tales abusos de un sistema sanitario que olvida la perspectiva de género en sus políticas públicas de salud, que sigue asociando sexualidad a procreación, y dejando sin opción a las mujeres, mirando a otro lado cuando sabe que se practican abortos sin condiciones, poniendo en peligro la vida de las mujeres, y considera "normal" que una mujer llegue a abortar 33 veces en sus escasos 30 años.

* Red de Mujeres Profesionales de la Salud

NO NOS RESIGNAMOS no queremos rebajas en el derecho a decidir



Montse Cervera Rodon

Campanya pel Dret a l'Avortament.
Barcelona

dretalpropicos@gmail.com
caps@pangea.org

El año 2008 ha sido un año de movilizaciones, debates, comisiones sobre el derecho a decidir de las mujeres y plataformas, que han puesto de manifiesto la dificultad que existe en muchos sectores de nuestra sociedad (y no solo los fundamentalistas y anti-elección) **para aceptar que las mujeres somos sujetas de derecho, libres, autónomas y capaces de decidir por nosotras mismas sobre nuestro cuerpo** y nuestra maternidad, y que no necesitamos tutorías ni mucho menos que nuestros derechos estén en el Código Penal... Así lo demuestran nuestros actos y la realidad del aborto en el Estado Español, pues lo cierto es que la mayoría de los abortos se demandan dentro de las primeras 12 semanas y sólo se solicitan más adelante en aquellos casos en que las malformaciones fetales no se detectan antes.

Aun no sabemos exactamente la propuesta del Gobierno, pero todos los rumores, incluido el del comité de expertos y expertas que está elaborando su informe, apuntan a que se mantiene en el código penal el aborto de más de 14 semanas... Por lo menos el informe de la Comisión de Ética de Cataluña proclamaba la libertad de las mujeres y su autodeterminación y ampliaba el plazo a las 24 semanas, pero parece que esto aun no se puede asumir.

Muchas de nosotras firmamos una carta o manifiestos parecidos en todo el estado durante el 2008. Algunas esperanzadas con posibles cambios, otras no tanto... y es que llevamos con problemas en el derecho al aborto de las mujeres desde la despenalización del 1985 para no ir más lejos...

La carta resume el proyecto mínimo de las mujeres feministas sobre este tema...

Debemos estar pues atentas y dejar de nuevo oír nuestra voz cuando salga la posición del gobierno y seguir presionando para que se reconozca el derecho a decidir:

Porque si exigimos el cambio de la ley es para garantizar nuestro derecho por un plazo suficientemente largo, para que ninguna mujer vea de nuevo su vida expuesta al código penal y a merced de fundamentalistas y legisladores anti-elección.

- La carta mostraba un punto de partida para reformar y cambiar el acceso de las mujeres al aborto, pues desde que los centros de planificación familiar, tal como se concibieron, han desaparecido en todas las comunidades autónomas al traspasarlos a la sanidad pública, la información sobre las clínicas hay que ir a buscarla a Internet. Creemos que esto hay que cambiarlo, normalizarlo, retornar ese espacio de salud a las mujeres como cuando se crearon los plannings, y que sea la sanidad pública la que cubra todas las funciones de información, atención, formación de profesionales, seguimiento de cada caso etc etc...

- Porque queda por regular la objeción de conciencia para que todos los

centros públicos puedan hacer abortos y formar a los profesionales para que sepan realizarlos, para que esta actuación sanitaria no sea vista como algo marginal y criminal. Normalizar este derecho para que todas nos sintamos libres y escuchadas y atendidas cuando nos planteamos la posibilidad o la realidad de no seguir adelante con una gestación no deseada.

Queremos ser madres libres con hijos e hijas deseadas, madres a las que se les reconozca tanto el hecho de serlo en condiciones dignas como el de no serlo y de interrumpir una gestación no deseada sin pasar por el calvario de dar explicaciones, de estar expuestas a la represión y la vulneración de nuestra intimidad y de tener que pagar por ello.

Aborto libre y gratuito. Las mujeres no queremos abortar. Queremos poder decidir sobre nuestra maternidad, nuestra vida y nuestro futuro de manera responsable pero sin tuteladas ni amenazas del código penal. Con responsabilidad y libertad. Estamos en el Siglo XXI y hemos demostrado que somos capaces de sostener la vida, el planeta y a nosotras mismas. Por favor, señores y señoras legisladoras: estén a la altura.

CARTA A LA MINISTRA DE IGUALDAD



carta a Doña Bibiana Aído, ministra de Igualdad

www.nonosresignamos.net

Estimada Ministra

Reciba, en primer lugar, nuestra felicitación por la responsabilidad que recientemente ha asumido al frente del nuevo Ministerio de Igualdad. Deseamos y esperamos que la existencia de este ministerio y su actuación en él contribuyan a que durante la legislatura 2008-2012 tengan lugar reformas relevantes en este ámbito.

Hoy nos dirigimos a usted para hacerle llegar nuestra inquietud ante los ataques injustificados que están sufriendo miles de mujeres que interrumpieron su embarazo en el marco de la legislación vigente, así como profesionales sanitarios de los centros autorizados. Sabemos que comparte esa preocupación, pero queremos manifestarle que, a nuestro entender, tales agresiones seguirán produciéndose mientras no sea modificada la legislación actual, muy restrictiva y no acorde a las recientes indicaciones del Consejo de Europa.

En efecto, *las leyes españolas no reconocen el DERECHO DE LAS MUJERES A DECIDIR sobre su maternidad, pues el aborto voluntario es un delito penado con cárcel, tanto para la mujer gestante como para el personal sanitario, salvo en tres excepcionales circunstancias. Tales condiciones son injustas en sí mismas y condenan a muchas mujeres a una maternidad no deseada o al aborto clandestino o en otro país, pero también introducen una fuerte inseguridad jurídica al quedar cada interrupción voluntaria del embarazo expuesta a denuncias malintencionadas que, incluso si son desestimadas, quiebran el derecho a la intimidad de las mujeres gestantes y fomentan el injusto desprestigio profesional de competente personal sanitario e incluso agresiones físicas.*

Por ello, queremos solicitarle su colaboración e iniciativa para que una de las primeras actuaciones del Gobierno presidido por don José Luis Rodríguez Zapatero sea la elaboración y presentación de un proyecto de ley que reforme la legislación sobre interrupción voluntaria del embarazo, que debe ser tratada en un ámbito sanitario y NO EN EL CÓDIGO PENAL, reconociendo el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad sin que éste quede restringido a los actuales supuestos de violación, grave malformación fetal o grave peligro para la vida o salud de la mujer. Igualmente, solicitamos que se garantice el DERECHO A ABORTAR GRATUITAMENTE EN UN CENTRO SANITARIO PÚBLICO de la Comunidad Autónoma en que se resida.

Esperamos que, por ser de justicia, esta reforma tenga lugar en breve plazo, marcando una profundización en los derechos civiles cuya importancia sería similar a la que en la legislatura anterior tuvo el fin de la discriminación por razón de opción sexual en el matrimonio y el reconocimiento legal de la propia identidad de género.

Para que el cambio avance... una nueva ley que reconozca el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad.

AL CIERRE: Ver página 13

MUCHA MENOS PROTECCIÓN DE LA QUE NOS "VENDEN"

Según el estudio realizado por Departamento de Ginecología del Hospital San Joan de Deu de Barcelona* publicado en la revista *Gynecologic Oncology*** , sólo el 28.2% de las mujeres con CIN2 o CIN3 confirmadas por biopsia estaban exclusivamente infectadas con los genotipos 16 y 18 del VPH.

Extracto del comentario de Vicente Baos en su magnífico blog El Supositorio

<http://vicentebaos.blogspot.com/2009/01/identificacin-de-genotipos-de-vph.html>

Identificación de genotipos de VPH incluidos en la vacuna en lesiones CIN 2-3 en Barcelona

La decisión de vacunar o no a la población adolescente española ha provocado un debate científico y social de gran importancia. La avalancha publicitaria y de intereses políticos, en relación a estas vacunas, ha deformado el debate científico. Las vacunas se han generalizado por una supuesta reducción del "100%" de los CIN2-3 de las cepas vacunales (16-18), que se supone producen, al menos, el 70% de los cánceres de cérvix. Un reciente trabajo realizado en España desmonta con datos locales varias de las afirmaciones en las que se ha basado la vacunación universal. Publicado por Eduardo González-Bosquet y colaboradores del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, el estudio muestra interesantes datos. Se realizó un estudio prospectivo de 519 mujeres con anomalías citológicas. Se les realizó una segunda citología y se tomaron muestras para la detección de tipo específico de VPH y una colposcopia. A las mujeres que presentaban anomalías en la colposcopia se les realizó una biopsia.

El VPH se detectó en 340 pacientes (65.5%), y en 125 (24%) se observó más de un genotipo de VPH. En 206 pacientes con CIN2 o CIN3 confirmado por biopsia, en 88 (42.7%) los tipos 16 y 18 de VPH fueron detectados , pero sólo 58 (28.2%) sin co-infección con otros genotipos de VPH de alto o probable alto riesgo. Es decir, los tipos 16 y 18 exclusivamente eran el 28,2% de los VPH presentes en las CIN2 y 3 demostrados por biopsia. En 115

(55.8%) de las mujeres con CIN2 o CIN3, otros genotipos de VPH de alto riesgo o probable alto riesgo diferentes al 16 y 18 estaban presentes.

En esta muestra española, con pacientes biopsiadas, los genotipos más frecuentes no están incluidos en las vacunas. Además, de 206 mujeres diagnosticadas con CIN2 o CIN3, 19 fueron negativas para VPH y 14 fueron positivas para genotipos considerados de bajo riesgo. La conclusión de los autores provoca una duda muy importante:

El hallazgo de que sólo el 28.2% de las mujeres con CIN2 o CIN3 confirmadas por biopsia estaban exclusivamente infectadas con los genotipos 16 y 18 del VPH da lugar a dudas sobre la protección alcanzada con las vacunas actuales.

* González-Bosquet E, Esteva C, Muñoz-Almagro C, Ferrer P, Pérez M, Lailla JM Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Sant Joan de Déu, University of Barcelona, Esplugues, Barcelona, Spain.

** Identification of vaccine human papillomavirus genotypes in squamous intraepithelial lesions (CIN2-3). *Gynecologic Oncology* 111 (2008) 9-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18684497>

3.- DESPUÉS DEL ESCÁNDALO DEL NOBEL, ¿ESCÁNDALO EN LOS PRÍNCIPES DE ASTURIAS?

La Asociación contra el Cáncer de Cuello de Útero y la Asociación para la Prevención del Virus del Papiloma Humano (financiadas por la industria) han presentado la candidatura al Premio Príncipe de Asturias 2009 para a los investigadores de los cuatro centros médicos que desarrollaron las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Curiosamente, no incluyen en la lista a la Doctora Diane Harper, investigadora principal durante veinte años en el Centro de Dartmouth... ¿acaso porque es la única que ha dicho que "vacunar a las niñas es el mayor experimento de salud pública puesto que los efectos se han estudiado sólo entre 16 y 25 años?

A ver cuándo se desglosan los dinerillos que van ganando los promotores de las vacunas en España, y los que encabezan los documentos de consenso, ¿eh, señor Ministro?" Que sepáis que estamos decididas a que no se repita el escándalo del premio Nobel manipulado por la industria, en los Príncipes de Asturias.

MÁS ANAFILAXIS QUE CON CUALQUIER OTRA VACUNA.

Según un estudio publicado en el *Canadian Medical Journal* realizado en Australia, basados en casos confirmados, el porcentaje estimado de anafilaxis como consecuencia de la vacuna cuadrivalente del papiloma (Gardasil) fue "significativamente superior" al identificado en comparación con otras vacunas proporcionadas a escolares.

Anaphylaxis following quadrivalent human papillomavirus vaccination

Julia M.L. Brotherton, MD MPH, Mike S. Gold, MD, Andrew S. Kemp, MD PhD, Peter B. McIntyre, MD PhD, Margaret A. Burgess, MD, Sue Campbell-Lloyd, RN on behalf of the New South Wales Health HPV Adverse Events Panel

<http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/179/6/525?maxtoshows=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=&andorexactitleabs=&andfulltext=Children%27s+Hospital+at+Westmead+in+Sydney%2C+Australia&andorexactfulltext=&andsearchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=date&resourcetype=HWCIT,HWELTR>

EMPIEZAN LAS REBAJAS DE LO INNECESARIO: DETRÁS DE IRLANDA, DAKOTA DEL SUR ABANDONA PLANES DE VACUNACIÓN DE VPH

<http://www.keloland.com/News/NewsDetail6375.cfm?id=0,79459>

Al anuncio de Mary Harney, Ministra de Salud de Irlanda, de que dadas las restricciones económicas actuales el programa de vacunación del papiloma no continuará, le acaba de seguir el del estado de Dakota del Sur, en USA. Ante la crisis económica, el gobernador espera ahorrar 277.000 dólares suspendiendo este programa "puesto que no se trata de una prioridad".

ADMITIDA LA QUERRELLA DE LAS DAVID-AS(ADIBS) CONTRA GOLIART (SANOFI MERCK).

Pues eso: que un pequeño grupo de mujeres, la Asociación de Dones per la Salut de les Illes Balears (ADIBS) se ha querellado contra un gigantesco imperio: los responsables de Sanofi-Merck, la empresa que en España nos ha "contaminado" publicidad ilegal y engañosa sobre la vacuna y ... la querrela se ha admitido a trámite!



BUENO CHICAS, ESTO SE ACABÓ

Una guía para desdramatizar la menopausia

María Jesús Balbás
Ediciones B, Barcelona 2008

“Después de treinta años de práctica médica he comprobado que todas las mujeres somos supervivientes.

Al principio, cuando era joven, pensé que se trataba de la generación de la guerra. No obstante, luego, en la consulta, como ginecóloga y homeópata, he podido constatar que no es una cuestión generacional sino de género. Somos supervivientes. Nos caemos y nos levantamos. Miramos siempre adelante. E improvisamos sobre la marcha.

...hablo aquí de la menstruación, las relaciones sexuales, los embarazos, los partos, los puerperios, las crianzas y finalmente la menopausia. Hablo de tabúes, de no saber a quién preguntar, de vergüenza y de miedo, de sentir cómo la rabia palpita dentro, de ese profundo deseo de caminar, de explorar, de vivir la vida en plenitud.

He atravesado esos trances igual que todas las mujeres, como buenamente he podido. Ahora, al llegar al menopausia y verificar que es una extraordinaria capitulación, en un momento en el que podemos redimir tanto dolor de nuestras vidas y rescatar todo el coraje, toda la creatividad y toda la ternura, me ha parecido oportuno escribir este libro con la humilde intención de compartir entre iguales este procesos, este tránsito. Con la invitación a todas las mujeres de mi edad de convertirnos en esa abuela sabia, complaciente, divertida y serena que puede acoger a todas las nietas de la Tierra. ”



LEJOS DE LOS CAMINOS TRILLADOS

Delfina Lusiardi (texto y ilustraciones)
Editorial Sabina, Madrid 2008.

Un libro para que se quede con nosotras y nos acompañe. Creo que la editorial Sabina ha empezado con buen pie. Necesitamos estos libros para conducir nuestros miedos y para activar nuestros deseos.

¿Por qué no consigo vivir sin más? Se pregunta Delfina Lusiardi, cuando las inquietudes frente a un cáncer de mama le amargan los días y le dificultan sus relaciones con su entorno.

Escribe:

“Si se vence el miedo al dolor y a la muerte, la familiaridad con la enfermedad enseña la familiaridad con la vida en su ser impredecible, dureza, juego burlón, no-proyecto. Se aprenden la espera, la acción paciente e incluso, la inactividad”

“Curarse es muy cansado”

“El cáncer trabaja en un punto insondable de nuestro ser: no da señales manifiestas. Cuando las muestra, el daño ya está hecho. Se parece terriblemente a otras amenazas de nuestro tiempo, que pergeñan en la oscuridad destrucciones totales.”

Las amenazas que nos rodean no son tan sólo el cáncer, sino también el dolor, el cansancio, la precariedad laboral, la incompreensión y la invisibilidad. Por ello, toda experiencia de supervivencia lejos de los caminos trillados nos mantiene y nos sostiene, como a la Dra. Gemma Martino, la doctora de Delfina, que ayudó a que su diario y sus dibujos hayan llegado hasta nosotras.

Gracias a la editorial Sabina por hacernos llegar este regalo del canto a la vida y a las sensaciones y sentimientos en momentos de tribulación. Os recomiendo que lo leáis, y lo saboreéis a pequeños sorbos, como a la vida misma. C. V. LL



HABLEMOS DE FIBROMIALGIA

Calamo, 2007

DE LA FIBROMIALGIA A LA SALUD

Calamo, 2008
De Mª Àngels Mestre

“Si tú quieres, lo deseas y te esfuerzas, la fibromialgia se diluye”

De esto tratan estos dos libros escritos por su autora uno detrás de otro (el segundo como complemento del primero), en que Mª Àngels Mestre explica, desde su propia experiencia, cómo transformar el diagnóstico de fibromialgia de enfermedad crónica a curable. La autora narra su proceso de enfermedad y curación a través de otro proceso, el de tomar las riendas de su vida y su salud. Cuenta su periplo por diversas medicina alternativas, su investigación y su aprendizaje para cambiar su forma de vivir, de comer, su forma de relacionarse con los demás y consigo misma. Hace un repaso por todas las técnicas y filosofías de que se ha ido sirviendo y nutriendo, en clave de guía, para aportar ideas y recursos a otras mujeres afectadas o *“a todas las personas enfermas, tanto da que el nombre le su enfermedad sea fibromialgia”*, para que se animen a salir de la aceptación pasiva de la enfermedad y ponerse a buscar sus propias soluciones.

El libro tiene como objetivos, en palabras de la autora:

“Llevar esperanza donde no la hay. ... la fibromialgia será crónica sólo si tú quieres, si entregas el poder a los otros. Ayudar a comprender la enfermedad a fin de poner en marcha la autocuración. Servir como guía para salir del victimismo, tomar conciencia para hacerte responsable y tomar el protagonismo de tu vida.”

ADIBS ¿quiénes somos?



Adibs en un pequeño grupo de mujeres que trabaja con ahínco para poner un granito de arena en el cambio necesario de la tendencia misógina y medicalizadora de la sanidad actual y de las corrientes de salud. Es al hacer recuento al final del año, cuando nos damos cuenta de la ingente cantidad de trabajo que día a día hemos hecho “las chicas de Adibs”. Trabajo con nuestra histórica reivindicación para el tratamiento integral de la mujer con cáncer de mama en una Unidad de Mama, con nuestra fructífera oposición a la implantación de la vacuna contra el VPH, con el protocolo para la atención a las mujeres con agresiones sexuales en Balears, y con tantos y tantos otros temas . ¿Cómo se puede conseguir? Quizá por una mezcla de convicción y talento. Es tal vez la convicción, sin fisuras, de que hacemos lo que tenemos que hacer, lo que casi siempre nos hace estar en el ojo del huracán o tal vez la afortunada conjunción de un grupo de mujeres que superándose a si mismas y a sus circunstancias, asumen su liderazgo y ponen todos sus talentos a juego para conseguir transmitir a otras mujeres sus principios sobre le salud: Salud con visión de género, salud con un enfoque multidisciplinar, salud que nos aporta el contacto sano con nosotras y con nuestras semejantes, salud, en fin, autogestionada y asumida, libre de la presión de la industria farmacéutica. Y talentos...muchos talentos que sumados y complementados hacen de esta pequeña asociación un engranaje perfecto, sin huecos, que poco a poco va permeando en nuestra sociedad haciendo nuestra voz interlocutora válida para los medios de comunicación y

los dirigentes políticos. ¿Qué haríamos sin la visionaria Leonor, sin el orden de nuestra tesorera Jimena, sin el infatigable trabajo de la secretaria Carmen, sin el ardor de Elisa, sin la lengua de Magda, sin el conocimiento administrativo de Lena, sin la “pluridisciplinad” de Nina, sin la sabiduría de M^a José?. Y ¿que haríamos sin las no nombradas que nos apoyan como socias o como colaboradoras en actos especiales? Sin duda no hubieran salido tantos artículos, escritos, informes, reuniones, conferencias, talleres, fiestas, mercadillos y ese sin fin de buenas ideas que salen en cada reunión. Ni hubiéramos hecho tantas cosas respecto a la vacuna del papiloma – ni nuestro ya famoso power point, el “tienesquesaberlo”, ni la promoción, junto a tantas personalidades de las ciencias y el arte de la salud , de la petición de la moratoria (www.caps.pangea.org/ declaración), ni hubiéramos puesto una querrela a los responsables de su publicidad engañosa. Y ¿que haríamos sin la ilusión de ese gran número de futuras socias jóvenes que recojan nuestro testigo y continúen nuestra labor? Porque lo mejor, no cabe duda, es lo que aporta el grupo a cada una. Confirmamos la idea, demostrada científicamente, de que las buenas relaciones entre mujeres, amigas reales y leales, su cariño y su apoyo, son una fuente de inspiración, salud y bienestar para todas. PD: Como veis, tenemos la autoestima por las nubes.

ADIBS
www.adibsfeminista.blogspot.com

MENS SANA IN CORPORE SANO



Un estudio canadiense publicado recientemente ha puesto de manifiesto que el ejercicio físico regular mejora el funcionamiento cerebral en las personas mayores. El estudio se llevó a cabo con mujeres canadienses de más de 65 años. Comparado el grupo que hacía ejercicio con el que no, resultó que el primero mejoraba un 10% su capacidad cognitiva. Las mujeres activas también presentaron presión arterial más baja (tanto en reposo como durante el ejercicio) y mejores respuestas vasculares en el cerebro, lo que sugiere que un mejor flujo sanguíneo ayuda a la capacidad de pensar. Según los autores del estudio "la moraleja de nuestra investigación es que algo tan sencillo como caminar a diario es esencial para permanecer mentalmente ágidos y sanos a medida que envejecemos".

Este es un punto más a añadir a todos los que va sumando el caminar en relación con nuestra salud: previene la osteoporosis, previene el cáncer de mama, mantiene joven el cerebro... y además es agradable y barato, no se puede pedir más.

Brown AD, McMorris CA, Longman RS, Leigh R, Hill MD, Friedenreich CM, Poulin MJ. Effects of cardiorespiratory fitness and cerebral blood flow on cognitive outcomes in older women. *Neurobiol Aging*. 2008 Dec 26.

TERAPIA DE GRUPO Y SUPERVIVENCIA EN CÁNCER DE MAMA

Las pacientes sometidas a esta terapia sobreviven más tiempo y tienen menos recidivas, según un estudio publicado en "Cancer" en diciembre de 2008 y llevado a cabo por un equipo de la universidad de Ohio (EEUU). La investigación indica que reducir el estrés que acompaña al diagnóstico y tratamiento del cáncer tiene un impacto significativo sobre la supervivencia de las pacientes. Se siguió a 227 pacientes tratadas de cáncer de mama durante 11 años, y se registraron las recidivas del cáncer. Aquellas que tomaron parte en el grupo que siguió tratamiento psicológico tuvieron un 50% menos de riesgo de recidiva respecta a las que no. El estudio también descubrió que las pacientes que recibían una intervención psicológica, en comparación con las que no lo hacían, tenían un menor riesgo de mortalidad de todo tipo, no sólo de cáncer. Los autores creen que los tratamientos psicológicos podrían tener impacto sobre el sistema inmune asociados a las hormonas del estrés, ya que éstas podrían promover el crecimiento o metástasis del cáncer. Por ello, el tratamiento del malestar psicológico debería añadirse a los medicamentos antitumorales.

Lo interesante de esta noticia no es el descubrimiento que hace el estudio de que las mujeres que pasan por un cáncer de mama (o de lo que sea) sufren un gran estrés emocional y les beneficia el apoyo psicológico y el grupo (que en cualquiera de sus modalidades siempre es terapéutico), ya que todo ello es una obviedad para cualquiera con sentido común; lo interesante es que los médicos se hayan empezado a dar cuenta de ello.

Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, Young DC, Carson WE 3rd. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*. 2008 Dec 15;113(12):3450



ADELGAZANTES PELIGROSOS

El 22 de Diciembre de 2008 la Food and Drug Administration, advirtió del peligro de una gran número de productos adelgazantes que se vendían en supermercados o por internet sin receta, y que estaban contaminados con componentes químicos peligrosos para la salud.

Entre ellos están los siguientes ingredientes no declarados: Fenitoina, Sibutramina (un fármaco antiobesidad que causa hipertensión, convulsiones, taquicardia, palpitaciones, ataques cardíacos o ictus), Rimobant (un fármaco antiobesidad que no está aprobado en USA), Fenolfaleína (un agente químico que puede causar cáncer). La agencia advierte que las personas que consuman productos adelgazantes con estas sustancias dejen de hacerlo y consulten a sus médicos o médicas.

En España, cada vez se consumen más productos adelgazantes, las llamadas dietas proteicas o de otro tipo, de las que por ahora desconocemos sus ingredientes. La mayoría de estas dietas se destinan a mujeres, sobre las que recae la presión sobre la lucha contra la obesidad, sin darles recursos que ayuden a cambiar su metabolismo, o con presiones mediáticas sobre su figura y su estética. Sería bueno que estuviéramos alerta por si descubrimos algunos ingredientes de los advertidos por la FDA.

FDA Expands Warning to Consumers About Tainted Weight Loss Pills List increases from 28 to 69 products; Agency seeking recalls. *FDA News* December 22, 2008.

Subvencionado por:

