

MYS MUJERES Y SALUD

[27-28]

ENTREVISTA

MALEN CIREROL
el cuerpo
no nos
engaña

ENFERMERAS

Luces y
sombras de
una profesión
feminizada

HOMBRES:

ocultan sus
sentimientos
...o no
¿Los tienen?

VIOLENCIA DE GÉNERO

de las denuncias
falsas a
la alienación
parental



NO NOS OLVIDEMOS DE HAITÍ

DOSSIER: ¿para quién
el beneficio?

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Núria Agell,
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco

Malén Cirerol

Rita Gavarró

Pilar Parra

Maria Elena Cuyás

Esperanza Aguilà

Carmen Mosquera

Corina Hourcade

Gemma Cànovas

Regina Bayo-Borrás

María José Hernández

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 Stolcke

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

Depósito legal: PM 765-1996

sumario

EDITORIAL

Colabora con el campamento feminista Internacional para la mujeres de Haití 3

ENREDHADAS

Remedios caseros. Leonor Taboada 5

LA ENTREVISTA

Malen Cirerol. Leonor Taboada 6

EL DEDO EN LA LLAGA

¿Medios de comunicación o empresas de marketing? Carme Valls 9

consentimiento informado

Del consentimiento informado...a la decisión informada. Gaia Marsico 10

Consentimiento aterrado. Francisca Fernández Guillén 12

Óvulos para investigación: toda cautela es poca. Judy Norsigian 15

COSAS QUE NOS PASAN

¡Ay qué estrés! Margarita López Carrillo 15

menopausia

Menopausia y nutrición. Pilar Parra 16

sexualidad

La educación afectivo-sexual: ¿para cuándo? Rita Gavarró 18

Género y sexualidad masculina. Jose Ángel Lozoya 19

hablan las enfermeras

Enfermera sí pero no así. Concha Germán 22

Ser enfermera en un hospital. Cristina Cantalejo 27

malos tratos

Síndrome de alienación parental: el amor hay que ganarlo. Claudia Truzzoli 32

El mito de las denuncias falsas. Carlos Carnicer 36

nuestro linaje

Trótula de Salerno 37

DSQ

Viaje a Senegal. Esperanza Aguilà 38

mys Libros

declaración de toledo: la salud y la crisis global 41

en movimiento

Jornadas feministas de Granada 2009 43

DOSSIER: ¿PARA QUIÉN EL BENEFICIO?

myses publicados

- 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
- 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
- 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
- 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.
- 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
- 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
- 7 MATAR MOSCAS A CAÑO-NAZOS. 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.

- 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.
- 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.
- 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres sí.
- 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA?
- 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!

- 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.
- 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN
- 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS





Fundación del Campamento Feminista Internacional
"Myriam Merlet, Anne Marie Coriolan y Magalie Marcelin"

colabora con el campamento feminista internacional para la mujeres de Haití

La tragedia sufrida por el pueblo de Haití el pasado 12 de enero, ha convocado la solidaridad feminista en todo el mundo y en especial de las feministas de América Latina y el Caribe que, reunidas en Santo Domingo, los días 26 y 27 de enero, con la presencia de una representación del movimiento de mujeres haitianas, han acordado concretar su solidaridad con las mujeres de Haití y sus comunidades, mediante el establecimiento del **Campamento Feminista Internacional "Myriam Merlet, Anne Marie Coriolan y Magalie Marcelin"**, como homenaje a estas tres veteranas activistas feministas fallecidas en el desastre y a todas las mujeres de Haití.

Antes de este terremoto, Haití ya era uno de los países más pobres del mundo. Tras el levantamiento de los esclavos y esclavas haitianas y el logro de su independencia en 1804, Francia les exigió el pago de miles de millones en concepto de compensaciones, comenzando así un espiral de pobreza y deuda injusta que ha durado dos siglos. Ha llegado la hora de cancelar la deuda de Haití por completo, de manera incondicional, y asegurar que la ayuda prestada por el terremoto sea en concepto de donaciones que llegue a las personas que lo necesitan y no de nuevos préstamos.

El Campamento estará coordinado y bajo la responsabilidad de dos organizaciones de larga trayectoria en República Dominicana y en instancias internacionales: CIPAF y La Colectiva Mujer y Salud (COMUS)

Es reconocido que las mujeres - especialmente en los países más pobres y Haití está entre ellos - viven en una profunda situación de desigualdad y de marginación, al tiempo que sus necesidades son invisibilizadas y casi nunca satisfechas. Esta situación - como ha sido ya reconocida también por organismos internacionales, movimientos feministas y de mujeres - empeora durante los momentos de emergencia y de desastres. De igual manera, es también reconocido que cuando los recursos y apoyos se ponen en manos de las mujeres y sus organizaciones, éstos llegan a quienes más los necesitan, al tiempo que son mejor administrados y utilizados.

El Campamento es una iniciativa que busca responder a estas problemáticas de manera flexible y cambiante, que toma en cuenta las necesidades de las mujeres y las niñas. Es un espacio de referencia para la solidaridad internacional que hará posible que lleguen recursos directamente a las mujeres y a sus

organizaciones y que estos contribuyan a la rearticulación del movimiento feminista y de mujeres de Haití y a garantizar su participación decisiva, en el proceso de reconstrucción del país. Este Campamento tiene como prioridades inmediatas:

- Abogar, incidir y monitorear para que las necesidades específicas de las mujeres y las niñas se incorporen en las agendas multilaterales y bilaterales de ayuda a la población.
- Apoyar los esfuerzos de las organizaciones de mujeres haitianas y latinoamericanas para incidir en políticas públicas nacionales e internacionales sobre mitigación y reconstrucción, conforme lo planteen las mujeres haitianas, recogiendo la experiencia de las organizaciones de las mujeres en la región en otros casos de desastres.
- Contribuir al diseño de políticas públicas que tomen en cuenta necesidades que han surgido con el terremoto natural y social que ha devastado ese país.
- Apoyar la recuperación de la memoria histórica del movimiento feminista y de mujeres de Haití.
- Acompañar los procesos de duelo y dar apoyo psicológico para afrontar los diferentes efectos y consecuencias de los daños y pérdidas.
- Reforzar la continuidad del Ministerio de la Mujer y de las instituciones del gobierno de Haití responsables de velar por los derechos de las mujeres.

Además de las acciones señaladas, el pleno de las organizaciones reunidas decidió impulsar una Jornada de Homenaje mundial, **este 8 de Marzo**, a las tres líderes: Myriam Merlet, Anne Marie Coriolan y Magalie Marcelin y, en ellas, a todas las mujeres haitianas muertas en el terremoto.

Nuestra revista se hace eco de este llamamiento, seguras de que al divulgar esta iniciativa ayudaremos a engrosar esta cuenta.

Colectiva Mujer y Salud
Banco de Reservas
Cta. Corriente No. 010-251497-6
Swift code o ABA No. BRRDDOSD C/ Isabel La Católica No. 201
Zona Colonial Santo Domingo, República Dominicana

Para más información conectad con la web
www.ponfinalaviolencia.org



sobre La distancia terapéutica

RECIBIDA EN CAPS EL 15-9-2009

La lectura de la recopilación de textos sobre la distancia terapéutica me ha sugerido lo que sigue.

Cuando he sido paciente he sentido que mis terapeutas me han querido, y de ello ha nacido mi agradecimiento y, posiblemente, mi confianza en la ayuda que me prestaban para gestionar mi salud y mis malestares.

Lo primero es informar que no soy una experta en estos temas, pero pienso que la distancia terapéutica no es estar lejos de la paciente, sino no confundirse con ella. Es sentir afecto y manifestarlo como cada una sea capaz de hacerlo, con la palabra y/o con el cuerpo, pero discriminando donde acaba lo que es de la paciente y empieza lo que es de la terapeuta. Como profesora, como amiga o como madre se que solo he podido ayudar a la otra persona cuando no he confundido las dos cosas.

Hablo de las médicas, porque son ellas con las que he trabajado durante años. Las medicas ya tienen, en general, una práctica cercana y afectuosa con sus pacientes, pero en mi acercamiento a ellas he detectado lo que creo que no beneficia a ninguna de las partes, y es un sentimiento de impotencia para evitar que las invada el dolor de la otra.

La distancia terapéutica, creo, es afecto con técnica, la técnica que permite conocer los propios dolores, identificar los dolores de la que está enfrente, y separar las causas y las consecuencias de ambos.

Ana Delgado

Granada, 30 años después: aquí y ahora

RECIBIDA EN CAPS EL 16-12-2009

(VER PÁGINA 43)

Yo sólo pude estar unas horas en el encuentro... Así que no pude pulsar TODO el encuentro... Sólo puedo compartir MI experiencia en la conferencia que yo dí, las exposiciones que ví, los contactos que hice...no sé si eso servirá a alguien... pero por si ayuda...

Yo VI, HABLE, Y ESCUCHE a -con- mujeres jóvenes que se preguntan, buscan, reflexionan sobre sí mismas, sobre la realidad de las mujeres de ahora, sobre su responsabilidad en el futuro... sobre sus antepasadas.

Yo VI-ESCUCHE-HABLE, con mujeres que están cogiendo el relevo generacional en el campo, en la ciudad, en el sur, en el norte, en la salud, en la educación... en la vida.

Yo VI, HABLE, ESCUCHE mujeres de diferentes generaciones, profesiones, zonas del país, niveles académicos-económicos, queriendo comprender sobre sus cuerpos, sus vidas, lo que significa globalidad, desmedicalización, gozo, autonomía...

Yo VI, ESCUCHE, HABLE, con MUJERES DE REDES-ASOCIACIONES de todo el Estado, queriendo seguir conectando, transmitiendo, avanzando, profundizando, cada una desde su espacio, lugar...

Por supuesto, también escuché y vi mujeres desorientadas, dando vueltas sobre sí mismas, rabiosas, heridas, buscando a tientas...

Me volví a casa esperanzada, feliz...confiada de que YA hemos ido sembrando...y sigue habiendo sembradoras... Estoy recibiendo todavía correos de personas-mujeres-representantes de asociaciones, que me conectaron allí, y que quieren o más información u organizar algo en su zona o comunicarme algo...en fin, vivas, activas...

Claro, yo sólo conecté unos pocos cientos... no a las 3000... Supongo que cada una ha tenido SU experiencia, como con todo. Me recuerda ese pequeño cuento en el que un grupo de ciegos, en contacto con una parte de un elefante, deben definir CADA UNO AISLADAMENTE como es esa cosa que están tocando. Evidentemente, no es la misma cosa...

Espero que -tal vez entre unas cuantas- podamos ir ayudando a encontrar algunas de esas horas-días!!!!...a lo mejor sólo se han extraviado momentáneamente... o como esas cosas que suceden en casa... "lo que no se llevan los ladrones, aparece por los rincones". ANIMO!!!

Maria Fuentes



A LA RESISTENCIA DE LAS MUJERES IRANÍS

Esta foto ha dado la vuelta al mundo: una mujer exponiendo su cuerpo con claro gesto de rechazo a Mahmoud Ahmadinejad, máximo exponente de la salvaje represión a la oposición a su régimen. No sabemos que habrá sido de ella en un país en que los y las opositoras al régimen han sido duramente castigadas incluso con la muerte por ahorcamiento.

Pero sabemos que dentro y fuera del país las mujeres están empeñadas en cambiar las cosas.

Shirin Ebadi, abogada por los derechos de las mujeres y premio Nobel la paz, nos decía el mes pasado cuando estaba en nuestro país que las mujeres llevarían la democracia a Irán. "Hasta que no existan derechos civiles completos e iguales a los de los hombres, en Qatar, Irán, Afganistán o donde sea, los derechos políticos no tendrán significado. En Irán, las mujeres tienen el derecho al voto desde hace 50 años. Hoy, en un Parlamento dominado por fundamentalistas, tenemos 13 mujeres diputadas. Pero esto para mí no es un paso adelante o un progreso, porque las mujeres no tienen derechos civiles". Pero están empeñadas en conseguirlo y necesitan nuestro apoyo y reconocimiento.



LEONOR TABOADA

Remedios caseros

A veces no basta con amar y ser amada. No basta con intentar ser buena. No basta con comer la menor cantidad de basura posible, ni con separarla en los contenedores. No basta con respirar hondo, cruzar los dedos e intentar el Om. No basta con desenchufar el Wiffi y todos los artilugios informáticos cada noche. No basta con viajar en transporte público. No basta con mirar documentales y programas culturales. No basta con firmar campañas en facebook. Ni con correr tres kilómetros diarios.

Sobrevivir muchos años enseña que las crisis que afectan a un país no dejan indiferente a nadie. Que la salud individual no depende sólo de las circunstancias personales. Y en esas estamos. La profunda crisis global que pide a gritos una nueva revolución se ceba en el equilibrio individual.

Claro que si le cuento a mi médica de cabecera lo que me está pasando lo entenderá, pero no tendrá a mano más que un psicofármaco para intentar calmar mi profundo malestar, posiblemente el mismo que ella se tome por la mañana o por la noche para aguantar tantas miserias de gente que padece los efectos de una crisis económica global que no han provocado. Y eso sin terremotos como en Haití, sin fósforo blanco ni asedio brutal como en Gaza, sin guerras ni narcotraficantes ni... Así las cosas, para salir de mi crisis sólo me queda autoinyectarme una super dosis de optimismo, tal y como lo entiende Dolores Juliano, para quien el optimismo no es una ingenuidad, sino una opción política: "apoyando una idea la hacemos posible", dice.

Y ahora mismo, necesito seguir creyendo que otro mundo, un mundo sin asquerosas crisis, es posible.

Aunque eso implique trabajar, trabajar y seguir trabajando...sin cobrar.

leonortaboada6@gmail.com

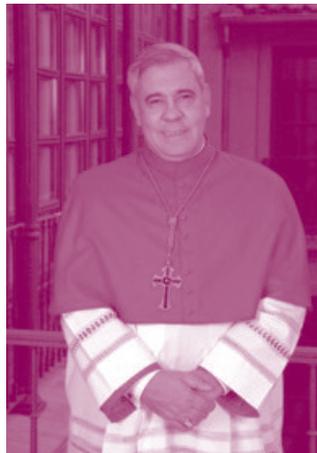


EL ARZOBISPO DE GRANADA: A LA CARCEL...

No se entiende porqué la fiscalía no actúa de oficio ante "oficios" religiosos como los del Arzobispo Javier Martín quién, en una homilía en la Catedral de Granada relacionó la recientemente aprobada reforma de la ley del aborto con "el régimen de Hitler", aclarando que los crímenes nazis no eran "tan repugnantes" como los que permite cometer la ley y remató promoviendo la violencia contra las mujeres al afirmar "que la mujer que aborta da licencia absoluta, sin límites, para abusar de sus cuerpos".

No deberíamos permitir que otra vez, como casi siempre que los representantes de la Iglesia Católica delinquen, se deje el delito sometido a la justicia divina.

Esperemos que el clamor en Facebook llegue hasta algún juzgado de guardia.



La entrevista

por Leonor Taboada

MaLen cirerol

Fisioterapeuta. Co-creadora del método
Diafreo de terapia corporal

¿Quién es esa mujer?: Soy incapaz de enumerar las veces que me han hecho esa pregunta cuando la ven por primera vez.

Aunque quisiera, no podría pasar desapercibida.

Ya sea dando una conferencia, llevando una pancarta por la paz, por la ecología o el feminismo, conduciendo su autocaravana por los pirineos, subiendo una montaña, actuando en un grupo de teatro o jugando al pádel, he sido testigo a lo largo de los años de lo mucho que impacta su presencia ... y de lo mucho que influye en su entorno.

No es fácil para mí escribir sobre ella. Corro el riesgo de llenar el perfil de adjetivos elogiosos. Que es la mejor amiga de muchas amigas. Que si es el centro de los muchos círculos que frecuenta. Que si se acude a su criterio siempre que hay problemas de salud o simplemente cuando la vida se pone difícil.

Aunque hay cosas que cualquiera que la conoce, le reconoce.

Que su mente abierta es capaz de percibir más allá de lo que se ve y su mente científica de encontrar explicaciones a lo inexplicable.

Que se toma su trabajo tan en serio que jamás ha dejado de formarse, ni de ponerlo en práctica.

Que ella es el mejor ejemplo de que lo que predica funciona.

Que hasta el tiempo la trata con especial cariño, y no hace más que darle la razón.

Y que ponerse en sus manos puede ser la más sabia decisión.



Diafreo, diafreo, diafreo... mucha gente habla de la diafreo... ¿En qué consiste la diafreo?

La Diafreo es un método que, tomando como punto de partida un trabajo corporal muy preciso, busca restablecer el equilibrio en todos los niveles: físico, emocional, energético y espacio interno.

¿Qué quiere decir “diafreo”?

Viene de la palabra griega Diafreo que significa: “separar dejando pasar”. Esta es la función del diafragma en nuestro cuerpo. Y, en otros planos, también es lo que busca la Diafreo.

Dejar pasar, es dejar circular, permitirse sentir, ser, expresar. Separar tiene que ver con diferenciar, salir de la confusión.

Poder dar nombre a cada sensación y a cada sentimiento. También poder distinguir lo propio de lo externo. Para ello liberamos las tensiones, abrimos los bloques y liberamos las vías de expresión.

Si le parece, vamos por partes...

El proceso de reconocer, comprender y soltar las tensiones y contracciones mus-

La entrevista

EL CUERPO NO NOS ENGAÑA...

culares da pie a que afloren informaciones que permiten recuperar pedazos de nuestra identidad, cambiar la percepción sobre un@ mism@ y encontrar nuevas posibilidades de expresión; escuchar la propia voz y no estar pendiente de los mensajes externos...

O sea, que la llave para el equilibrio está en el cuerpo...

El cuerpo es la materialización de otros niveles de nuestro ser que no son tan visibles y al actuar sobre él tenemos la puerta abierta a estos otros niveles. Es el eslabón que nos conecta con el exterior y, además, con nuestra vida emocional, nuestra historia, nuestro espacio interior y el universo.

¿Por ejemplo?...

Por ejemplo una persona contrae el estómago cuando está en alerta o en estrés. No se da cuenta de ello aunque aparezca un síntoma como puede ser malas digestiones o gastritis. Y este mismo malestar va a cerrar el círculo vicioso, aumentando aún más la tensión. Cuando ello se hace crónico, la musculatura fija el movimiento. Afectando incluso la actitud corporal, que se pliega en este punto. Soltar la musculatura que mantiene esta contracción le va a permitir aprender a relajar esta tensión, a soltar el estómago. Aparecerá probablemente la información o la emoción que estaba bloqueada en esta contracción. No solamente le va a servir para mejorar la digestión y liberarse

de la gastritis sino que podrá ser consciente de en qué situaciones su organismo se pone en defensa y se protege; podrá así darse cuenta de cuáles son las situaciones en las que puede estar sin contraerse y cuáles son las que ponen en marcha su mecanismo de defensa. Y a partir de ahí, darse cuenta de muchos factores que actúan en su vida y en su malestar.

Este proceso de concienciación puede llevarle a cambiar su actitud y a buscar nuevas respuestas ante ciertas situaciones de su vida.

Es importante darnos cuenta de cuáles son los mecanismos **de alerta**, que hemos ido integrando y que actúan de forma automática sin que nos demos cuenta de su significado.

Usted se formó con grandes maestras, como Berterat o Mézières, ¿qué la llevó a crear un método propio?

Mi profesión de enfermera, y de fisioterapeuta después, me planteaba muchos interrogantes, que han sido una constante en mi vida y en mi trabajo.

Mi primera maestra fue Thérèse Berterat, cuyo libro ***“El cuerpo tiene sus razones”*** me trajo respuestas a muchos interrogantes que yo tenía en mi trabajo. Con ella aprendí a darme cuenta de mis propias tensiones y de cómo, a lo largo de la vida, en cada conflicto vamos deshabitando poco a poco nuestro cuerpo. Necesitaba profundizar y para continuar mi formación decidí acudir a sus propias fuentes...

Y se fue a estudiar con Mezieres...

Mézières fue una revolucionaria que se atrevió a demostrar que la musculatura funciona en cadena, contrariamente a lo que siempre nos habían enseñado... Al trabajar con un método tan preciso como es el de Mézières, me di cuenta de que, en realidad, si me permitía observar más allá, se estaban produciendo muchos movimientos en otros niveles, el psicológico y el energético.

Si consideraba el método Mézières simplemente como una mejor fisioterapia, perdía en gran parte sus frutos y quedaban fuera todas las causas más escondidas que provocan las tensiones y los desequilibrios. Era importante aprender a comprender lo que ocurría en estos otros niveles de la persona. Con el método Mézières podíamos aprender a comprender como el cuerpo, ante cualquier accidente, cualquier trauma físico, va compensando para evitar el dolor y para conservar la máxima funcionalidad, aún a pesar de provocar, con el tiempo, nuevos desequilibrios.

La búsqueda continuó y lo siguiente fue la formación y colaboración con Alain Masson, psicoanalista y terapeuta reichiano quién profundizó en el estudio del campo energético apoyado por su propio método de fotografía energética: se me fueron todas las dudas sobre la existencia y funcionamiento de las diferentes energías.

¿Está segura de que no eran trucos fotográficos?

La energía son fotones: que aunque no los veamos, existen. Simplemente esta forma de revelado sensible hace aparecer una información que nuestros ojos no captan. Y el rigor de las fotos de Alain Masson está certificado por fotógrafos relevantes como Gilbert le Cosset.

Y siguió sumando...

Si. Aún sin haberlos conocido, Reich y Lowen fueron también maestros para mí en cuanto explicaron como nuestro carácter y nuestros traumas emocionales se inscribían en el cuerpo. Aunque luego nuestro abordaje terapéutico haya sido diferente. Desde la visión Reichiana y de la Bioenergética, podíamos comprender como nuestro carácter y nuestros traumas emocionales se escriben en el cuerpo. También podíamos comprobar que el inconsciente, del que habla el psicoanálisis, está escrito en nuestra morfología y cómo las resistencias de las que habla se organizan igualmente en nuestro cuerpo mediante las compensaciones que se producen cuando queremos resolver algún problema de forma local.

Este fue mi proceso. Sin embargo la Diafreo no nació solamente de un proceso solitario.

Linda Jent que era colaboradora de Thérèse Bertherat cuando estuve en su formación, vino a instalarse a Mallorca. Compartimos durante muchos años interrogantes, investigación y trabajo. De este prolongado camino conjunto, de las aportaciones de cada una, fue formándose un cuerpo de conocimientos que creó una metodología de trabajo que no podía incluirse ni en la fisioterapia ni en la psicología.

De ello y de la demanda exterior que iba surgiendo a medida que dábamos a conocer nuestro trabajo, nació la Diafreo.

Con el tiempo, cada una ha seguido profundizando y desarrollado su propia línea de trabajo. Yo llamo a la mía, línea M.

Actualmente, con la propia experiencia,



y sumando todos estos conocimientos, tengo la sensación de haber encontrado una forma de trabajar que no divide la persona en compartimentos estancos, sino que tiene en cuenta que todo se relaciona constantemente; psiquismo, cuerpo y energía.

¿Se puede entrar directamente a un grupo o siempre hay que pasar por las sesiones individuales?

Es aconsejable pero no imprescindible hacer sesiones individuales; depende de muchos factores. De la demanda, del consejo del/de la terapeuta. Y especialmente de si la persona padece alguna patología que le impida seguir el ritmo de un grupo.

Aunque la base es la misma, cada forma de trabajo ofrece diferentes aportes. En el trabajo grupal cada uno va experimentando a su ritmo.

¿Y si alguien quiere ser “diafreista”, que tiene que hacer? En sus formaciones hay profesionales de la medicina, la fisio, la psicología...

Todos los conocimientos son importantes. Tanto de tipo sanitario como psicológico. Sin embargo, lo que me parece básico es haber hecho algún tipo de trabajo de evolución personal y, especialmente, haber experimentado la Diafreo en un@ mism@. Luego, la formación dura tres años y continúa con grupos de revisión.

El programa completo está en la web (www.diafreo.es), pero, a grandes rasgos, hay una parte práctica en la que se

aprenden y practican diversas técnicas corporales siempre teniendo en cuenta las bases mezieristas; una parte teórica que abarca desde la relación terapéutica a las distintas estructuras psicocorporales y las teorías energéticas más serias, y una parte muy importante que es la vivencial. Difícilmente se puede separar la parte de aprendizaje de la parte terapéutica, pues para ser terapeuta lo más importante es el propio proceso terapéutico.

¿Qué tiene la diafreo que no tenga la fisio (o la quiropráctica, etc)?

Desde un punto de vista meramente físico los pilares básicos a partir de los cuales se estructura el método Mézières, y en consecuencia la Diafreo, están en gran parte en oposición a los que sustentan la fisioterapia tradicional, la gimnasia y también de la mayor parte de los métodos alternativos.

Cuando observamos a la persona que atendemos desde la óptica de la Diafreo, tanto la comprensión del proceso como el tratamiento, difieren de la rehabilitación tradicional.

Si una persona, como consecuencia de un traumatismo, una enfermedad o una situación de bloqueo emocional, pierde alguna función muscular, en la rehabilitación tradicional se trabajará segmentariamente incidiendo especialmente en el lugar o la zona en la que aparece el síntoma. El tratamiento intenta, por ejemplo, fortalecer los músculos debilitados y estimular a la persona para que realice los movimientos inhibidos, mediante una serie de ejercicios.

Sin embargo, en Diafreo buscamos la

causa de una deformación, de la pérdida de un movimiento, o de una patología en **el exceso de tensión**, que siempre se sitúa, pasando la mayor parte de las veces desapercibido a simple vista, en los músculos de la cadena posterior. Porque, cuando unos músculos quedan contraídos crónicamente ya no actúan como factores del movimiento, **sino como su freno**.

Y es solamente liberando este exceso de tensión, que lograremos recuperar el equilibrio muscular y los movimientos naturales.

Para nosotr@s no se puede comprender el proceso de un desequilibrio muscular sin observar globalmente el cuerpo y sin tener en cuenta los procesos emocionales y energéticos.

Por esto los entrenamientos, de los deportistas por ejemplo, que se basan en muscular, en potenciar determinados músculos, sacrificando el equilibrio entre antagonistas, acaban muchas veces en sobrecargas y lesiones, que les obligan a retirarse.

¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta?

La gente acude muchas veces por temas de salud: un dolor concreto como el dolor de espalda, que la medicina no ha logrado solucionar, o gente harta de tomar fármacos... Buscando el equilibrio corporal y articular se resuelven problemas de eje y contracciones musculares. Muchas veces la sorpresa es que al recuperar el eje se producen cambios también en otros niveles.

Otras personas vienen buscando otra relación consigo mismas, o porque han visto como han evolucionado personas conocidas, o porque sienten la necesidad de encontrar la forma de liberar la tensión interna.

Al ser un trabajo integrador, y equilibrador siempre tiene algo que aportar a cada persona.

Lo que más me satisface es cuando la gente viene a curar su sintomatología y se van dando cuenta de qué es lo que les enferma y curan su vida.

Nosotr@s somos un buen instrumento, pero este es un trabajo de a dos y dependerá de cómo la persona que atendamos lo utilice.

En conclusión: ¿el cuerpo es un libro abierto?

Con el cuerpo no nos podemos engañar como con las palabras... Nos lo dice todo; la cuestión es aprender a descifrar su lenguaje

Está usted metida en muchos otros fregados... El proyecto de ecoaldea ...su trabajo en India, Nepal o en Chad...

La vida es apasionante: no puedes reducirte a una sola cosa. A mi me ha tocado generacionalmente formar parte del proceso revolucionario de las mujeres. Gran parte de lo que hago ahora, proviene del movimiento internacional de salud de las mujeres, que me enseñó que la salud tiene más que ver con vivir satisfactoriamente y menos que ver con los medicamentos ...

Y ahora, a las mujeres que rondamos los 60, nos toca luchar por cambiar los estereotipos y las perspectivas que como mujeres mayores nos esperan.

Con el grupo "Ciudadelles" intentamos crear una eco-aldea de mujeres mayores para vivir nuestra edad madura sabia y sanamente, en armonía con la Tierra y con todos los conocimientos acumulados.

En cuanto a mi trabajo en estos países, he tenido la suerte de poder enseñar a terapeutas de allí, que trabajan en centros de niñ@s discapacitad@s, los estiramientos globales; y en consecuencia conocer nuevas gentes y nuevos países. Estos estiramientos, que hacemos con l@s niñ@s, se hacen con cinco personas para un/a niñ@, lo que evita todo tipo de compensaciones. Son muy cortos, un par de minutos (estos es importante), pero los hace muy eficaces, especialmente en l@s niñ@s discapacitad@s, y relativamente fáciles de enseñar.



¿Medios de comunicación o empresas de marketing?

CARME VALLS LLOBET

Es llamativa la frivolidad con la que diversos medios de comunicación se hacen eco de terapias dirigidas a mujeres, ya sea para la menopausia o para mejorar el deseo sexual, tengan o no tengan problemas, como si ejercieran de empresas de marketing pagadas. De la investigación silenciosa y rigurosa nadie se hace eco, pero todo lo que afecte a la medicalización de las mujeres ocupa páginas de diarios, seminarios y revistas, a sabiendas de que muchas mujeres desean saber más y son vulnerables a la información pseudocientífica.

La mayoría de los expertos y periodistas dicen hacerlo por nuestro bien, pero no queda claro de qué calidad de "bien" hablamos. La excelente compilación de Barbara Ehrenreich, en su libro de 1978, (que se reedita este año en castellano), "Por nuestro propio bien" relata cómo durante 150 años los "expertos" han aconsejado las más aberrantes barbaridades a las mujeres "por su propio bien", confundiendo lo social con lo psicológico, olvidando lo biológico y medicalizando la prevención.

En nombre del bien de la humanidad se quemó a las mujeres por brujas; actualmente, no es necesario quemarlas con fuego; llenarlas de psicofármacos es suficiente para mantenerlas calladas. Así se eliminan los malestares en el siglo XXI.



Gaia Marsico
Universidad de Padova

DEL consentimiento informado...

Extraído de su libro
"Bioética: Voces de mujeres",
(cap.3), Ed. Narcea, 2003.

Una gran revolución cultural está transformando toda la asistencia sanitaria. El consentimiento informado es un signo evidente. Esta práctica es un punto de ruptura con los clásicos esquemas de relación médico-paciente. La institución del consentimiento ha sido suscitada por el desequilibrio de poder existente en medicina entre médico y paciente, y ha asumido el valor no sólo deontológico jurídico, sino también, simbólico, de instrumento apto para hacer más proporcional esta relación: auténtica participación y autonomía por parte del "sujeto más débil". Pero, desgraciadamente, el principio del respeto a la autonomía del paciente, en el que se basa el consentimiento informado, no ha sido asumido completamente en el contexto de la medicina. En estos años, algo por no decir mucho no ha funcionado, porque un consentimiento verdaderamente informado y libre nace de una comunicación eficaz. Es evidente que un consentimiento obtenido sólo para tener protección jurídica, o sea, para legitimar una intervención, no logra los resultados que esperamos; no aporta una relación de confianza entre médico y paciente. Si es que la confianza se considera un valor en sanidad.

Además, ese consentimiento para protegerse jurídicamente produce tal empobrecimiento de la comunicación que transforma la relación terapéutica en una relación mercantil-contratual. No podemos reducir la cuestión de la autonomía a firmar en un formulario de consentimiento informado; la "modulística" es el riesgo de la medicina que sólo garantiza aparentemente la autonomía de decisión, pero que, en realidad, no hace más que burocratizar la comunicación y las relaciones con el personal sanitario. ¿Qué se hace para establecer el verdadero grado de libertad de decisión, de comprensión, de racionalidad de una persona? ¿Estamos realmente seguros de que el consentimiento informado es una práctica comprensible a todos? ¿Comprobamos suficientemente hasta qué punto comprenden los asistidos las informaciones? ¿Cuál es la percepción real de la decisión?

Éstas son cuestiones bastante importantes desde una perspectiva de la bioética tradicional. ¿Estamos seguros de que el consentimiento significa (y comporta) la decisión? El término consentimiento remite a una dimensión poco activa, ante todo porque se da el consentimiento a opciones que otros establecen y que, posiblemente, no incluyen la decisión acorde con los valores de referencia y con la vivencia de la persona implicada.

Algunas feministas diferencian el término "acción racional" del de autonomía, precisamente porque no expresa la amplia idea de libertad de todo tipo de opresión que se trata de obtener. Por esto sería más útil hablar de decisión informada. La posibilidad de elegir fuera de contexto, como sucede en la tradición liberal, no es garantía suficiente, porque no reconoce ni elimina las barreras que limitan a las personas. El consentimiento informado puede ser un modo de engañar al paciente que, en realidad, escoge lo que propone la comunidad médica, que todavía se encuentra en posición de fuerza y de poder. Por eso, lo importante es descubrir si hay alguna persona que sufre cualquier forma de opresión oculta, sobre todo si lo que tiene que elegir tiene que ver con su propia opresión.

En realidad, la gran revolución cultural que está transformando la medicina está mediatizada por sistemas de poderes que todavía impiden la plena realización de la libertad de los individuos. Podemos probarlo con preguntas de este tipo:

- Lo que se realiza con la práctica del consentimiento ¿es una elección real o sólo aparente? ¿Cuántas veces lo que hay detrás del consentimiento revela dinámicas de opresión? (Pensemos en el ámbito de experimentación de fármacos).
- ¿Quedan siempre claras, a quienes deciden entrar en un estudio clínico, las finalidades del mercado, distintas de las científico-clínicas, a través de la lectura del documento informativo y de consentimiento?
- ¿Hay total seguridad de haber eliminado en los formularios de consentimiento toda forma de técnica-terminológica que suponga persuasión?
- ¿Por qué no somos lo bastante honestos como para decir con claridad que la mayor parte de las experimentaciones no tienen relevancia científico-clínica, no comportan beneficios directos sobre el sujeto, sino que su finalidad es comercial y que, en realidad, el consentimiento casi nunca es libre ni está informado de ello?
- ¿Por qué no expurgamos los formularios de consentimiento para las experimentaciones con afirmaciones del tipo: "Naturalmente, Vd. será seguido con especial atención si entra en este estudio", que sugiere la idea de que entrar en un estudio es una forma de asegurarse mejor calidad asistencial (asistencia que debería ser garantizada por derecho constitucional a todos los ciudadanos)?

a La decisión formada

No podemos ocultar que, aun en presencia de un formulario de consentimiento, el usuario se encuentra en la circunstancia de tener que adherirse a opciones que probablemente no habría elegido. Y aquí se juega el grado de autonomía sustancial o formal que se garantiza con la práctica del consentimiento. ¿Cómo podemos llamar autónomo a un sujeto condicionado por factores socioculturales, por la pertenencia a una comunidad religiosa, a un grupo sólo porque firma un formulario de consentimiento pre-impreso e igual para todos? ¿Cómo podemos creer que la difusión de larguísimos y detallados documentos informativos sea garantía de autonomía? Deberíamos imaginar y conseguir una sobriedad informativa tal que permitiera elegir con autenticidad, que dejara espacios libres para el silencio, emociones, preguntas, que no excluyera la posibilidad de establecer la relación. También es conveniente recordar que el concepto de consentimiento prevé sujetos habituados a tomar decisiones y que poseen los recursos necesarios para comprender el amplio espectro de opciones entre las cuales elegir. En la práctica clínica, la afirmación del consentimiento informado indica la emancipación definitiva de la persona asistida, que es única titular de la decisión y que goza del derecho a una información clara, precisa, concreta, en todo lo que se refiera a ella. Signo de esto es la evolución del código de deontología médica y la serie de sentencias referentes a la falta de información. Estos son cambios de la época, signos evidentes de un nuevo modo de pensar, pero ¿se nos permite insinuar que, en realidad, se ha cambiado muy poco y que es el temor a las consecuencias jurídicas la verdadera causa de haber querido cortar con el pasado?

Hay que salir de la ambigüedad, no dejarnos deslumbrar por imágenes de fachada. La sanidad es todavía un área de "lenguaje reservado", de privilegios y de negación de los derechos más elementales. No podemos seguir escondiéndonos detrás del biombo del consentimiento informado. Por consiguiente, no basta con la difusión de formularios, como tampoco con la educación de los médicos para que el consentimiento y la información entren en la práctica cotidiana en sentido pleno. Hay que poner a las personas asistidas en condiciones de comprender al menos en parte el dato científico, con todo lo que comporta, y de aceptar la responsabilidad de la elección.

Es necesario que la clase médica, superando la jerarquía y las lógicas de poder, adquiera habilidades para el trabajo en equi-



po con las distintas profesiones sanitarias. El compromiso ético más urgente es el de promover en las personas las aptitudes necesarias para tomar decisiones, libres de prejuicios o de presiones de diversa índole.

Los casos de presión social pueden ser distintos. Un ejemplo es el de las mujeres que, en virtud de estereotipos sociales ya consolidados, para responder a algunos requisitos estéticos, solicitan intervenciones quirúrgicas. Análogas consideraciones se pueden hacer en lo que se refiere a la petición de técnicas de fecundación asistida. Puesto que todavía el concebir hijos (más que criarlos) es algo que se considera parte inseparable del ser mujer, es fácil que mujeres estériles recurran de forma aparentemente autónoma a métodos que les permitan concebir. Estos son ejemplos de consentimientos informados que, en realidad, enmascaran elecciones poco autónomas y libres.

Susan Sherwin es consciente del hecho de que la tendencia de la clase médica a considerar la autonomía en términos individualistas es un producto de fuerzas sociales y políticas que sirven a los intereses de algunos a expensas de otros. ¿Nos podemos preguntar de quién son los intereses que procuramos, protegiendo la autonomía de la decisión, entendida en sentido individualista y dejando intactos los privilegios y los desequilibrios de poder? ¿Qué comporta tener a cargo un paciente? ¿No comporta, acaso, una comprensión del verdadero grado de autonomía dentro de la situación que vive, pero, también, plena lucidez respecto a los problemas globales a los que nunca debemos sustraernos? La protección de la libertad de elección del individuo no nos exime de dar cuenta a la colectividad de nuestro modo de gestionar la asistencia sanitaria o de llevar a la investigación.



**Francisca
Fernández Guillén**

Lda. en Derecho

www.elpartoestuestro.es

francisca.fernandez@1webmail.net

con- sentimiento...

comentarios a La hoja de
consentimiento informado
para La atención al parto
redactada por La s.e.g.o. ¹

ANÁLISIS DEL TÍTULO

*“Documento informativo
(con valor de consentimiento informado)
sobre la asistencia al parto”.*

¿Qué significa “con valor de”?

¿Estamos o no estamos ante una hoja de consentimiento informado?

Si lo estamos, debería titularse, claramente, “Hoja de Consentimiento Informado para...”

Además, la palabra parto debería ser sustituida por la intervención médica concreta que motiva la petición de consentimiento. Ya que, si el parto es un acontecimiento natural (el propio texto dice que los profesionales entienden el parto como “un proceso natural”) ¿Cómo puede pedirse permiso para que tenga lugar? Esto resulta tan absurdo como pedir a alguien permiso (consentimiento) para que haga la digestión. Para lo que hay que pedir permiso es para intervenir en el curso natural del parto, no para parir. Pienso que el subconsciente colectivo ha traicionado a los autores de este texto, quienes a pesar de toda la retórica que utilizan sobre la “naturalidad” y protagonismo de la mujer en el parto, no piensan que la mujer para, sino que “se la parte”, o, como dicen en la jerga de los paritorios “se le hace el parto” o “se la partea”. Por eso hay que pedirle permiso (consentimiento), porque no es algo que ella haga, sino que se le hace.

La Ley de Autonomía del Paciente define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facul-



tades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.” Se refiere, por tanto, a las actuaciones médicas que interfieren en el proceso fisiológico y no al proceso fisiológico en sí.

Lo que hay y lo que falta

Este texto no tiene el contenido informativo mínimo con el que debe cumplir una hoja de consentimiento informado con validez legal. No se especifica con claridad la intervención o actuación concreta para la que se pide el consentimiento, sino que se pide un consentimiento “en bloque” para la mayoría de las intervenciones que ofrece la obstetricia moderna, un cheque en blanco en el que no se informa debidamente sobre la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada una de ellas. Se está pidiendo el consentimiento por adelantado para unas actuaciones “posibles” y, por lo tanto, sin que la paciente pueda conocer la indicación concreta que las motiva ni los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales.

Por otro lado, la hoja está plagada de contenidos que bien podrían desarrollarse en otro tipo de documentos, como por ejemplo folletos informativos, o bien transmitiéndolos a la embarazada en la consulta. Estos contenidos excesivos y redundantes son, por ejemplo, declaraciones de intenciones, principios de actuación inherentes a la buena praxis, un listado de actuaciones que van a evitarse e incluso una referencia a la actividad docente que pueda desarrollarse en un centro.

1. http://www.sego.es/Content/doc/DOCUMENTO_INFORMATIVOCl_parto.doc O pedir a: mys@pangea.org

“aterrado”

“Cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto, según criterio del profesional sanitario que le atiende, tendrá como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto”.

En nuestra opinión resulta redundante, ya que las intervenciones médicas sólo pueden tener este fin, de otro modo, serían mala praxis.

“Las intervenciones obstétricas (parto instrumental o cesárea), sólo se practicarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o del feto.”

Efectivamente, las intervenciones obstétricas sólo deben practicarse con este fin. No creemos necesario que las embarazadas sean consultadas para que una intervención tenga “como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto”, ya que es un derecho básico que tienen. Más que consultar o informar, creemos que la reiteración en el texto de estas manifestaciones quieren resaltar que todo lo que se hace a las embarazadas es “por su bien” y que, por tanto, la futura madre haría mal en cuestionarse las intervenciones que se le propongan o en plantearse otras alternativas.

Actuaciones a evitar

El documento de la S.E.G.O. enumera una serie de actuaciones que van a evitarse (enema evacuador de limpieza, rotura de membranas amnióticas (amniotomía), sondaje vesical, rasurado perineal, analgesia-anestesia, episiotomía), sin embargo, el consentimiento sólo debe pedirse para aquéllas actuaciones que van a tener lugar, no para las que van a evitarse. Su inclusión resulta superflua en una hoja de C.I. Y si, como se añade después, “se harán cuando estén indicadas” no puede ser “previa información a la mujer”, como dice el texto, sino “previa información y consentimiento de la mujer”.

Actividad docente

En cuanto a que se intentará que la actividad docente (universitaria pre y/o postgraduada) sea compatible con el tipo de parto que la mujer desea, la Ley General de Sanidad garantiza en su artículo 10.4 el derecho de todos los usuarios a:

“ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de

investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.”

Pensamos que no es la atención al parto la que debe adaptarse a la actividad docente, sino que es la actividad docente la que ha de adaptarse a los requisitos de una buena atención al parto.

SOBRE RIESGOS

Volviendo a la cuestión de la información, resulta llamativo que el documento adolezca del contenido informativo mínimo sobre finalidad, indicaciones, riesgos y consecuencias de las intervenciones, tal y como exige la ley.

Sin embargo, sí se menciona con todo detalle complicaciones que se atribuyen a hechos “imprevisibles” e “inesperados” graves:

“riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 nacidos vivos, una parte de ellas debida a patología previa de la madre” o “Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).

Pero, aunque la cesárea, por ejemplo, tiene un riesgo de muerte materna seis veces superior al del parto vaginal, nada de esto se menciona al hablar de ella. Así mismo, las lesiones vulvares y anales de mayor gravedad se producen como consecuencia del uso de fórceps, y la rotura uterina tiene que ver en ocasiones con el uso de oxitocina sintética y la maniobra de Kristeller. ¿Por qué resulta tan peligroso el parto en sí y tan inofensivas las intervenciones obstétricas? Una información veraz debe incluir los riesgos de las intervenciones médicas, no limitarse a mencionarlos de pasada.

EXTRALIMITACIÓN EN LAS ATRIBUCIONES DE AUTORIDAD

Vienen aquí a colación algunas afirmaciones de autoridad que no tienen en cuenta la autonomía de la voluntad que la ley reconoce a los usuarios:

“Las decisiones médicas o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del médico”

“En todos los recién nacidos se efectuará profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular; profilaxis de la oftalmía neonatal con pomada de eritromicina; otras profilaxis antiinfecciosas pertinentes (hepatitis B). El recién nacido sano permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo mejor criterio facultativo.”

¿Y si los padres no desean profilaxis de oftalmía neonatal o contra la hepatitis B? ¿Y si el facultativo es de la opinión, como nos han relatado muchas madres, de que cuando el nacimiento es por cesárea la madre debe pasar un tiempo en reanimación y puede ser separada de su bebé? No se puede olvidar que los padres ostentan la patria potestad de sus hijos recién nacidos y que en estos casos el “criterio facultativo” no puede imponerse.

“En el ejercicio de su profesión el médico respetará las decisiones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias” (Art. 8.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial)

Esto quiere decir que, si bien es competencia del profesional la ejecución de los procedimientos y también puede negarse a llevar a cabo actuaciones que contravengan la buena praxis o estén fuera de la cobertura del sistema de salud, esto no puede ir en contra del principio de que toda actuación en el ámbito de su salud requiere el previo consentimiento de la mujer. El fundamento ético de esta exigencia, consagrado en todas las leyes sanitarias que tratan los derechos de los usuarios, es el derecho fundamental de toda persona a decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo. Como cualquier otro usuario, la parturienta tiene derecho a negarse al tratamiento o intervención que se lo propone (“Rechazo informado”).

Además, las usuarias tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. La mujer podrá elegir libremente la postura que desee para parir, que la monitorización sea continua o intermitente, deambular o permanecer tumbada, recibir anestesia epidural o apoyo emocional constante durante el parto... La capacidad de elegir sólo está limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los usuarios.

En el texto de la S.E.G.O. se dice a menudo que se informará

a la mujer sobre la realización de éste o aquél procedimiento, como si la única obligación de los profesionales fuera “informar” (a cosa hecha) y no pedir expresamente y con anterioridad el consentimiento, que es lo que la ley establece.

También se dice, por cierto, que “se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares”, olvidando que el titular de la información asistencial es la mujer, y que los familiares sólo pueden ser informados en la medida en que ella lo autorice y lo consienta.

EL REDACTADO

Por último, tanto el texto en general como el párrafo dedicado a la obtención de la firma de la embarazada en particular, están redactados de forma que parece que si la embarazada no firma la hoja tal cual no podrá “solicitar” la atención. El derecho de una persona a recibir atención médica adecuada no deriva de que firme íntegramente una hoja de C.I., sino de un derecho constitucional a la protección de la salud que se concreta en una cobertura sanitaria (pública o privada), que define el qué y el cómo, y no de que firme o no una hoja de C.I. Incluso si una persona decide rechazar una propuesta médica determinada, tiene derecho a ser atendida cuando existan alternativas disponibles, incluida la de no hacer nada y dejar que el parto transcurra por sí mismo (véase el artículo 21 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica).

COMENTARIO FINAL

En mi opinión, la incoherencia del texto proviene de una realidad que, por más que se quiera ocultar, está meridianamente clara para cualquiera que conozca un poco cómo funciona la medicina defensiva en general y la atención al parto en particular: este documento no persigue la finalidad prevista en la ley: que la mujer reciba información adecuada y pueda decidir libremente, sino sólo eximir a los asistentes del deber de informar a la mujer, informarla de verdad, respetar su voluntad y ofrecerle alternativas.

A pesar de esta crítica, reconocemos que la S.E.G.O. ha dado algunos pasos en el reconocimiento de los derechos de las mujeres en relación con la situación de años atrás. Esperamos que médicos y comadronas profundicen en el conocimiento, difusión y aplicación de los preceptos de la Ley de Autonomía del Paciente y, sobretudo, “interioricen” y se impliquen personalmente en la tarea de llevar a la práctica diaria de las maternidades los principios éticos a los que esta ley intentó dar cuerpo.

óvulos para investigación: toda cautela es poca



Judy Norsigian

Directora ejecutiva de Our Bodies, Ourselves.

www.ourbodiesourselves.org

Un reciente editorial de la revista NATURE anuncia la desafortunada decisión del estado de Nueva York de pagar a las mujeres que se sometan a la extracción de múltiples óvulos con el fin de ser utilizados para la investigación.

"...Más estados deberían seguir la decisión del de Nueva York, y permitir que los investigadores paguen por la donación de ovocitos. El potencial de coacción, aunque real, es manejable" ¹.

El editorial alegremente afirma que el potencial de coacción es "manejable", aunque haya poca evidencia para apoyar esta aseveración. Es más, la falta de adecuados datos de seguridad a largo plazo, bien descritos en el artículo de la Dra Jennifer Schneider² sigue haciendo imposible asegurar un consentimiento verdaderamente informado para mujeres que se someten a estos procedimientos. En particular, los riesgos de los medicamentos utilizados para suprimir el funcionamiento de los ovarios (antes de que se administren otros fármacos para la hiperestimulación ovárica) necesitan mejor evaluación. Y mucha más investigación necesitan fármacos como el acetato de leuprolide, especialmente en lo que respecta a los efectos a largo plazo.

Irónicamente, a medida que el "turismo reproductivo" aumenta, los abusos también lo hacen- véase como ejemplo el reciente escándalo en Rumanía, donde dos médicos israelíes fueron arrestados por los pagos de su clínica Sabyc a donantes de óvulos, práctica ilegal en ese país ³.

La preocupación sobre la donación de óvulos también se extiende a las jóvenes que proveen de óvulos a las clínicas de Fecundación In Vitro con fines reproductivos. Un artículo reciente del columnista Michael Collins en el periódico de la Universidad de Princeton representa el creciente esfuerzo por alertar a las mujeres sobre las cuestiones de seguridad que frecuentemente se minimizan o se pasan por alto en esas clínicas ⁴. Las mujeres activistas de salud continuarán pidiendo mejores datos sobre seguridad en este campo pero, mientras tanto, las mujeres deberían ser muy cautelosas al someterse a estos procedimientos, sean pagados o no.

1. C. Thompson Regen. Med. 2, 203–209; 2007.

2. "Egg Donation for IVF and Stem Cell Research: Time to Weigh the Risks to Women's Health. It's Time for an Egg donor Registry and Long-term Follow-up) –Testimony by Jennifer Schneider, M.D, at the November 14, 2007 Congressional "Briefing on Human Egg Trafficking"
<http://www.ourbodiesourselves.org/book/companion.asp?id=31&complD=97&page=4>

3. <http://www.geneticsandsociety.org/article.php?id=4770>

4. <http://www.dailyprincetonian.com/2008/11/21/22198/>



MARGARITA LÓPEZ CARRILLO

¡AU, qué estrés!

A mí esto del *viagra femenino* me ha puesto un poco nerviosa, la verdad. Porque se trata, por lo visto, de un antidepresivo que no quita la depresión pero que pone "contenta" ¿? Parece que las mujeres en las que lo han probado han dicho que, deprimidas, siguen estando deprimidas pero que ahora tienen más ganas de "jarana" (que es como alude mi madre a esto del sexo). Pues vaya, ¿no?. Al margen de la cuestión de cómo debe ser eso de estar deprimida pero con ganas de jarana, que resulta un poco raro, que es como decir "era un hombre muy guapo pero con cara de cerdo", no sé, pues al margen de ese misterio, está la cosa de pretender que como a ellas les han entrado ganas nos tienen que entrar a todas. Porque vamos a ver (y perdonadme que me ponga técnica, pero es que hay que ir al fondo): si la flibanserina de marras es un antidepresivo del tipo ISRI (inhibidor de los recaptadores de serotonina) y los ISRI pueden causar, como efecto secundario, "disfunción sexual", y sin embargo este ISRI va y no sólo no antidepresiona sino que además provoca "función sexual", y los "investigadores" no tienen ni repajolera idea de por qué, pues quién sabe lo que este ISRI fuera de control puede provocar en las no deprimidas, a lo mejor las deja hechas polvo o les provoca un apetito desmedido pero por las acelgas crudas o... ¡ellos qué demonios saben!. Pero es que, en mi zozobra, he seguido pensando: ¿y si Sí funciona también con las no deprimidas?, ¿y si va y todas las mujeres que no están deprimidas ni nada pero no tienen "ganas" porque no les gusta su marido, que es una causa de lo más corriente, se toman la píldora esa y les entran unas "ganas" que se suben por las paredes?, entonces ¿qué?, ¿qué harán las pobrecillas?, ¿tirarse a los vecinos, a los cajeros de La Caixa?.

Es que de verdad ¡no piensan las cosas!. Sólo nos faltaba esto, con lo relajada que está ya la moral de la familia. Estoy por hacerme de la Conferencia Episcopal y montar una macromanifestación.



Pilar Parra

Bióloga y nutricionista

pilarparra1@orange.es

menopausia y nutrición



Cuando pensamos en la menopausia, ¿qué decir que no se haya dicho ya?, pero tal vez podamos insistir en una faceta que no recibe la atención necesaria. Me refiero a cómo podemos incidir en nuestra alimentación para mejorar nuestra salud en general y la etapa de la menopausia en particular. Este planteamiento nos lo tenemos que hacer durante todas las etapas de la vida pero, tal vez, en una época de cambios como la menopausia, con más motivo.

Pretendemos mejorar o modular los cambios negativos que suframos con la alimentación, sin olvidar la suplementación con nutrientes específicos cuando sea necesario.

¿POR QUÉ ES NECESARIO VARIAR NUESTRA ALIMENTACIÓN EN ESTA ETAPA?

Por dos motivos: Porque se producen cambios endocrinos y metabólicos y porque se ve afectada no solo la absorción de los nutrientes, sino también su destino y asimilación. Como resultado de todo ello se genera carencia de algunos nutrientes y la nueva situación endocrina obliga a ajustes alimenticios. Nuestra meta será, pues, adaptar la alimentación a la nueva situación y así favorecer que no haya carencias, por una parte, y que no se desencadenen, por otra, enfermedades tales como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

Para ello tendremos tres objetivos principales:

- Controlar los niveles plasmáticos de glucosa y, como consecuencia, los de insulina
- Mantener un perfil lipídico "sano"
- Disponer de todas las vitaminas, antioxidantes y minerales necesarios

Vamos a crear un sistema de alimentación que cumpla con esos tres requisitos.

¿CÓMO CONSEGUIRLO?

1. Control de los niveles de insulina

Lo conseguiremos controlando dos variables:

- Índice glucémico de los carbohidratos que consumamos, que se tienen que limitar a: cereales integrales, legumbres, verduras, frutas. NO consumir carbohidratos refinados (arroz y pasta blanca, pasteles, pan blanco, etc.)
- Consumo de proteínas en todas las comidas, muy importante para regular los niveles plasmáticos de insulina. Es interesante aumentar el consumo de proteínas vegetales: tofu, seitán, tempeh, batido y yogur de soja. Siempre asegurándonos previamente que no hay hipotiroidismo. El consumo nunca tiene que ser excesivo, salvo que también sea alto el de alimentos con yodo.

2. Mantener el perfil lipídico sano

Esto lo conseguiremos por medio de:

- Eliminación de grasas trans: bollería, patatas fritas, margarinas
- Disminución del consumo de grasas saturadas
- Aumento del consumo de grasas poliinsaturadas: Omega 3 (pescado azul, semillas de lino, algas, nueces). Omega 6: aceites vegetales: girasol, soja, maíz, sésamo, etc; frutos secos y semillas. Omega 9: aceite de oliva virgen extra (primera presión en frío).

3. Consumo de las vitaminas, minerales y antioxidantes necesarios

Tenemos que asegurar el consumo de los siguientes elementos:

Calcio:

- Leche y derivados, batido de soja, almendras y otros frutos secos, perejil, sardinas en lata con la espina, sésamo, alga kombu, verduras de hoja verde.
- Es importantes eliminar las bebidas carbonatadas (cerveza sin alcohol, colas), café, alcohol, tabaco, productos todos que impiden la correcta absorción del calcio.
- Algunos medicamentos impiden la absorción o aumentan su eliminación, como los corticoides, los diuréticos, los anticonvulsivos y algunos antiácidos.

Vitamina D

- Grasas animales, baños de sol, aceite de hígado de bacalao, algas.

Magnesio

- Cacao, almendras, soja, cacahuets, judías blancas y otras legumbres, chocolate amargo, otros frutos secos, alga kombu y nori.

Vitamina C

- Cítricos, tomate, pimiento rojo, fresones, mango, papaya, piña y sus zumos.

Vitamina E

- Aceite de oliva, frutos secos, germen de trigo, sésamo, algas.

Vitamina A y betacarotenos

- Grasas animales, frutas y hortalizas de colores (las no blancas), algas verdeazules, verduras oscuras.

Zinc

- Pepitas de calabaza, marisco

Complejo B

- Cereales integrales, brócoli

Flora intestinal

- Yogur de leche o de soja



Fibra

- Cereales integrales, verduras, fruta

Otros oligoelementos

- Boro, aumenta los niveles de estrógeno y se encuentra en manzanas, soja, almendras.
- Selenio, gran antioxidante, se encuentra en ostras, arenques, atún, champiñones y sésamo
- Silicio, participa en la formación de colágeno que es la matriz de los huesos y articulaciones, se encuentra en avena, mijo, cebada, arroz integral, patatas y remolacha
- Bromo, aumenta la concentración de estrógenos en el cuerpo, se encuentra en las fresas, tomates, manzanas, cerezas, espárragos, peras y melocotones
- Manganeso, ayuda a la formación de huesos, cartílagos, tejidos y nervios, se encuentra en el berro, piña, moras, frambuesas y uvas



ALIMENTOS ESTRELLA

- Alcachofas, ajo, cebolla, brócoli, calabaza y zanahorias, endivias y escarolas, tomate.
- Cereales integrales: añadiendo a los conocidos: quinoa, amaranto, mijo, trigo sarraceno.
- Algas: kombu (Ca y Mg, ac. Algínico), wakame (Ca y B12), hiziki, nori (Mg), verdeazules (todos los aminoácidos, betacaroteno, complejo B), espirulina (mayor concentración de proteínas control de insulina y glucosa), chlorella (proteínas, B12, zinc, hierro..)
- Frutas y frutos silvestres: arándanos, granada (fitoestrógenos), manzana, uvas (resveratrol).
- Legumbres: alubias, azukis (proteínas, hierro, zinc), lentejas (fitoestrógenos sobre todo la roja), garbanzos.
- Pescados azules y blancos.
- Frutos secos: nueces, anacardos (fitoestrógenos), almendras.
- Semillas: sésamo y lino (fitoestrógenos), cardamomo (calcio y útil para los sofocos), cúrcuma (osteoporosis, artritis).
- Tes: de tres años, rojo y verde, con gran poder antioxidante.

Teniendo en cuenta estos consejos crearemos un sistema de alimentación que hará mucho por nuestra calidad de vida durante esta etapa. Podemos resumir el plan de la siguiente forma: llevar una dieta variada, con alimentos naturales, lo más posible, y alimentos refinados y toxinas, lo menos posible.



Rita Gavarró

Periodista y docente

ritagav@gmail.com

No tengo toda la información sobre qué se hace en todas las escuelas del estado español, y por lo tanto voy a hablar sobre lo que yo me he encontrado y lo que he visto. Hace 12 años que trabajo en institutos públicos de secundaria del área cercana a Barcelona. He trabajado en unos 10 institutos. He sido tutora de la ESO (11-16 años) y de Bachillerato (16-18). Cada instituto se organiza a su manera. No hay unas pautas fijadas ni directrices desde el Departament d'Educació. Normalmente en tercero de la ESO (14-15 años) la asignatura de ciencias naturales aborda el aparato reproductivo humano y, dependiendo del profesor/a, este tema se amplía o se queda sólo en eso: aparato reproductivo, pasando por encima de puntos "delicados" como el clítoris u otros. El Departament d'Educació y el Departament de Sanitat promueven (en diferentes programas que van cambiando) que durante un par de horas a la semana una enfermera o una persona joven atiendan en el centro las consultas de los y las jóvenes. Son parches que ayudan en dudas puntuales pero no afrontan el verdadero problema. Y tampoco nos sirve hacer de la educación afectivo-sexual un tema transversal que participe de todas las asignaturas porque se ha demostrado largamente que eso no funciona.

¿Pero, qué entendemos por educación afectivo-sexual?

En los años 70 la llamábamos educación sexual. Podríamos decir que bajo la influencia del feminismo nos dimos

La educación afectivo-sexual

cuenta de que no se podían desligar los dos conceptos: afectividad y sexualidad, y aunque ahora algunas veces nos recuerdan que todo es sexualidad, todavía hay una gran parte de la sociedad que relaciona sexualidad sólo con genitalidad y reproducción, por lo que se hace necesario usar la expresión "afectivo-sexual". Y desde ese gran paraguas trataríamos temas como la identidad sexual, la opción sexual, los ciclos, revisaríamos los modelos actuales, las etapas y las edades de la vida sexual, la relación con nuestro cuerpo, el placer, el embarazo, la lactancia, el deseo, el enamoramiento, la anticoncepción, las enfermedades, la asertividad, la violencia machista, el abuso.

Me voy a centrar en la adolescencia ya que es donde trabajo actualmente. Cuando entré en este mundo, no me podía creer lo que estaba pasando. Hace unos 12 años, en los institutos donde yo trabajaba, nadie hablaba de educación afectivo-sexual. La única información relacionada con la sexualidad que recibía el alumnado provenía de grupos que trabajaban e informaban sobre el SIDA. Hablaban de la enfermedad y enseñaban a ponerse un preservativo. Hubo unos años en que las asociaciones relacionadas con el SIDA recibían ayudas de la Unión Europea y visitaban nuestros institutos. A mí me parecía bien pero me di cuenta de que para esos chicos y chicas ésa era la única información que recibían con respecto a su sexualidad. O sea, enfermedad, penetración y cero perspectiva de género. Esa era la visión que transmitíamos desde la escuela secundaria. Desde entonces he visto como en cada

instituto la historia ha podido variar, pero no es muy diferente. Durante muchos años y, me atrevería a decir que sigue siendo así, los mejores materiales que han existido sobre este tema eran del grupo canario Harimaguada. En los últimos años se han creado nuevos materiales y se han publicado libros sobre el tema. En sus libros M^o José Urruzola ("Educación de las relaciones afectivas y sexuales desde la filosofía coeducadora" y otros) dio unos criterios muy claros sobre cómo se debía abordar el tema desde el feminismo.

Por otra parte, ya que seguimos estando en un territorio inexplorado en el que nadie se atreve a entrar, algunas empresas con intereses comerciales (compresas y demás) también regalan materiales a las escuelas y se ofrecen para dar charlas con el objetivo de ofrecer sus productos directamente a las chicas recién llegadas al gran mundo de las compresas, tampones, salvaslips, etc. Las nuevas consumidoras reciben información sexual mezclada con publicidad comercial. Si esa información no se ve contrarrestada salen pensando que tienen que ponerse un salvaslip cada día del mes.

¿Qué pasa con la formación del profesorado?

El profesorado no está formado y tiene miedo. Hablo en general, claro, tengo que decir que también he visto a profes con una gran ilusión por trabajar estos temas y que habían conseguido hacer un proyecto coherente con un programa adaptado a las diferentes edades ya que hay una gran diferencia entre

¿para cuándo?



los intereses y preguntas de un niño de 11 años y una chica de 18. Las chicas normalmente tienen necesidad de hablar de según qué temas antes que los chicos y, a veces, es necesario hacer sesiones por separado.

Tengo constancia de que cuando se ofrecen cursos para docentes sobre educación afectivo-sexual, los cursos no salen. La gente no se apunta. No lo consideran importante ni necesario. El profesorado siente una gran presión en muchos aspectos y a veces les llama más la atención el curso sobre el dolor de espalda que sobre estos temas. En algunas ocasiones cuando yo he querido trabajar estos temas en la tutoría, con unos buenos materiales y he ofrecido mi ayuda, algunos colegas me decían abiertamente que no se sentían con preparación suficiente y que además bastantes problemas tenían ya con su propia sexualidad como para andar dando consejos.

Yo me he formado como he podido. Buscando cursos específicos para adolescentes y, sobretudo, creciendo yo como persona en mis múltiples aspectos, entre los cuales la sexualidad y la afectividad son muy importantes. También leyendo libros y estudiando. Es verdad que a veces he pensado que según quién fuera el profesor mejor que no tocara esos temas porque su formación como persona dejaba mucho que desear. Y, bueno, es verdad, hablar de sexualidad es exponer nuestra intimidad y es arriesgado.

Lo más curioso de este tema es que los padres, las madres, la gente en general

están convencidos de que en la escuela del 2009 este tema está ya organizadísimo y con esa creencia, los padres y las madres se quitan ese muerto de encima: "En la escuela les enseñan educación sexual", "Esta juventud ya sabe de todas estas cosas", "Pero si saben más que yo", "En internet ven de todo". Exactamente: en internet ven de "todo". Ven pornografía centrada en una sexualidad extremadamente limitada: la que afecta al miembro masculino; ven modelos de relaciones, tipo hombre duro-mujer sumisa que sale en muchas películas comerciales americanas sin cuestionamiento, ven páginas y páginas de ofertas de prostitución; etc, etc, sin guía que les acompañe. Esto es lo único que tienen a su alcance a los 12, 13, 14, 15 años, cuando su identidad sexual se está formando y cuando ese tema les interesa tanto. Porque si hay algo que queda fuera de toda duda es que el tema les interesa, lo están pidiendo a gritos, no hay más que hablar con ellos y ellas para ver la gran curiosidad y necesidad que sienten por hablar, reflexionar, escuchar. Hace muy poco he podido ver cómo un grupo de cuarto de ESO, con quien es muy difícil vivir una clase "productiva" debido a múltiples factores (están esperando a cumplir los 16 para dejar los estudios y trabajar, mientras tanto están como en una especie de guardería para perso-

nas adultas rebeldes) se comportaban con un respeto sagrado en una sesión de educación sexual en la que podían hacer "sus" preguntas. No parecían las mismas personas. Aquello sí que les interesaba. ¿Y qué hacemos desde la escuela, desde las instituciones? ¿Desde las familias? ¿Desde la sociedad?: no se ponen los recursos, no se ayuda. He oído muchas veces cómo la clase política habla de educación cuando hablan de las víctimas de la violencia machista. Cómo la derecha habla de educación (¿afectiva-sexual?) cuando dicen que no hay que abortar, pero luego ellos "abortan" cualquier iniciativa en ese sentido. ¿En qué quedamos?.

Estamos ante un tema crucial para crear una sociedad distinta. Una sociedad donde adultos y adultas reflexionen sobre los papeles de hombres y mujeres, que construyan relaciones sanas, que tengan recursos para gestionar los conflictos, para respetar su deseo, para vivir una sexualidad placentera y completa, que conozcan su cuerpo. Problemas tan graves como los embarazos no deseados, los abortos de adolescentes, la violencia contra las mujeres, la sexualidad no deseada, etc. se podrían prevenir en gran medida si se pusieran recursos de medios y personas. Estamos todos de acuerdo, aparentemente.

Entonces: ¿a qué estamos esperando?



**José Ángel
Lozoya Gómez**
Miembro de la Red
de Hombres por la Igualdad

Género y sexualidad masculina

Género y sexualidad

El género es el mejor instrumento para acercarnos a la comprensión de la sexualidad. Entiendo el género como el resultado provisional del proceso socializador de la conducta y la subjetividad de hombres y mujeres en cada cultura o etapa histórica, y la sexualidad como la forma de vivir o practicar el sexo, la expresión de cómo hemos interiorizado la cultura, el género y las propias experiencias sexuales.

El género es una construcción cultural, una herramienta del sexismo para presentar como producto de la naturaleza la relación jerárquica de los hombres sobre las mujeres. Lo masculino y lo femenino es un intento de legitimar una desigualdad cuestionada por el feminismo que, aunque no consigue determinar la orientación del deseo sexual pese a intentarlo con todas sus fuerzas, sí hace que sea difícil escapar a sus dictados (tal vez solo lo consigan las personas transexuales o transgenéricas).

No trato de negar la importancia de lo biológico, pero soy escéptico respecto a la posibilidad de que los genes permitan explicar la diversidad de conductas sexuales que se dan en las personas razonablemente sanas. Sospecho de las intenciones de las investigaciones que buscan la explicación genética de las diversas prácticas sexuales (sobre todo

la homosexualidad) y la posibilidad de modificarlas. Sería tanto como decir que la heterosexualidad también se cura.

El conocimiento de la anatomía y la fisiología nos permite únicamente entender el cómo y el porqué de cosas tan importantes como el funcionamiento biofisiológico de la respuesta sexual, sobre todo si tenemos en cuenta que el modelo sexual hegemónico es reproductor y se construye sobre la negación del placer, legitimando únicamente el imprescindible para garantizar los embarazos. (Recordemos la película "El rey pasmado").

Es difícil llegar a disfrutar de aquello que desconocemos que puede servirnos para el placer, sobre todo cuando la falta de información útil se acompaña de prohibiciones (no te toques, no lo hagas,..). La búsqueda de sensaciones es sustituida por expectativas, roles y prácticas antojadizas que explican por sí solas la mayoría de los problemas que conocemos como disfunciones sexuales.

No estoy cerrado a los avances de la ciencia, pero lo que sostengo hoy es que podemos modificar la realidad a través de nuestra intervención sobre lo cultural, podemos reemplazar lo que hemos construido, cambiar la percepción social sobre las conductas y redefinir los valores sobre los que se apoya el sexismo.

La sexualidad masculina

La heterosexualidad, el coito, la monogamia, la reducción del placer a los genitales, la devaluación de la masturbación, la obligación de sentir deseo hacia las mujeres y rechazo hacia los hombres, no son las consecuencias lógicas de todo modelo sexual reproductor, sino una de las posibilidades sobre las que nos ilustran la historia o la antropología. La finalidad de estas normas es someter el deseo y limitar la búsqueda y la obtención del placer, al mantenimiento y la reproducción de las relaciones de poder entre los sexos por medio de la represión.

Nadie niega que los hombres ocupamos un lugar de privilegio en el reparto de papeles, pero algunos nos sentimos engañados por un paraíso de ficción que nos impide ser felices y tener unas relaciones saludables con las mujeres. Es una relación jerárquica que nos:

- Exige sentir deseo solo con las mujeres, o para ser más preciso con las bellas, aunque al relacionarnos con ellas no sepamos si no es su envoltorio lo único que nos atrae, si nos relacionamos con ellas o con nuestro propio deseo.
- Nos obliga a tomar y llevar la iniciativa a pesar de nuestras inseguridades.
- Garantiza el orgasmo durante el coito aunque cada vez que escapa a nuestro control lo vivamos como una puñalada traperera.

- Responsabiliza del placer de nuestra pareja, hasta tal punto que no conozco a ningún hombre que no se sienta algo responsable cada vez que su pareja no llega al orgasmo en la relación.

En estas circunstancias no puedo por menos que lamentarme de una sexualidad que oscila entre el placer y el cumplir, entre el ir a disfrutar o ir a examinarse, entre la responsabilidad y las metas. Un modelo con demasiadas normas, estrecho, rígido y autoproclamativo.

En nuestra cultura el deseo es cosa de hombres, una ventaja que nos permite vivirlo como positivo y al hacerlo lo potenciamos favoreciendo nuestra excitación y el orgasmo. El problema no es que se nos reconozca sino que se nos exija tener que demostrarlo y saber gestionarlo. De esta forma el sexo nos esclaviza disfrazado de lo que más nos apetece.

Tenemos que estar dispuestos a disfrutar y capacitados para hacer disfrutar,

o más exactamente, se espera que disfrutemos por lo que hacemos disfrutar a nuestra pareja. Somos educados para que nuestro placer tenga más que ver con la satisfacción del deber cumplido que con la intensidad o duración de las sensaciones placenteras.

Nos enfrentan a modelos inalcanzables (Casanova, Don Juan y los actores porno) que exigen: tamaño, potencia, promiscuidad y eficacia (más, con más y mejor).

¿Ocultamos los hombres nuestros sentimientos o carecemos de ellos?

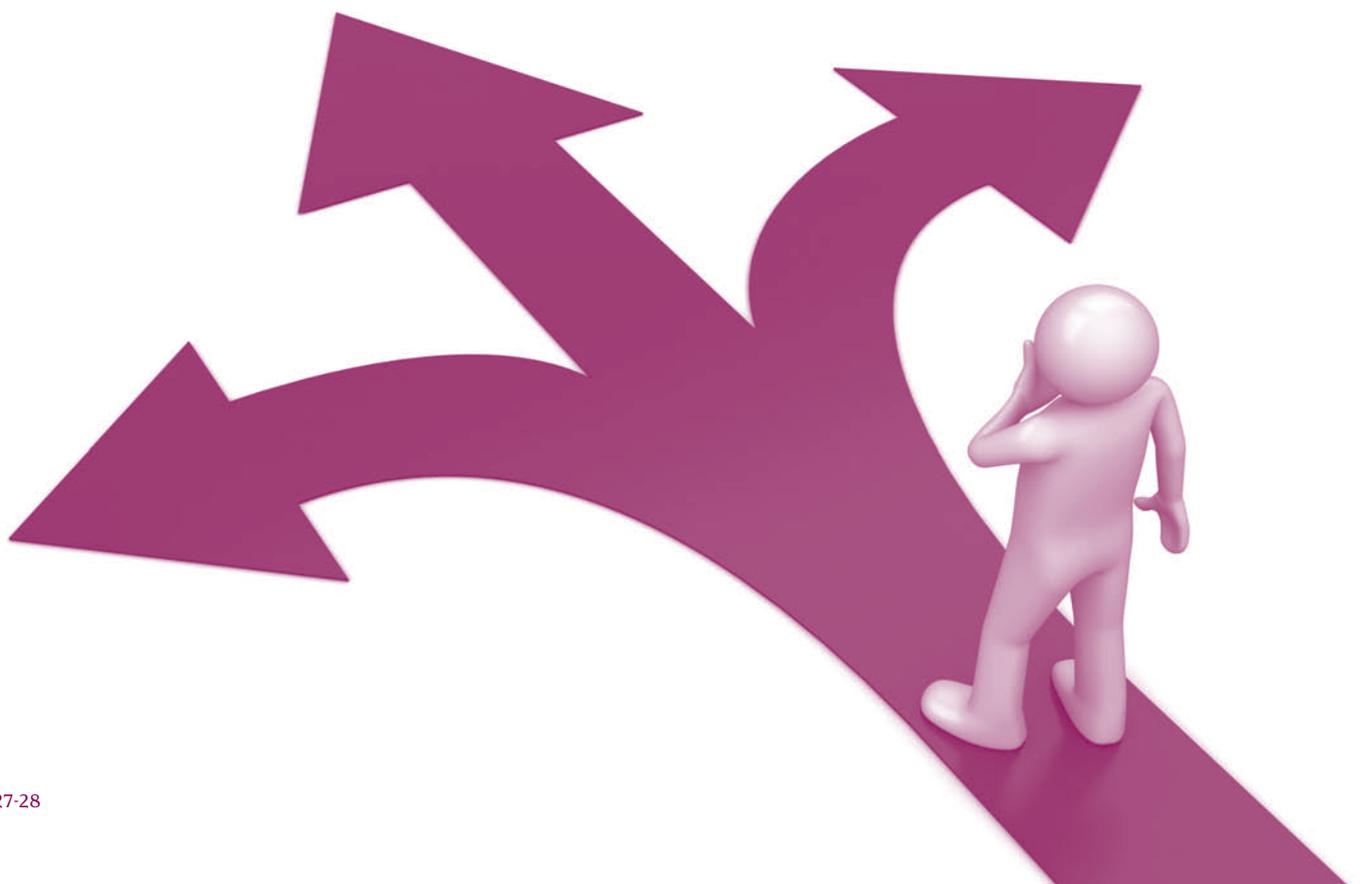
¿Somos caballeros encerrados en armaduras oxidadas o pinochos, trozos de madera luchando por humanizarse?. No estoy seguro, porque tener tenemos, aunque con frecuencia los ocultemos para no comprometernos.

Los sentimientos masculinos son con frecuencia de lo más parecido a un bonsái, el resultado de un esmerado proceso de poda y falta de espacio en el

que echar raíces. Conservan todo su potencial genético pero están atrofiados y consiguen que hacer el amor y practicar el sexo al mismo tiempo sea una experiencia poco frecuente en la sexualidad masculina.

Somos el producto inacabado de una socialización que nos:

- Presenta la confianza como peligrosa y considera "mariconadas" aficiones como la poesía o la danza
- Dice que es poco viril expresar sentimientos como el amor, la ternura o el interés por el otro (la otra)
- Responsabiliza del éxito o fracaso del encuentro sexual sin educarnos para ello ni permitirnos conocer de nuestro cuerpo mucho más que los genitales.
- Limita la posibilidad de reconocer y aceptar el propio deseo y la capacidad para implicarnos afectivamente en unas relaciones condicionadas por las metas y la necesidad de éxito.
- Exige satisfacer a nuestra pareja y convierte este objetivo en una exigencia personal y el propio orgasmo



en una descarga física más o menos oportuna y placentera.

- Identifica el coito con la relación sexual completa convirtiendo el resto de prácticas en precalentamientos o mediopensionistas. Además de meta y final, el coito es una masturbación en la vagina, poco respetuosa con la mujer y su sexualidad.

No podemos hablar de desigualdad de género en lo social y de igualdad en la cama, ni decir que el ámbito de lo privado es el más resistente a la igualdad (trabajo doméstico) y pensar que en el más privado de los ámbitos son posibles cambios significativos.

Durante la juventud los chicos se lamentan de algunas de las exigencias de su rol pero sucumben a las "ventajas" de un modelo que les da "identidad" y les ayuda en la conquista. Algunos de los más majos se quejan de que las chicas los eligen como amigos pero ligan con otros mucho más machistas.

Es difícil escapar a los mandatos culturales. Una de las paradojas del modelo, es que necesitamos la aprobación social para sentirnos autónomos, adultos y autosuficientes. "No me importa el que dirán" dicen los jóvenes cuando más esclavos son de la dictadura de su pandilla. El modelo les supone tantas habilidades que sugerir no poseerlas cuestiona su virilidad.

Fanfarronadas aparte los hombres perciben sus relaciones sexuales como pertenecientes a un ámbito tan privado que convierte la intimidad en secreto y les impide hablar de sus inseguridades y fracasos en público, en especial con otros hombres. La experiencia demuestra que los jóvenes casi nunca plantean sus dudas en público pese a ser los chicos mayoría entre los usuarios de los teléfonos de información sexual y centrar la mayoría de sus preguntas en temas como el tamaño y la forma del pene o

en como dar placer a su pareja.

Convencido como estoy de que el heterosexual se hace de reconocer que en lo que al rol sexual se refiere el mandato que más cuesta desobedecer es la heterosexualidad, esa prohibición de sentir deseo sexual hacia otro hombre y la obligación de sentirlo hacia las mujeres. Es una orden que niega la diversidad del deseo y la expresión del grado de bisexualidad de cada cual.

No consigue que la homosexualidad desaparezca ni que su fantasma deje de convivir con la mayoría, pero la sexología protege las conciencias de los más poniendo el énfasis en las conductas al tiempo que relativiza la importancia de las experiencias juveniles aisladas o las fantasías.

En la medida que aceptemos que la autoestima del heterosexual adulto, en sus relaciones con las mujeres, depende de su éxito en la respuesta y la ejecución, entenderemos lo frágil que es. Depende de una excitación fluctuante y una erección involuntaria, una eyacuación difícil de controlar y la obligación de proporcionar placer a un cuerpo diferente al nuestro, de cuya respuesta sexual sabemos poco y con frecuencia equivocado. Son estos y otros fracasos, en relación a las expectativas masculinas, los que inhiben el deseo, afectan a la respuesta sexual y bloquean la iniciativa, haciendo sufrir a quienes les sucede, al tiempo que les convierte en objeto de estudio y clientes de terapias sexuales reparatorias, poco interesadas en cuestionar los roles sexuales más allá de lo estrictamente necesario para satisfacer la demanda. Eso cuando no los refuerza, al requerir de la mujer que acepte penetraciones sin excitación para que su pareja recupere la confianza en su erección o se le pide que lo masturbe con una frecuencia determinada para que vaya aprendiendo a controlar la eyacuación, por poner solo dos ejemplos.

Para acabar, no me resisto a señalar algunos debates aparte que no puedo desarrollar pero que me parecen importantes:

- La resistencia masculina a la anticoncepción, que se expresa a través del rechazo al uso del condón, nos responsabiliza del número de embarazos no deseados y las dificultades para erradicar las ETS y el SIDA.
- Los celos, otro producto cultural que tiene que ver con el temor a perder lo que creemos que nos pertenece. Son un sentimiento que la juventud identifica como propio y cotidiano, tal vez el que mejor les permite entender la ecuación protección por sumisión, tan importante para visualizar las relaciones de poder entre los sexos y las raíces de la violencia masculina contra las mujeres.
- La homosexualidad, el colectivo masculino que más ha contribuido a la crisis de la heterosexualidad y a romper algunos moldes del modelo masculino tradicional, sin cuestionar necesariamente las relaciones de poder entre los sexos ni vacunarlos de la propia misoginia. Una posibilidad que casi todos los hombres han aprendido a negarse por miedo a las consecuencias, y por temor a que les guste y no puedan volver a cambiar de acera.
- La prostitución:
 - Una actividad ilegal que ampara múltiples formas de opresión y explotación de la mujer.
 - Un tipo de sexualidad que forma parte del imaginario erótico masculino, con historias que pueblan nuestras fantasías de sexo "a la carta", poder y riesgo (aventura).
 - Un modelo de subordinación sexual de las mujeres que conserva una influencia sobre el conjunto de la sexualidad masculina poco analizada por los hombres más igualitarios.



Concha Germán Bes

Profa. Titular. Universidad de Zaragoza. Deptº de Enfermería
cgerman@unizar.es

Enfermera sí, pero no así



Experiencias y reflexiones, sombras y luces de una enfermera veterana bien podrían ser los títulos de este ensayo, que va a atravesar biográficamente mi vida profesional y cuyo propósito es poner encima de la mesa algunas cuestiones a debate. De los muchos cambios que está sufriendo la profesión enfermera, voy a centrarme en algunas paradojas del contexto y de las relaciones entre profesionales de enfermería y de medicina, en las que la mirada de género es importante para comprender la complejidad de las mismas en la etapa actual.

La enfermería es la profesión más numerosa del sistema sanitario y los problemas que afectan a la enfermería repercuten en el sistema sanitario y viceversa. En pleno verano, el desgraciado caso del bebé prematuro en el que un posible error de una joven enfermera acabó con su vida, creó un gran debate en prensa y en medios profesionales que después ha vuelto a ser silenciado. Este caso puso de manifiesto varios temas importantes y pendientes como, la falta de política de personal enfermero adecuada, y las lamentables declaraciones del gerente al considerar a la enfermera culpable de negligencia cuando no se había probado, error grave y más cuando era una trabajadora de su empresa. Acaso fuera para salvar su responsabilidad cuando

en dos ocasiones anteriores, se le habían enviado cartas solicitando una adecuada política de personal de enfermería.

Somos muchas las enfermeras que pensamos que se está haciendo una mala política de personal, ya que no tiene en cuenta la dependencia; de cuidados enfermeros que tienen los pacientes, la complejidad de los cuidados requeridos, la especialización ni la veteranía a la hora de cubrir plantillas y enviar enfermeras en caso de bajas a servicios especiales como es una unidad de neonatología- es un tema de responsabilidad profesional y ética- que debe solucionarse de forma urgente. Y es que no es de recibo ni justificable bajo ningún punto de vista que a un servicio muy especializado como este, se asignen enfermeras sin competencias avanzadas. Durante el debate de verano conocimos que este caso no fue tan excepcional lo que indica la gravedad del tema y la necesidad de abordar soluciones, entre ellas el reconocimiento y puesta en marcha de la especialidad de enfermería pediátrica, y mientras tanto, urge reordenar los puestos de trabajo en base a las competencias específicas de cada enfermera en pro de la seguridad de los pacientes.

La política enfermera en España en las últimas décadas está llena de contradicciones y paradojas. Al sistemático retraso a la implantación académico-profesional de las especialidades enfermeras (reconocidas desde 1987) está la falta de una política de personal que tenga en cuenta las competencias adquiridas y la veteranía a la hora de adjudicar puesto de trabajo en unidades complejas de cuidados intensivos y cuidados medios, como nos puso de manifiesto el caso de R.E.O.M. Sin embargo, estamos asistiendo en la actualidad, como nos explicó la colega de Barcelona en la reunión del 30 de Octubre, (jornada del CAPS) a la improvisada política de colocar a las enfermeras en la puerta de entrada del sistema, concretamente en los centros de salud, sin tener garantías de la necesaria preparación-especialización, y por supuesto sin retribución para resolver la controvertida "falta de médicos en atención primaria". No es que estemos en contra de que las enfermeras/os resuelvan las demandas agudas de los



usuarios, el erróneamente llamado triaje o cribaje, de hecho lo hemos planteado décadas anteriores, pero hay que perfilar muy bien los protocolos y preparar a quienes lo vayan a realizar. Por otro lado hay que preparar a la población ¿Qué puede suceder si tras aplicar el protocolo el caso evoluciona de forma diferente a la esperada?, cosa que sucede con cierta frecuencia, ya que la medicina no es ciencia exacta. Si esto sucede tras la atención de un médico/a, seguramente, las explicaciones serán comprendidas por la población, pero si le sucede a una enfermera/o, es muy probable que la población tema que ha habido negligencia. La "nursing practionner" es en el mundo anglosajón la enfermera que realiza el cribaje, es decir la equivalente a nuestra enfermera de primaria, salvo con una importante diferencia, está especializada y por tanto preparada para hacer este trabajo. No se puede improvisar esta política en la que nos jugamos la salud de las enfermeras de primaria que no se pueden negar a hacer este trabajo, aunque quizás deberían, la seguridad de los pacientes y la credibilidad del sistema sanitario público.

Mientras los y las gestores sanitarios colocan a las enfermeras a aplicar protocolos a casos agudos, se ha generado un debate, en mi opinión falso, sobre la llamada prescripción enfermera. Consiste en que las enfermeras pueden recetar lo que las personas pueden comprar libremente en la farmacia, las pomadas y otros materiales que se necesitan para las curas enfermeras y la atención a enfermos encamados y

dependientes. Además, la experiencia andaluza en la que las enfermeras de enlace¹ recetan, ha demostrado que es más eficiente –eficaz y barato- para el sistema que cuando prescriben los médicos.

En España no existe paro enfermero, y sin embargo las enfermeras españolas quieren irse a trabajar al Reino Unido, no es que el sistema británico sea una panacea y esté libre de problemas, pero en ese país a las enfermeras y enfermeros se les trata con respeto y la especialización y la veteranía –modelo Bennet- son claves en la política de personal². Los testimonios de las enfermeras y matronas españolas que han trabajado varios años en el Reino Unido manifiestan el trato respetuoso y el reconocimiento de los gestores, cosa que se echa en falta en España. Igualmente las enfermeras y enfermeros gozan de un amplio respeto por parte de la población británica lo que coincide con las encuestas de satisfacción de la población española que tiende a dar notable a las enfermeras/os³ y además está demostrado que disminuyen los ingresos hospitalarios, por tanto, los costes.

Otros temas enfermeros, aparte de la falta de enfermeras, el hecho de que España es un país exportador de enfermeras al Reino Unido, Francia e Italia y el abandono profesional, son: ¿por qué algunas enfermeras ocultan sus estudios de enfermería?; el escaso, por no decir nulo, impacto que el plan Bolonia ha tenido en las materias comunes del primer curso de

la Rama de Ciencias de la Salud y que afectan a la socialización del alumnado; el afán de estudio de las enfermeras que crean alta demanda en masteres y doctorados; la escasa participación en la política sanitaria de las enfermeras.

LA MIRADA DE GÉNERO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES⁴

Así mismo, es importante poner sobre la mesa y desmitificar la idea de que existe una tormentosa relación entre enfermeras y médicos que afecta al buen desarrollo de los servicios del sistema. La experiencia nos ha enseñado que a las enfermeras nos gusta trabajar con buenos médicos, ya que un buen médico tiende a reconocer, a trabajar en equipo y dar autonomía cuando se encuentra con buenas enfermeras. "¿Todavía no le has puesto el suero sabiendo como sabes que es un cólico renal?", me dijo una vez un buen clínico que sabía que trabajar en equipo salva vidas. Y mientras él me decía esto el jueves, el médico de guardia del viernes no consentía de yo le dijera que creía que tenía un cólico. Por encima del carácter personal, siempre he considerado que era la capacitación profesional y la madurez personal y progresista lo que distingue a un médico de otro.

¿Y qué pasa con las médicas? ¿Hay diferencias con los médicos? ¿Influye el género en las relaciones? Para contestar a esta pregunta deberemos considerar varias dimensiones tanto de las médicas como de las enfermeras y ponerlas en relación. Así las relaciones de trabajo se establecen desde dos aspectos: la concepción personal de la relación de trabajo y la profesional. Esto que voy a decir sirve para médicos/as, enfermeras/os, auxiliares y demás personal. Por ejemplo un jefe de servicio, en el 2000, en un hospital de Zaragoza, me comentaba un día que sus compañeros médicos no veían con buenos ojos que se tuteara con la señora de la limpieza. Aquí tendríamos claramente el médico que trasgrede la relación clásica de estatus. Vaya, que era un "progre" (de antes) y no se hacía respetar suficientemente a juicio de sus colegas.

Cuando presenté mi tesis doctoral sobre perspectiva de género en el estudio de la Institución de la Enfermería Universitaria, una médica conocida me dijo: "A ver si me explicas eso del género porque estoy hasta la coronilla de las enfermeras" Este caso no es excepcional sino que es más común de lo que pensamos. Para explicar y analizar las relaciones propongo una tabla dos por dos. En un eje se valora la relación de género y en el otro las relaciones medicina enfermería. En el primer eje irá de relaciones de igualdad a desigualdad. En el

otro eje de autonomía a subordinación-sumisión. El resultado son cuatro grupos por cada persona de la relación de manera que sean superpuestos.

Grupo tradicional: compuesto por enfermera subordinada-sumisa que tanto a nivel de relaciones personales como a nivel profesional establece relaciones de dependencia con médico varón patriarcal. No hay conflicto porque encajan en su esquema de valores tanto mujer-hombre, como enfermera-médico.

Grupo emergente: compuesto por enfermera o enfermero autónomos que tanto a nivel personal como profesional establece relaciones de igualdad y autonomía profesional con médica o médico de iguales valores. No hay conflicto porque encajan en su esquema de valores de mujeres y hombres con conciencia feminista y de reconocimiento profesional.

Grupo de cambio 1 enfermera/o tradicionales, tiene a su vez varios subgrupos A) enfermera de modelo tradicional subordinada-sumisa con médica del modelo patriarcal. Relación conflictiva porque la enfermera tradicional que acepta la autoridad patriarcal del médico no la acepta de la médica patriarcal. Subgrupo B) la enfermera modelo tradicional tampoco acepta la autoridad de la médica con conciencia feminista, por tanto también hay relación conflictiva. C) Una variante es la del enfermero patriarcal en sus relaciones personales, pero autónomo en las personales con médico o médica modelo patriarcal-tradicional. Con el médico prevalece la relación entre iguales y hay respeto en lo profesional. El conflicto lo puede tener con la médica si no respeta la relación profesional con el enfermero

Grupo de cambio 2, enfermera autónoma con médica patriarcal da lugar a relaciones de conflicto porque la enfermera espera reconocimiento y autonomía y la médica espera que se comporte como una profesional antigua. Además chocan en las relaciones personales porque la una tiene conciencia feminista y la otra no. En la variante del enfermero autónomo en las relaciones personales y profesionales con médico o médica modelo patriarcal-tradicional, el conflicto lo tiene con la médica pero no con el médico en el que prevalece la relación entre iguales.

No conozco estudios sobre las relaciones de género en el ámbito sanitario, pero sí creo que es necesario llevarlos a cabo, ya que nos ayudarían a explicar la toma de decisiones y los conflictos y tensiones a que da lugar. Podemos aplicar estos

modelos de relación a los cargos directivos actuales médicos y médicas en su mayoría y a los cargos intermedios ocupados por enfermeras designados con mucha frecuencia a imagen y semejanza de los primeros. ¿Cómo si no se puede entender que se use a las enfermeras para resolver las carencias del sistema sanitario? Servir para casi toda forma parte de la historia enfermera. Durante la dictadura las estudiantes de ATS en régimen de internado y disponibles más allá del horario de prácticas cubrieron muchas necesidades de carencia del sistema⁵.

Me temo que con frecuencia nos encontramos con personas del grupo dos en el que las médicas aún teniendo conciencia feminista, se comportan más en el modelo patriarcal de relación con las enfermeras que ya tienen un comportamiento autónomo profesional. Esto sucede aún cuando ambas médicas y enfermeras tienen buena relación personal. He vivido casos en el que las enfermeras conviviendo con médicas "todas progres" han acabado con bajas laborales por tener un malestar laboral, un clima enrarecido que le ha llevado a depresión y que no han sabido resolver. Se complica la relación cuando lo personal se sobredimensiona y el malestar profesional no se afronta, lo que genera una gran frustración. La solución acabó con cambio de trabajo de varias enfermeras. Estas alteraciones de la relación afectan a la calidad de los servicios, ya que profesionales con malestares permanentes (frustrados, depresivos...) afectan a la relación de escucha y ayuda necesaria para la atención de los usuarios y aumentan los costes de personal por bajas laborales.

Creo que la mirada de género puede darnos nuevas claves en el ámbito sanitario y no solo en las relaciones interprofesionales, sino en las laborales de la organización con los sindicatos y con las organizaciones de usuarios. La enfermería es una profesión vocacional, de ayuda, de servicio pero no de servilismo.

En resumen: La perspectiva de género es necesaria para el análisis de las políticas y las relaciones profesionales del sistema sanitario. Los viejos modelos o los estereotipos de género antiguos, basados en una concepción de la enfermera (planes ATS) de subordinación-sumisión pueden estar influyendo en las políticas, en la gestión y en las relaciones profesionales por encima de los criterios técnicos. Hoy la enfermería española es competente para ejercer los cuidados de forma autónoma dentro de un equipo de trabajo. Temas pendientes como el reconocimiento de la especialización, el colocar en primer plano las competencias

profesionales que hacen eficiente el sistema e informar a los ciudadanos de los cambios de roles de las enfermeras/os son urgentes para evitar la emigración de profesionales sanitarios y reconocer una de las profesiones más antiguas del mundo.

1. Enfermeras de enlace o gestora de casos, valoran y planifican los casos que requiere amplios cuidados complejos por su dependencia, edad y red de apoyo. Se basa en un modelo similar canadiense. Esta figura está extendida por toda España, siendo la experiencia andaluza la más antigua y de mayor cobertura. Existe al menos una enfermera de enlace por cada Centro de Salud. Véase el artículo de Francisco Javier Martín Santos, José Miguel Morales Asencio, Juan Carlos Morilla Herrera. Prescripción enfermera. Cuidar y educar. Mayo 2006:4-7.
2. El sábado 12 de Diciembre pasado-2009- Informe semanal dedicó un espacio a las enfermeras españolas que emigran al Reino Unido (600 en la última década). El informe indica la buena imagen técnica de la enfermería española, la capacidad de adaptación y el nivel de satisfacción tanto de gestores como de las propias enfermeras. No ganan más que en España, pero trabajan con menos pacientes y se les respalda con competentes enfermeras veteranas. Además se sienten muy reconocidas por la dirección y por los usuarios. Esto podría indicar por donde debe de ir la política sanitaria española respecto a las enfermeras. El estudio internacional RN4CAST actualmente en curso que implica a 11 países entre ellos el nuestro, trata de conocer la predicción de necesidades enfermeras en los próximos años.
3. César Morcillo, José M. Valderas, Ofelia Aguado, Jordi Delás, Dolors Sorta, Ramón Pujadas y Francesc Rosella. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca. Resultados de un estudio aleatorizado. Rev Esp Cardiol. 2005;58(6):618-25.
4. Para un estudio muy interesante sobre la influencia del género en la profesión enfermera estadounidense recomiendo el libro de Susan Gelfand Malka. Daring To Care: American nursing and second-wave feminism. Amazon.2009
5. Véase Germán Bes, Concha. Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo. Temperamentvm 2009, 10. La ley obligaba al internado a las estudiantes pero no a los hombres estudiantes. En este artículo he realizado un cálculo del dinero que ahorramos al sistema sanitario español ya que las estudiantes cubríamos la falta de enfermeras profesionales. El pacto Iglesia – Estado inyectó 12000 monjas en los hospitales de las que el 60% no tenía estudios de enfermería.

ser enfermera en un hospital

vivencias,
trabajo invisible,
trabajo a la sombra



Cristina

Cantalejo Recio

Enfermera. Hospital del Tajo
(Aranjuez)

criscantarecio@yahoo.es



QUIÉNES SOMOS LAS ENFERMERAS?

Voy a empezar desde el principio. Yo diría que las enfermeras somos un tipo de personal sanitario especializado en CUIDAR, CUIDAR con mayúsculas, CUIDAR a las personas sanas o enfermas. Si ese trabajo es en puestos de gestión también el objetivo debe ser cuidar a la población.

Yo trabajo en una planta de Medicina Interna de un pequeño hospital al sur de Madrid. Sobre lo que hago todos los días tengo que contaros que existe una tensión constante entre centrar el trabajo de enfermería en CUIDAR o en las acciones derivadas del tratamiento médico. Yo necesito saber qué diagnóstico médico tienen las personas porque una de mis funciones es detectar complicaciones y vigilar cómo

evolucionan determinados signos o síntomas, esto es primordial por ejemplo en una UCI, o en las primeras 24h tras una cirugía. Pero aunque esto es importante, el bienestar, el cuidado integral de las personas tiene que ser protagonista en mis quehaceres. Es tan significativo, que es lo que justifica que las enfermeras dejáramos de ser ayudantes técnicos sanitarios, para ser una disciplina independiente. Tengo la posibilidad y también la responsabilidad de conocer cuáles son los problemas de las personas para que su vida sea lo más cómoda posible, y el concepto de comodidad es desde el criterio de la persona de quien estoy cuidando. Yo les digo "¿qué tal, cómo está?" A las personas encamadas les suelo decir "¿estas a gustito?" Porque si tiene dolor, si su postura es incómoda, si tiene legañas en los ojos, está sin peinar o tiene la piel seca a lo mejor no está a gusto, y en esto da igual si tiene una insuficiencia cardiaca, una cirugía por cáncer de ovario o una neumonía. Cuando alguien me responde: "estoy triste, estoy preocupada, estoy harta



de esto, tengo miedo...” ya sé que me pide otro tipo de cuidados. Y yo siento, entonces, que tengo la suerte y la desgracia a la vez, de ser la profesional que debe favorecer este estar mejor en el que entran muchas cosas. Me cuentan a mí lo que sus apoyos familiares no son capaces de solucionar, gestionar o simplemente escuchar. No tenemos que olvidar que el hospital es un medio hostil y agresivo, las personas están ingresadas porque tienen un problema de salud, se encuentran mal, y eso conlleva estrés e inseguridad, están pasando un momento difícil de sus vidas, los ingresos además afectan mucho a las dinámicas familiares. Para esta tarea una de las principales dificultades es el tiempo del que dispongo, pero hay otras razones. Para proporcionar cuidados integrales hay que estar disponible integralmente, y aquí entra la afectividad y las condiciones de trabajo.

No todas estamos disponibles para facilitar, además del estar mejor, el sentirse mejor por muchas razones: No se nos pide, no se fomenta y no tenemos la formación para ello. Desde la univer-

sidad aprendemos a centrarnos más en las técnicas que en estas actividades. Aprendemos a aparcar todas las vivencias profesionales en el vestuario a la salida, para que no me duelan. Y eso que somos de las profesiones sanitarias que tenemos más formación en habilidades sociales, escucha y otros aspectos claves para ello. Un compañero, tras 12 años trabajando, escribió un relato sobre una vivencia con un enfermo oncológico y decía “aquel día aprendí que se puede abrazar a un paciente y seguir siendo un buen profesional”. Yo viví eso mismo unos años antes, no todas llegamos a esto porque no llegamos voluntariamente, es muy duro, las características del servicio donde trabajas te llevan antes, después o nunca. Es un punto de inflexión entre el aparcar y no querer ver los sufrimientos, y plantearse establecer este tipo de relación con los pacientes. Nadie me habló mientras estudiaba de ver en primera fila cómo sufren las personas y sus familias, no he hecho ningún curso sobre cómo afrontar este estar en el contexto de los sufrimientos y no huir sino acompañar y apoyar, y aprender a no sufrir yo demasiado.

¿QUÉ HACEMOS?

Por ello creo que tengo miles de posibilidades pero nada potenciadas, me falta tiempo y me sobra carga de trabajo. Os cuento lo que hago en mi tarde: los primeros 20 minutos los dedico a recibir “la guardia”, mi compañera me cuenta cómo han pasado la mañana las personas que me toca cuidar, y después dedico entre ½ hora y 1 hora a “apagar los fuegos de la mañana”, porque al final del turno quedan cosas pendientes; todas tenemos que registrar lo que hemos hecho, lo que no registramos no es valorado, no existe para el sistema, así que las demandas o necesidades de las pacientes que surgen al final del turno, a veces, pasan a un segundo plano: retirarle la vía a alguien que se va de alta o resolver dudas sobre como se tomará en casa la medicación, alguien con dolor o que hay que ayudar a ir al baño... Después me pongo a preparar medicación. Poner el tratamiento médico parece ser el primer y principal objetivo que hay en mi tarde. Digo esto porque es lo único que siempre queda hecho, preparar y poner medi-

cación ocupa más de 2/3 partes de mi tiempo. Así que tras apagar los fuegos preparo y pongo medicación, el volumen de medicación es tal que normalmente pongo en la misma ronda la de las 4 las 5 y las 6 de la tarde, porque para proteger mi salud mental he aprendido que los horarios son relativos y cuando intento separarla lo único que consigo es dar más vueltas sin mejorar los horarios. En esta ronda también tomo las tensiones arteriales y resto de constantes. Si me entretengo un poco más con cada paciente o hay que cambiar alguna vía, si hay alguna complicación o es un fin de semana que hay una enfermera y una auxiliar de enfermería menos (lo que significa un 50% menos de personal), puedo acabar pasadas las 19h. Mientras pongo la medicación saludo y si no conozco a las personas que me ha tocado cuidar me presento, y miro de cada paciente qué vías hay que curar, qué ojos y bocas hay que limpiar, retiro los esparadrapos apretados... estas actividades del estar a gusto se comparten con la auxiliar de enfermería, se dice se delegan pero no es cierto, se comparten. Si se ha quedado alguna cama libre, que es lo habitual, entre las 18 y las 19:30 es el momento para que vengan los ingresos. Este tiempo es el único que dispongo para lo que no es poner medicación y registrar, o lo que es lo mismo, CUIDAR, y la mayoría de las veces se ocupa en acomodar a las nuevas pacientes y hacer los registros del ingreso. A las 19:30h comienza la cuenta atrás, hay que hacer muchas cosas hasta las 22h: hacer las determinaciones de glucemia, organizar las insulinas que hay que poner, muy alerta, porque en esta cuenta atrás es fácil cometer algún error, dar la medicación oral de la cena y comienzo a pasar las constantes vitales y glucemias, firmar los

tratamientos que he puesto y escribir las incidencias de la tarde. Como es la hora de la cena normalmente hay menos demandas. Los registros los hacemos usando un complejo programa informático para cuyo uso me dieron una formación de dos horas. Luego pongo la medicación intravenosa de las 21.00 que ocupa mínimo 1/2 hora y sigo registrando. Normalmente me voy más tarde de las 22.00, y a veces no he curado todas las vías venosas o quedan pendientes otras tareas, pero me niego a dejar a medias el cuidado de los ojos y las bocas. Así que poder dar apoyo a alguien para que se sienta mejor, puede llegar a ser casi imposible. El objetivo del cuidado integral se suele quedar a medias.

Yo he aprendido cual es mi objetivo central: CUIDAR. Para ello he pasado 8-10-12 años desarrollando mi profesión, me he seguido formando y le he dado muchas vueltas a por qué yo quería ser enfermera en lugar de otra cosa, cuales eran mis expectativas, el tipo de enfermera que quiero ser y qué tipo de enfermera puedo ser en estas condiciones.

Pero actualmente existe una dinámica en la atención sanitaria "del hacer", de cumplir actividades, y esto nos ha llegado también a la enfermería: no lotil si dolor, sonda rectal si gases, primperan si nauseas, orfidal si nerviosismo... Y ¿si llora? probablemente en los próximos días aparezca un antidepresivo en el tratamiento, pero otras actividades que quizá puedan ser útiles como estar, escuchar, consolar, coger la mano. ¿Y si necesita hablar? ¿No son actividades necesarias también? Parece que no. El caso es que las personas ingresadas han aprendido también esto y para todo piden una solución, lo llamamos "la pastillita mágica".

RELACIÓN TERAPÉUTICA

Las enfermeras tenemos una relación más cercana con el paciente que otras profesionales, incluso nosotras nos quejamos muchas veces de que nos consideran "un servicio", cuando te llaman para apagar la televisión, o se pasan toda la tarde llamando por algún malestar que al final ves que no puedes solucionar y explicas al paciente que avisarás a la médica y dice "no mujer no, al médico no le molestes".

Estos son los malos ejemplos, pero visibilizan que las personas se relacionan con las enfermeras de igual a igual. Las personas que cuidamos otras personas y hemos decidido apoyar, estar cerca, estar disponibles, responder a sus necesidades, escuchar... esto supone soportar un aumento del trabajo, pero veo que gran cantidad de sanitarias se pierden la posibilidad de relacionarse con las pacientes con empatía y asertividad, o de acariciar la cara a una mujer mayor si es preciso, me encanta, y decirles guapas, siempre contestan algo relacionado con la vejez y las arrugas... Es muy importante que este tipo de relación humana se dé para que las vivencias del ingreso mejoren.

Además veo situaciones en las que las personas se tienen que enfrentar a cambios muy duros, por ejemplo cuando les hacen una colostomía (una salida artificial para las heces en el abdomen) que tiene que aprender a manejarse y le da asco. Hay que estar y explicar, preguntar qué te pasa, ¿me quieres comentar o preguntar algo? Estoy aquí hasta las 10, mañana por la tarde también vengo.

La población probablemente nos considera la profesional sanitaria más ac-

cesible, pero esta accesibilidad la fomentamos: usamos menos tecnicismos, las pacientes, sobretodo las que han pasado por una cirugía, te preguntan por la tarde lo que les han explicado por la mañana y no han entendido... En mi caso la distancia en la relación terapéutica la determino yo al llegar a una habitación y presentarme, mirar, saludar y decir mi nombre y mi profesión, y añadir: "si necesitan algo llamen al timbre". Eso fomenta otro tipo de relación y normalmente favorece que las demandas sean menores. Las mujeres enfermas o acompañantes me suelen dar las gracias por esto (también algunos hombres ingresados lo agradecen).

Estas mujeres han cuidado desde siempre a sus familias y han visto a sus madres cuidar también. Hay que reconocer este trabajo que realizan, y esa actitud y aptitud de cuidar, y el sentimiento de orgullo y realización personal por ello o el de esclavitud y frustración. Hay aquí una conexión muy importante entre las mujeres con nosotras, ellas saben que comprendo lo que significa estar cuidando a un familiar y lo que implica en sus vidas.

Claramente el descubrimiento de una visión feminista y mi formación en antropología, que han sido paralelas, han cambiado mi forma de trabajar, sobretodo de relacionarme con las pacientes, con sus acompañantes y con mis compañeras, médicas o no. No todas las médicas se toman bien las sugerencias de las enfermeras, otras en cambio nos piden opinión. Me miran mal los maridos enfermos cuando mando a casa a dormir a sus esposas de piernas hinchadas. O cuando les prohíbo hablar a sus mujeres de cierta manera al menos en mi presencia. No sé si este reconocimiento incondicional de las mujeres y visibilizarlo hubiera sido posible desde una perspectiva diferente.

LAS CONDICIONES PARA ESTA RELACIÓN

A partir de estas visiones, es muy preocupante la poca capacidad que tienen las personas de decidir en el hospital, especialmente las mujeres y especialmente las mayores. Desde luego, me parece que ninguna profesional sanitaria, con la formación que recibimos, somos capaces de favorecer que las personas sean sujetos de sus vidas y decidan sobre su salud y su futuro según sus propias visiones. Generalmente pensamos qué es lo que necesitan según nuestros propios criterios.

Además, tanto el sistema a nivel macro, como la organización de las unidades de hospitalización en las que he trabajado, no se centran en las personas ingresadas. La atención parece centrarse en los ritmos de trabajo, horarios de médicas, enfermeras o personal de cocina, en diagnosticar... Esto lo digo porque creo que si se tuviera más en cuenta a las personas ingresadas y sus necesidades no se les despertaría para sacarles una analítica a las 6.00 de la mañana. Se hace a esa hora para que cuando vengan las médicas por la mañana estén los resultados disponibles. Ni se le despertaría de la siesta para ponerles el termómetro o tomar la tensión, que si no se nos hace tarde. En mi servicio actual hay 30 pacientes, se sacan entre 10 y 18 analíticas cada noche de domingo a jueves. Se sacan a cada paciente entre 3 y 5 analíticas a la semana. Yo me paro a pensar y digo: serán para seguir al pie de la letra la evolución analítica de cada paciente porque si fueran significativas para la salud, también se harían el fin de semana. Más de una abuela llena de hematomas y edemas que te cuesta 2 ó 3 pinchazos sacar la analítica me han dicho "no me pinches más por favor, déjame en paz". No creo que sean

necesarias tantas analíticas, tantos pinchazos, tanto dolor. Mi idea del cuidado y la salud no contempla estas acciones, pero las hago, yo no puedo decidir sobre esto, creo que mis pacientes tampoco. Por ejemplo se puede hacer una colonoscopia, con un valor x, a un señor que ingresa por rectorragia y tiene alzheimer, para confirmar el diagnóstico inicial que se hace gracias a la clínica y a la elevación de los marcadores tumorales específicos del cáncer de colon. El señor mantiene sus capacidades físicas pero ya no es capaz de recordar ni decidir nada. Esta prueba implica para el paciente estar a dieta sin residuos tres días antes de la prueba, un día antes a dieta líquida, con 2 tandas de 8 sobres de solución evacuante bohm que se disuelven en 2 litros de agua y hay que beberlos en 2 horas, aunque no tenga sed y el sabor no sea agradable, ni sea capaz de comprender, debido a su demencia, cual es la razón de tomárselos. Son para conseguir que las heces estén limpias, que parezcan orina, y si eso no es suficiente, se añade algún enema de limpieza. El día de la prueba estará en ayunas, probablemente tendrá hambre y constantemente se lo dirá a su familiar porque no sabe por qué no come ni recuerda que le han dicho hace un minuto que no puede, además se le ha puesto una vía venosa y un suero. Como no puede colaborar un anestesiólogo le sedará. Aunque yo no estoy de acuerdo con la realización de la prueba, como su hijo me pregunta si esto tiene que ser así que no sabía que la preparación era esa, le explico que es necesaria esta agresiva limpieza intestinal para que la prueba salga bien, y me pregunto si sabe que el tratamiento de esa rectorragia, será el mismo con colonoscopia que sin ella, porque no se va a tratar, a operar, el cáncer de colon a su familiar con alzheimer.

Pero como el hospital está centrado en el objetivo que es el diagnóstico, y se contabiliza estadísticamente, se ha hecho una colonoscopia más. Si el objetivo fuera el bienestar del paciente y su calidad de vida, minimizar el sufrimiento de la enfermedad y el que produce el mismo sistema sanitario, no se hubiera hecho la colonoscopia. Si se hubiera informado a la familia de forma que hubiera comprendido lo que implica hacer esa colonoscopia y su verdadera utilidad probablemente hubieran decidido no hacerla. Y yo me pregunto en éste como en muchos casos ¿Quién decide el tipo de atención? El paciente, el médico, la familia, la enfermera, los objetivos anuales, las políticas... Parece que ni la gran mayoría de los pacientes ni muchos profesionales se dan cuenta del sufrimiento que el propio sistema sanitario produce a las personas.

Yo veo, en un hospital como el mío, que se pueden hacer pruebas caras que no cambiarán la actitud terapéutica, pero puede que no haya toallas suficientes, o camisones, que no haya jabón en el lavabo de los pacientes porque desde el primer día no funcionan los dosificadores que pusieron, que beban en vasos de plástico desechables porque a nadie se le ocurrió contratar que las personas ingresadas tuvieran un vaso de una mínima calidad en la mesita. Así que también pasa que el personal de enfermería todas las tardes emplea parte de su tiempo en dar varios vasos desechables, en explicar que no es que le hayan puesto a su madre un camión roto si no que no hay camisones abiertos y por eso mi compañera de la mañana lo ha cortado por detrás para poder ponérselo, me pedirán jabón y toallas y diré que no hay mientras ofrezco esponjas jabonosas y fundas de almohada en sustitución... Sabe-



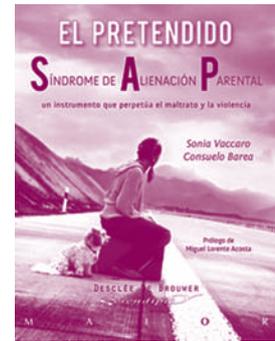
mos cual es el coste de las cosas, hay que entrar en la valoración de cuales son las que se justifican y cuales no.

Estar en los pasillos del hospital y a pié de cama, estar cara a las personas te hace poder transmitirles y explicar cómo funciona el sistema sanitario, el porqué de muchas cosas que pasan. También podríamos transmitir las visiones y necesidades sentidas de la población a los niveles de toma de decisiones del sistema, pero esto no existe, tampoco interesa, porque actualmente de lo que se trata es de: hemos atendido en urgencias en 24horas a "n" personas, hemos operado "x", el tiempo de espera para extirparle la vesícula biliar es menor de 1 mes o este año hemos hecho más trasplantes hepáticos. Por eso nos insisten tanto en los registros y no en otras cosas.

Pero no hay datos de cuales son las condiciones en las que se dan estas estadísticas, no se analiza si es un dato de calidad asistencial que una enfermera sólo libre 4 días en todo un mes, o que te cambien en una mañana 3 veces de servicio porque eres "corretornos" o simplemente tu contrato es precario y no estas en condiciones de quejarte.

Hay responsables de lo que os he contado, de lo que viven las personas ingresadas y de las posibilidades negadas a mi trabajo, de esta atención sanitaria mediocre y mejorable. Yo intento trabajar lo mejor que sé y que puedo, hay muchas compañeras que hacen lo mismo, pero no se si algún día la política sanitaria será el ahorro económico, porque en cuidados no se puede ahorrar más.

el amor hay que ganarlo



tarea del cuidado de los niños, sin participar él mismo de ese cuidado, sepa cómo actuar con ellos porque hay una distancia afectiva que tendrá que salvar, desarrollar la capacidad de ser cuidador no es fácil porque en realidad no los conoce demasiado. Además los niños cuando tienen que estar con el padre separado están lejos del entorno habitual que los acompaña, de sus cosas, de sus juguetes, de su ropa, de sus amigos, de su casa habitual, de la madre, por lo que pueden sentir temor o malestar por dejarla sola mientras ellos están con papá, que seguramente no los trata igual. Menciono sólo algunos detalles generales que explican bastante bien porqué algunos niños no quieren ir con su padre o se muestran molestos cuando tienen que hacerlo. Estas circunstan-

cias que afectan a los procesos de duelo son bastante frecuentes y es extraño que no se tengan en cuenta, ni aún en los casos en que hay batallas legales por la custodia del hijo, invocando ese rechazo al padre como resultado de una actitud malintencionada de la madre que los ha predispuesto en su contra.

Cada hijo/a tiene una forma particular de reaccionar frente al alejamiento del padre de la familia, que más allá de los argumentos razonables que se les pueda explicar, sus emociones más primarias les pueden en ciertos casos hacer vivir esa situación como un abandono, como falta de cariño, y esa sensación les produce resentimiento que puede volverse en contra tanto del padre como de la madre. Cuánto más pequeños son los niños/as más expuestos a tener reacciones más primarias y exclusivamente emocionales que superan todo razonamiento. En otros casos, si los niños/as son muy celosos, pueden sentirse gratificados de tener tanto al padre como a la madre para ellos solos cuando éstos están separados, lo que a su vez produce placer y culpa, porque no es extraño que los niños/as con su egocentrismo habitual piensen que sus padres se han separado porque ellos se han portado mal. Ya es bastante complicado para un niño/a asumir una separación de los padres, por el dolor que les provoca no poder

disfrutarlos a la vez cotidianamente y también por los sentimientos de culpa que surgen en ellos. Porque para la mentalidad de un infante es corriente que se crea el causante de todo lo que sucede en la familia y por ejemplo, que en caso de separación piense con excesiva frecuencia que los padres se han separado porque él ha sido malo o ha hecho algo que los ha fastidiado. Si a esto se suma que siente que tiene que tomar partido por uno o por otro, a veces inducido por las disputas de padres y madres inmaduros e inmaduras que usan a los hijos como arma arrojadiza, la cuestión del duelo se complica y puede hacer aparecer en ellos sentimientos de culpabilidad o procesos melancólicos que no permiten resolver de manera más sana el inevitable duelo de la separación de sus padres. Otras veces el rechazo a ver al padre o estar con él se debe a que lo perciben desinteresado. Es frecuente que después de las separaciones —o a veces antes de que se produzcan—, los hombres ya cuenten con otra pareja, que suele ser más joven y cuando a los niños les toca régimen de visitas al padre pueden negarse porque cuando están con él en realidad no están con él, sino con su compañera actual con quien pueden tener una relación conflictiva, no sólo por las características personales de la nueva pareja de papá sino porque se les crea un conflicto de

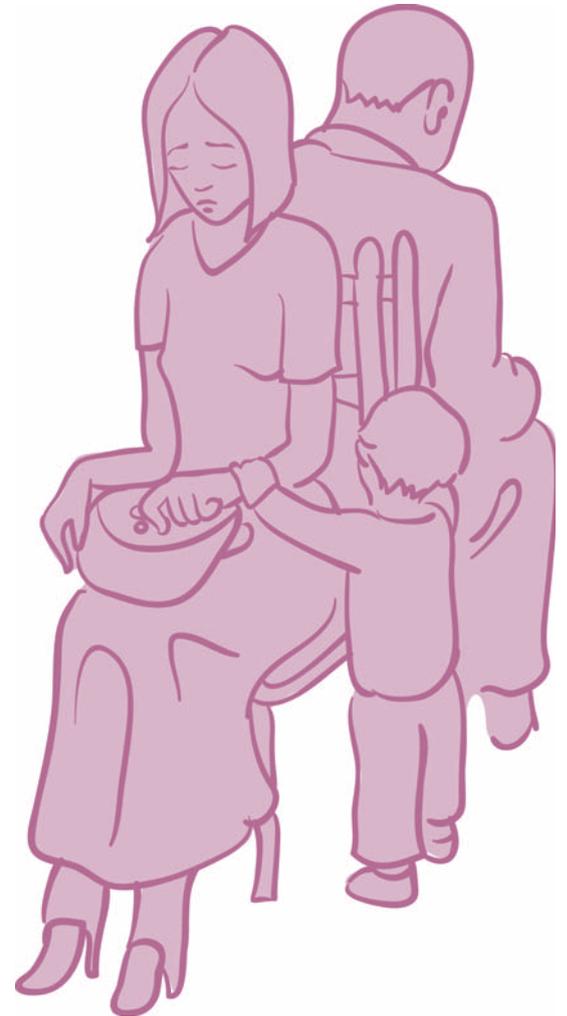
la madre y ver como abusivo el hecho de que los jueces siempre hayan dado preferencia a las madres sin discusión.

¿De qué instrumento teórico se valen para conseguir sus objetivos? Del SAP. Síndrome de alienación parental, concepto invocado para explicar para todos los casos y sin ninguna especificación particular, que si un hijo/a se niega a tratar a su padre, es porque su madre le ha vuelto en su contra con un previo lavado de cerebro. Tenemos que ir despacio para desenmascarar los prejuicios que están contenidos en estas afirmaciones. Uno de ellos y muy fuerte por cierto, que en la judicatura juega un papel importante para muchos jueces, es la creencia de que es mejor tener un padre aunque sea malo, que no tener ninguno y si éste es biológico tiene más cartas a su favor que otro que haya cumplido satisfactoriamente su papel de padre social. Este prejuicio es consecuencia de una premisa que supone que para un buen desarrollo psíquico del niño/a la presencia del padre es fundamental para separarlo de la captura que la madre haría de la subjetividad y deseo del niño/a.

¿Por qué preocupa hoy la presencia del padre más que en otras épocas? En los mejores casos, están los de hombres que cansados de su masculinidad tradicional y conscientes del peso excesivo que pagan por sostenerla, quieren acceder a unas maneras más tradicionalmente femeninas, como implicarse en la crianza de los hijos, no desempeñar el triste y agotador papel de ser el proveedor económico de la familia y poco más, y piden que se les respete ese derecho. Ésta, por supuesto, es una aspiración justa si nace de un deseo sincero de ejercer una paternidad,

pero en esos casos es difícil pensar que un padre así exponga a sus hijos al maltrato psicológico que supone el hacerlos pasar por los procesos usuales cuando se invoca el SAP, o cuando los hijos se desgarran de dolor por verse obligados a tener que irse con su padre contra su voluntad y en algunos casos con prohibición expresa de ver a su madre durante períodos largos de tiempo (que se supone necesarios para "desprogramar" a esos hijos de la supuesta alienación que les ha provocado su malévola madre con lavado de cerebro previo). Recordemos a Salomón cuando se vio en grado de tener que decidir a quien dejar un niño al que dos mujeres diferentes reclamaban como suyo. Él decidió cortar al niño en dos y la verdadera madre del niño prefirió renunciar a él antes que someterlo a la muerte. Extrapolando el personaje podríamos pensar que un padre amoroso no querría infligir ese sufrimiento a sus hijos, que más que obligarlos a estar con él querría convencerlos, ganarse su afecto. En cambio, una madre que se opone a la custodia compartida muchas veces lo hace para proteger a sus hijos de los excesos tanto violentos como sexuales del padre o de su negligencia. Por eso es llamativo y hace pensar más en la mala fe de aquellos padres que libran batallas que resultan cruentas para los hijos cuando reclaman su custodia. No olvidemos las ventajas que procura la custodia compartida a los padres que la reclaman. Además de seguir controlando a su mujer y sus hijos, evitan el pago de pensiones alimenticias y pueden seguir disfrutando del hogar conyugal.

El hombre que es dejado, cuanto más machista es, más desarrolla un afán de venganza hacia su mujer, y ¿qué manera más eficaz de hacerle daño que apro-



piándose de lo que tradicionalmente no sólo más quiere sino que más afecta a su identidad femenina en esta cultura?

EL AMOR HAY QUE GANARLO

El amor hay que ganarlo, no se puede imponer. Sin embargo, el patriarcado, fiel a sus consignas, prefiere creer que tiene una misión que cumplir y que el daño que puede producir en esas circunstancias es por el bien del hijo/a. Estos son los supuestos más íntimos del patriarcado, por eso el SAP triunfa, porque ya no importan los casos particulares, ni si es justo o no, ni que el niño sea respetado. Se trata de imponer al padre cuando en su estela desfalleciente no encuentra un lugar donde sostenerse en estos tiempos posmodernos.



Trótula de Salerno

La primera ginecóloga de La historia

Se desconoce la fecha de su nacimiento pero no de su muerte: 1097. Trótula, Trotula o Trotta fue una doctora educada en la Escuela Médica Salernitana, el primer centro médico sin conexión con la iglesia, donde se formaban tanto hombres como mujeres a través de los textos de Hipócrates, Galeno y Dioscórides que habían sido enriquecidos por los autores árabes y judíos.

En los círculos científicos las Damas de Salerno, entre las que se encontraba Trótula, tenían fama de médicas y estudiosas de la medicina. Fue autora de un libro titulado *Passionibus Mulierum Curandorum*, Las Dolencias de las Mujeres, donde trata de la menstruación, el embarazo, el parto, el control de la natalidad...

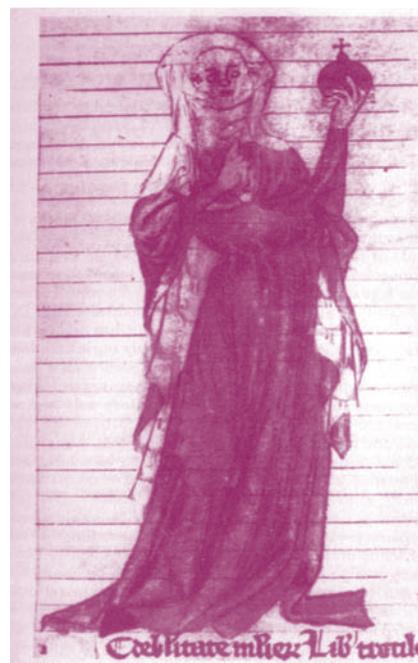
Defendía la necesidad de que las enfermedades femeninas fuesen tratadas por mujeres porque la enferma se sentiría menos cohibida ante otra mujer y porque ellas tienen mejor conocimiento del cuerpo femenino que los hombres.

Sus conocimientos están dirigidos al tratamiento de las dolencias y huye de las consideraciones morales que eran

propias de los tratados contemporáneos. Mientras en los textos de la época el cuerpo de la mujer aparece contaminado y emana malos humores, ideas relacionadas con el concepto de pecado y de impureza, Trótula utiliza un lenguaje propio para referirse a las características del cuerpo femenino. Por ejemplo usa el término flores para referirse a la sangre menstrual: "flores que anuncian la posibilidad de fruto"

Su libro aborda un amplio temario en sesenta y tres capítulos, entre ellos destacan: Sobre la retención del menstuo, Úlceras en el útero, Cómo se forma el feto después de la concepción, Sobre el parto difícil, Régimen de las mujeres embarazadas y parturientas, Sobre las mujeres gordas y flacas, El dolor de ojos... y así temas relacionados con la salud de las mujeres en sus distintas edades.

Su obra fue copiada y traducida a lo largo de siglos. Sus conocimientos del cuerpo femenino fueron utilizados por todos los estudiosos de la medicina, sin embargo muy pronto algunos copistas atribuyeron sus obras a su marido.



En el siglo XV se negaba su existencia e incluso a principios del siglo XX se justificaba esa idea porque "en su lenguaje aparecen instrumentos quirúrgicos demasiado complicados y ninguna mujer escribiría tan explícitamente sobre cuestiones sexuales".

Extraído de:
<http://lanaranjadelazahar.blogspot.com/2007/10/trtula-de-salerno.html>



viaje a senegal

Esperanza

Aguilà Ducet

Enfermera y agente de igualdad

aguila37@gmail.com



El pasado mes de abril el GIE me pidió que fuera a Senegal en un viaje de estudios con parlamentarios catalanes, con el objetivo de sensibilizar sobre las prioridades en Salud Sexual y Reproductiva, la reducción de la mortalidad materna, un objetivo del milenio en el que no se está trabajando suficiente.

El Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (www.grupogie.org) se creó en 1996 para impulsar en España la implementación de los acuerdos de las conferencias de El Cairo y de Beijing

El CAPS forma parte del GIE desde su fundación en 1996, donde hemos participado siempre con proyectos de formación para cooperantes de ONGs sobre perspectiva de género aplicada a la salud.

Pertenecer a esta plataforma, representar al CAPS, era y es para mí, sentirme portavoz del saber y del sentir de muchas mujeres con las que comparto espacio físico, mental y emocional, en el piso de la calle Paris y en el ciberespacio.

Nuestro objetivo es hacer llegar a las personas, mujeres y hombres, que hacen y/o planifican la cooperación en el territorio, la mirada de las diferencias y las desigualdades que genera el género, que no el sexo; la presencia y la influencia de los diferentes factores que influyen en la salud; aprender a desprendernos de toda la autoridad sobre la salud de los



demás para dar cabida a la responsabilidad personal sobre la propia vida y la salud y aumentar el poder de decisión, especialmente de las mujeres, lo que llamamos empoderamiento. Con este convencimiento he permanecido presente en esta plataforma, sintiéndome siempre acompañada por el trabajo y el esfuerzo de las demás, por sus trabajos publicados y sus debates en la red.

El grupo lo formábamos cuatro parlamentarios, un representante de la Agencia Catalana de Cooperación en Senegal, dos representantes internacionales de NNUU, dos técnicos locales y, representando al GIE, Emiliana Tapia (investigadora del GIE), Montse Solsona (Centro Demográfico de Catalunya) y yo (CAPS). Entre el 24 y el 29 de abril cruzamos el país en mini bus, desde Dakar hasta Kolda y de Kolda a Dakar, atravesando Gambia, cinco días intensos de inmersión en el sur del país, la zona rural más empobrecida, y una oportunidad para complementar los puntos de vista y las experiencias.

Visitamos algunos de los proyectos desarrollados por la Agencia Catalana de Cooperación y por el FNUAP, con objetivos de salud, lucha contra la pobreza, presencia femenina en la política... en total siete proyectos: Apoyo al desarrollo de la agricultura y la ganadería en la región de Kolda, Gobernanza y autonomía de la mujer en la región de Kolda, Proyecto de salud sexual y reproductiva de Médicos del Mundo en Velingara, Programa de fistula del Hospital de Kolda, los puestos de salud de Sare Coly Salle y de Kandia, el proyecto rural Caja de solidaridad de Mountoumba. De la región de Kolda son la mayoría de los inmigrantes senegaleses que hay en Cataluña. También estuvimos en la sede de una ONG local, FODDÉ, en Kolda, donde nos reunimos con algunos representantes de otras ONGs locales. En Dakar asistimos a una recepción con el Presidente del Parlamento de Senegal en la que pudimos ver y escuchar a Mme. Diop, hábil y lúcida mujer política,

comprometida con la defensa de los derechos de las mujeres, y nos reunimos con los diputados del intergrupo de Población y Desarrollo y con los representantes de la agencia de cooperación internacional (UNFPA).

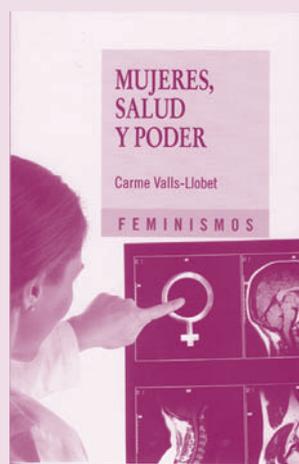
Ha sido un viaje intenso, rico, casi galopante, la convivencia con los parlamentarios interesante y útil. Sobre nuestro objetivo de sensibilización he recogido dos frases, una del presidente de la comisión de cooperación del Parlament, muy en su estilo, después de la última reunión para evaluar el viaje de estudios, la noche antes del regreso mientras cenábamos en el hotel de Dakar, Hemos quedado tremendamente sensibilizados en los temas de salud reproductiva. La otra de mi estimada Montse Solsona, pronunciada la misma noche, Empoderar a las mujeres y luchar por la salud sexual y reproductiva no son cosas diferentes.

Dentro de los objetivos del GIE está el fortalecer los lazos con la sociedad civil, el hecho de que Emiliana, Montse y yo, con mi francés chapucero, anduviéramos por aquellas tierras enlazando complicidades con Suzanne, Edwige, Mari Térése, Didie, Fatou... y muchas otras de las que no consigo recordar sus nombres, ha de facilitar futuros proyectos de partenariado. Escuchando a Fatou, presidenta de la entidad APRAF (agrupa a 13 asociaciones de mujeres) sobre la necesidad de proyectos para reducir los matrimonios precoces, para disminuir la mortalidad infantil, compruebas algo que ya sabías: ellas sí saben lo que quieren.

Montse Solsona me recomendó la lectura de un libro antes de viajar, *"Mi carta más larga" de Mariama Bâ. Ed. Zanzibar, 2003*, que yo a mi vez os recomiendo. Al leerlo, tuve la sensación de que en el amor y en el desamor, en las relaciones, lo que buscamos unas y otras, africanas o europeas, no es tan diferente. Cambian las costumbres, las culturas, las religiones y sus interpretaciones (el libro de Mariama me hizo pensar sobre la poligamia y el adulterio), pero hay situaciones que se acercan tanto que una piensa que sólo cambia la forma de nombrarlas, y que el deseo de muchas mujeres, del color y del país que sea, legitimado o no, pasa por el derecho a ser libres, decidir libremente con quien estamos, con quien y en qué condiciones tenemos sexo. Las mujeres senegalesas también están ahí, en su revolución silenciosa, reduciendo el número de hijos para ajustarlo a sus necesidades y deseos de autonomía personal, haciendo redes para reconvertir y mejorar sus condiciones de vida, para ser más libres.

A medida que pasan las semanas ha ido creciendo una sensación de desproporción entre lo que yo he podido aportar en este viaje y lo mucho que he aprendido en Senegal que me hace sentir pequeña, poderosa y agradecida, al mismo tiempo. Dicen que te acercas a la sabiduría cuando comprendes que el maestro es alumno y el alumno maestro. Al escribir estas líneas sólo pretendo saldar un poco esta deuda.

Agradezco al GIE la oportunidad de acercarme al terreno de acción.



MUJERES, SALUD Y PODER

DE CARME VALLS LLOBET

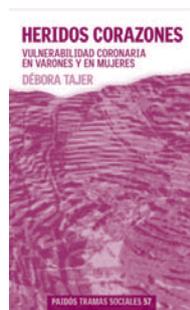
ED. CÁTEDRA, COL. FEMINISMOS, 2009

"Los profesionales de la medicina, tanto varones como mujeres, e independientemente de su competencia, rara vez reflexionan sobre el sentido de su quehacer. Sólo en casos en que, como en el de Carme Valls-Llobet, existe de forma consciente un compromiso ético y político con la salud de las mujeres, se activa un dispositivo que hace pasar al nivel que podríamos llamar metarreflexivo: el que se ocupa de esclarecer una serie de supuestos bajo los cuales se opera sin haberlos puesto nunca en cuestión, así como de condiciones asumidas de un modo acrítico. El cuestionamiento se produce al hilo de determinados escollos y peculiaridades que surgen en el tratamiento de las cuestiones específicas que plantean determinados problemas de salud de las mujeres.

La autoexigencia reflexiva sobre su práctica científica ha llevado a Carme Valls-Llobet a estudiar a autores y autoras complejos y difíciles como Foucault, Sandra Harding, Amartya Sen, Donna Haraway. (...) Pero, lo que en mi opinión es del mayor interés, es su sintonía con Donna Haraway en sus consideraciones sobre la biotecnología, de tantas implicaciones para la salud de las mujeres. (...) Es fundamental, como Carme Valls-Llobet lo hace, interesarse por qué tipo de ciencia es aquella que se haría en un mundo igualitario.

Este libro, sin duda, es una importante colaboración al sugerente programa harawayano de implicar el proceso de la constitución de la ciencia en las cuestiones relativas a la ciudadanía. Y una aportación, por tanto, a una epistemología comprometida con la salud y la libertad de las mujeres."

Del prólogo de Celia Amorós



HERIDOS CORAZONES.
Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres
Debora Tajer
Ed. Páidos. 2009

“La vulnerabilidad coronaria ha sido un tema tradicionalmente abordado por la medicina desde una perspectiva unidimensional. En el imaginario colectivo, los problemas coronarios responden a causas de estricta raíz biológica y son unívocamente terreno del cardiólogo. Ahora bien, como señala José Carlos Escudero en el prólogo, las causas de las enfermedades son tan complejas que han de ser abordadas desde una perspectiva multidisciplinaria.

Débora Tajer se aboca en este libro a analizar el tema de la vulnerabilidad coronaria en hombres y mujeres, evitando reduccionismos y encasillamientos. Convoca saberes que provienen de la fisiología, las ciencias médico-biológicas, la medicina social, la psicología, la sociología, los estudios de género y el análisis institucional. Y eso la lleva a trazar interesantes distinciones entre varones y mujeres. La autora alerta sobre el fenómeno del subregistro por parte de las mujeres de su propio riesgo coronario, dada la construcción imaginaria de esta dolencia como una enfermedad de varones. Asimismo, al analizar la vulnerabilidad de los hombres, hace hincapié en los ideales masculinos, su peso, de la vida cotidiana, el uso del tiempo libre y la importancia de las relaciones afectivas, con lo que se desplaza el clásico análisis del riesgo coronario asociado solamente al estrés laboral.

El libro despliega una reflexión crítica sobre los actuales imaginarios profesionales de la cardiología clínica, el psicoanálisis y la epidemiología social. Pero no solo realiza un acertado diagnóstico de la situación: también realiza una propuesta que contribuye a la prevención, la implementación de tratamientos adecuados y la rehabilitación.”



NUESTRA CONTAMINACIÓN INTERNA.
Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española
Miquel Porta, Elisa Puigdomènech y Ferran Ballester (eds.)
Editorial Libros de la catarata. Nº 37

La contaminación humana por compuestos tóxicos persistentes es una de las características más definitorias y sin embargo ignoradas de nuestra sociedad. Hoy la exposición a estos compuestos —fundamentalmente, plaguicidas y residuos industriales— empieza en el vientre materno y se prolonga durante toda la vida. Las personas nos exponemos a ellos prácticamente sin advertirlo, apenas los podemos eliminar y la acumulación corporal aumenta paulatinamente con la edad. Los conocimientos científicos y las incertidumbres acerca de sus efectos nocivos sobre la salud son motivo de preocupación razonada en todo el mundo. Preocupación, pero no miedo: esta obra se ha escrito desde el convencimiento de que los ciudadanos mejor informados, con una cultura más científica, crítica e independiente contribuyen de manera decisiva a la construcción de una sociedad más democrática, justa y sana. Así, por primera vez un libro presenta una síntesis panorámica de los resultados de los mejores estudios sobre los niveles que en la población española alcanzan los principales compuestos tóxicos persistentes. Con la salud pública como eje vertebrador, quiere propiciar la información y la reflexión sobre los significados, implicaciones y soluciones de dicha contaminación; una reflexión que debe ser culturalmente imaginativa, moralmente valiente, técnicamente innovadora y siempre respetuosa con los hechos y las incertidumbres que desvela la investigación científica. Imprescindible para toda la sociedad.



MUJERES, TRABAJOS Y SALUD:
La nueva mirada.
Ángeles Niño, Lena Castells,
Leonor Taboada.
Conselleria de Treball i Formació.
Govern de les Illes Balear

Quiero compartir con las lectoras una recomendable lectura, se trata de una publicación que lleva por título Mujeres, trabajos y salud: la nueva mirada.

Desde el primer momento me chocó su título, sobre todo lo de “la nueva mirada”. El capítulo inicial ya rompe con las aburridas maneras que otras guías sobre salud laboral tienen de exponernos los datos y las estadísticas. Esta forma de contar es más fresca, más cercana, no solamente te enteras de lo que estás leyendo, que siempre es de agradecer, sino que incluso lo encuentras interesante.

En sucesivos capítulos se profundiza en las condiciones de trabajo y salud de las mujeres, con un detallado análisis feminista sobre diferentes riesgos en mujeres y hombres y diferentes daños, incluidos los riesgos psicosociales, que siempre son los más olvidados.

Se nota que las autoras saben de lo que hablan y se han documentado muy bien pues inciden en los sectores productivos más feminizados y lo hacen con rigor, sin olvidar a las mujeres en situación más vulnerable, aquellas que trabajan en casa y su labor no está reconocida por nadie, o aquellas que trabajan dentro y fuera de casa, a lo que le denominan “doble presencia, doble ausencia”.

Incluso hay un apartado de legislación que resulta muy útil y otro sobre medidas para incorporar el enfoque de género que puede extrapolarse a cualquier ámbito, no sólo al laboral.

Me he sentido muy identificada en muchas cosas, iniciativas como ésta son muy necesarias.

Firmado: A. P. S.

DECLARACION DE TOLEDO: La salud y La crisis global

International Association of Health Policy. Federación de Asociaciones para la defensa de Sanidad Publica

En Toledo a 26 de septiembre de 2009.

La crisis económica y financiera que afecta a todos los países del mundo es el resultado de la globalización de la economía y de unas relaciones internacionales hegemónicas por la ideología y por las fuerzas neoliberales, que la han orientado esencialmente a imponer las relaciones de mercado, la reducción del papel del Estado como garante de los derechos de las personas, la eliminación de los servicios públicos (educación, sanidad y servicios sociales) y la desregulación de las relaciones económicas y comerciales a nivel internacional. En esta estrategia, han tenido un papel relevante organismos internacionales como la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), etc., que han promovido la privatización de los servicios públicos (Acuerdo General Sobre Libre Comercio-GATSS), la reducción de los gastos sociales, la precarización de las condiciones laborales y la eliminación de las reglas que controlaban la circulación de capitales, favoreciendo la libertad de especulación.

Esta crisis afecta a todos los países y continentes del mundo, aunque está teniendo una mayor repercusión y trascendencia en los más pobres, con menores recursos y estructuras sociales más débiles, en los que las políticas de privatización y de desmantelamiento de los servicios públicos (Acuerdos para la Liberalización de Servicios) y el flujo de profesionales hacia los países más desarrollados han experimentado un importante avance gracias a las políticas neoliberales.



El modelo de Globalización Neoliberal ha tenido una importante repercusión para la salud de los ciudadanos:

- Empeorando los factores que determinan la salud-enfermedad: Ha contribuido al deterioro del medio ambiente (que está detrás del cambio climático), a incrementar la pobreza y la marginación social por la depredación de materias primas; a la destrucción de las economías de los países menos desarrollados; a la deslocalización de empresas; a la precarización de las relaciones laborales y a la explotación de la mano de obra; al tráfico de mujeres; a facilitar la expansión de las multinacionales del tabaco, del alcohol y de la comida basura; a la eliminación de controles a la producción y circulación de drogas ilegales; a la difusión de epidemias de enfermedades asociadas a la explotación y exportación incontrolada de animales para la alimentación (vacas locas, gripe aviar, gripe A); a la expansión de los alimentos transgénicos que afectan a la salud y someten la producción agrícola de los países en desarrollo; a la generalización de centrales nucleares, etc.
- Deteriorando los servicios sanitarios públicos: Imponiendo las relaciones de mercado, abandonando las políticas de salud por las de enfermedad y deteriorando los servicios públicos de salud



La crisis económica ha venido a incrementar, aún más, los problemas de salud generados por la Globalización en una doble dimensión: 1/ Reduciendo los recursos disponibles por los servicios sanitarios públicos y **2/ incrementando las necesidades asistenciales** asociadas a la violencia, al aumento del paro, a la pobreza y a la marginación social.

La manera de salir de esta crisis puede suponer una profundización de estos problemas o una oportunidad para iniciar el camino de su superación:

- La crisis se cerrará en falso si se mantiene y profundiza la actual estrategia de desregulación de los mercados y de las relaciones laborales, la privatización de los servicios públicos, la reducción de impuestos a los sectores privilegiados, la libertad de actuación de las multinacionales o la disminución del papel del estado como proveedor de los servicios sanitarios.

La crisis puede aprovecharse para cambiar a otra globalización basada en:

- Evitar la violencia institucional (guerras) y de género
- Potenciar los servicios públicos como promotores y garantes de la salud de la población y como motor de la economía (generando empleo y disminuyendo los niveles de pobreza y marginación)
- Regular las relaciones comerciales internacionales
- Controlar las actividades de las empresas multinacionales, para evitar la depredación de los recursos de los países en desarrollo
- Cambiar los sistemas de producción, para que no deterioren el medio ambiente y eviten la catástrofe del cambio climático
- Políticas de producción y comercialización de alimentos sostenibles, que eviten la destrucción de las economías tradicionales, la extensión del hambre y la pobreza y la dependencia

de la mayoría de los países del mundo de unas pocas corporaciones multinacionales

- Potenciar el papel de los sistemas de salud pública, como promotores de salud, barrera preventiva contra la difusión de epidemias en un mundo cada vez más interconectado y creadores de riqueza y empleo.

En esta línea, brindar apoyo y solidaridad a los países y regiones (en América Latina, etc) que emprenden caminos alternativos a la hegemonía neoliberal.

ALTERNATIVAS PARA REFORZAR Y MEJORAR LA SALUD

Consideramos que para hacer frente a la crisis y a su repercusión sobre la situación de salud y para reorientar la estrategia de la Globalización hacia la solución de los problemas y necesidades de la población mundial es necesario:

- Promover instrumentos que faciliten la información sobre la situación de salud y los riesgos que la amenazan y la participación social en los sistemas sanitarios, como fórmulas para estimular la responsabilización de la gente con su salud y con el mantenimiento y mejora de los sistemas de provisión necesarios para garantizarla.
- Crear alianzas que incluyan a organizaciones representativas de los diferentes grupos de población: sindicatos, organizaciones de profesionales de usuarios, partidos políticos progresistas, etc., en torno a cinco objetivos fundamentales:

- 1º- Reorientar la globalización neoliberal que defiende los intereses de unos pocos poderosos hacia las necesidades de toda la población y un medio ambiente sostenible
- 2º- Reconocimiento del derecho a la salud como un derecho humano fundamental.
- 3º.- Mantener los servicios públicos de salud, de provisión y gestión públicas como garantes de derechos sociales y creadores de riqueza social
- 4º- Potenciar y mejorar el papel de los servicios de salud públicos como promotores de salud y barreras contra la difusión de enfermedades y epidemias
- 5º- Crear y reforzar instrumentos de solidaridad que garanticen la salud de toda la población a nivel mundial.

Hacemos un llamamiento a los organismos internacionales, a los gobiernos y administraciones públicas, a los profesionales de la salud y al conjunto de la población para promover actuaciones que favorezcan y consoliden el derecho a la salud para todos como un derecho humano fundamental y a que potencien los servicios públicos de salud como la alternativa más eficaz y eficiente para conseguirlo.

MAS DE 3.000 MUJERES EN LAS JORNADAS FEMINISTAS DE GRANADA



Más de 3000 mujeres de todo el estado asistimos del 4 al 7 de diciembre de 2009 a las jornadas feministas "Granada, 30 años después: aquí y ahora", en conmemoración de las celebradas en la misma ciudad 30 años antes.

Organizadas por la Asamblea de Mujeres de Granada "Mariana Pineda" y la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado Español, las jornadas contaron con una alta participación de mujeres jóvenes que lograron impregnar todas las actividades y a todas las participantes

de distintas edades y procedencias de un ritmo y energía trepidantes e inolvidables para cada una, reforzando los lazos intergeneracionales y sociales.

Muchas de las ponencias presentadas pueden leerse en la web oficial www.feministas.org/jornadas.html.

Como colofón, la más vibrante manifestación que imaginarse pueda – humor, diversión, energía e inteligencia reflejados en eslóganes que resumen las reivindicaciones del feminismo actual. Manifestación que, pese a no haber sido recogida por los "grandes" medios de comunicación (ellos sabrán porqué) ha triunfado en youtube, en un video de la cineasta Cecilia Barriga: <http://www.youtube.com/watch?v=IQ3nTORV5BA>

Si aún no lo has visto, si quieres reír a carcajadas y disfrutar del poderío de este momento histórico del feminismo, no te lo puedes perder.

El confesionario también es un armario.

Son asesinatos, no arrebatos.
Las feministas tenemos un deseo: parar el machismo con mucho meneo.

Aquí estamos, nosotras no matamos

Abajo las barbies, arriba las barriguitas

Somos guapas, somos listas, somos todas feministas.

Vosotros machistas, sois los terroristas.

La virgen del rocío, era un tío.

Contra el patriarcado y su violencia, ahora y siempre: resistenciaaaa.

Contra el vaticano, placer clitoriano.
Patriarcado y capital, alianza criminal.

El papa no nos deja comernos la almeja.

La talla 38 me aprieta el chocho.

Que nos detengan, que somos proabortistas, malvadas feministas y no nos pueden controlarrrrr.

Mi celulitis y yo molamos mogollón.

Estamos hasta el culo, de tanto tío chulo.

La virgen maría también entendía.

En la catedral un centro social.

Y luego diréis que somos 5 ó 6.

LAS TERAPIAS HORMONALES AUMENTAN EL RIESGO DE PADECER ASMA



Según el estudio realizado por el Instituto Gustavo Roussy de Francia y el Instituto de Salud Pública de México, publicado en el "British Medical Journal", que incluyó a 58.000 mujeres francesas seguidas durante 12 años, las mujeres que se someten a terapias hormonales sustitutivas (THS) con estrógenos pueden sufrir un mayor riesgo de desarrollar asma tras la menopausia. Los científicos llegaron a la conclusión de que las mujeres que se han sometido alguna vez a estas terapias tienen un 21 por ciento más de posibilidades de sufrir asma que aquellas que nunca lo han hecho. Y si usaron terapias sólo con estrógenos, el riesgo aumenta hasta un 54 por ciento. Según Leanne Metcalf, Director del Grupo de Apoyo al Asma del Reino Unido, "Al ser este un estudio a gran escala que incluyó un número tan importante de mujeres y durante un largo período de tiempo, es evidente que la THS incrementa el riesgo de asma significativamente".

Postmenopausal hormone therapy and asthma onset in the E3N cohort.

Romieu I, Fabre A, Fournier A, Kauffmann F, Varraso R, Mesrine S, Leynaert B, Clavel-Chapelon F. Thorax, 2010 Feb 8. [Epub ahead of print]

O sea: que hay que sumar un nuevo riesgo conocido además del aumento de riesgo de infartos, cáncer ovárico, de mama y de pulmón.

EL PARTO INDUCIDO DUPLICA EL RIESGO DE CESÁREA

Está bien que de vez en cuando salgan estudios a los que llamar "evidencia científica" que confirmen lo que el sentido común no para de decirnos, pero ya se sabe que si no hay un estudio la realidad no existe.

En este caso se trata de un estudio realizado en un hospital de Chicago, el Northwestern Memorial, donde han llegado a la conclusión de que cuando las mujeres paren espontáneamente, es decir, cuando el parto se desencadena en su momento y a su ritmo, los partos que acaban en cesárea son el 7,8%, pero que cuando el parto se programa y se provoca, o induce, esta cifra se eleva al 17,5%. El estudio revela que esto es así tanto si la inducción del parto está recomendada por razones médicas, como si se provoca para que no caiga en fin de semana o por cualquier otra peregrina razón.



Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. Seyb ST, Berka RJ, Socol ML, Dooley SL. Obstet Gynecol. 1999 Oct;94(4):600-7.

Está claro que la inducción del parto por cualquier otra razón (y aún así hay justificaciones médicas cuestionables) debe eliminarse completamente como práctica obstétrica. Hemos creído interesante divulgar este estudio que ya tiene 11 años porque, siendo como es concluyente respecto a la contraindicación clarísima de provocar el parto innecesariamente, esta práctica sigue siendo común en nuestro país.

TUMOR CEREBRAL Y TELÉFONO MÓVIL



En Italia, un tribunal laboral ha dictado (en recurso de apelación) una sentencia que reconoce el origen profesional de la enfermedad de un gerente de la empresa Brescia que durante 10 años trabajó horas y horas utilizando un teléfono móvil y un teléfono inalámbrico. El afectado desarrolló un tumor del trigémino, (nervio que recorre cada lado de la cara de arriba abajo muy cerca del oído). En el primer juicio el Instituto Nacional y Seguridad Laboral en el Trabajo no reconoció la relación causal entre el uso continuado del teléfono móvil y la enfermedad pero ahora el tribunal de apelación le ha dado la razón. Esto ha podido ser así en gran medida por la intervención como perito del biólogo Angelo Levis, profesor de mutagénesis en la Universidad de Padua -experto en los efectos de las radiaciones electromagnéticas en la salud humana-.

Habrá que seguir de cerca los estudios sobre los efectos de móviles, Wiffi, antenas, routers y todos los artilugios que acompañan a tecnologías que ya son parte de nuestras vidas.

<http://dempeus.nireblog.com/post/2009/12/29/el-telefon-mobil-responsable-dun-tumor-cerebral>

Subvencionado por:



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones