

# MYS MUJERES Y SALUD

REVISTA DE COMUNICACIÓN  
INTERACTIVA 2011  
<http://mys.matriz.net> · [mys@pangea.org](mailto:mys@pangea.org)



**ENTREVISTAS**  
mentes  
preclaras

**RECONOCIMIENTO**  
a victoria  
sau

**MEDICALIZACIÓN**  
“save the  
uterus”

La píldora:  
uso y abuso  
reproducción  
asistida

**NUTRICIÓN**  
Los mitos  
de La Soja

**DOSSIER:**

## La crisis de Los cuidados



## staff

### CONSEJO DE REDACCIÓN

**Leonor Taboada Spinardi,**  
Directora MyS  
**Carme Valls Llobet,**  
Directora del Programa Mujer Salud y  
Calidad de Vida  
**Montserrat Cervera Rodon,**  
**Margarita López Carrillo,**  
Redacción  
**Núria Agell,**  
Secretaría 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<sup>a</sup> 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](http://www.labodoni.com)  
Impresión: amadip-esment.  
Centre especial de treball

Depósito legal: PM 765-1996

# sumario

eL cuidado de Las personas, en eL centro de La vida Neus Moreno.....	3
30 myses. mentes preclaras Extractos de todas las entrevistadas .....	5
La feminización de La profesión médica Ana Delgado y Carme Valls .....	12
prepaço sanitario Carme Valls .....	12
reconocimiento a victoria sau. madre e hija tête à tête Gemma Cànova y Victoria Sau .....	13
TESTIMONIOS .....	16
que no te quiten eL útero Pilar de la Cueva .....	19
píldora anticonceptiva: uso y abuso Enriqueta Barranco .....	24
eL deseo de hijo como pasión Silvia Tubert .....	27
La vida por deLante Margarita López Carrillo .....	29
soja: verdades, mitos y Leyendas (I). Pilar Parra .....	31
INFOLAB Leonor Taboada .....	34
DOSSIER La crisis y los cuidados	

## myses publicados

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.  | 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.            | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.      |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.                | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.                           | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.                    |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.                          | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.                                   | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ.                 |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.                           | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.                  | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.                | 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!  |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.                                |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.                | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.                             | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN   |
| 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE  | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.                                      | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS  |
|  |  | 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO   |
|  |  | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR   |





# eL cuidado de Las personas, en eL centro de La vida

**Neus Moreno**

Médica. Feminista. Sindicalista y Técnica en prevención de riesgos laborales

[nmoreno@ccoo.cat](mailto:nmoreno@ccoo.cat)

En las dos últimas décadas desde el feminismo, tanto en su organización social como en sus expresiones académicas y profesionales, se le ha dado una gran importancia al tema de los cuidados. Hablar de cuidados es hablar de la sostenibilidad de la vida de, en definitiva, cómo una sociedad y su gente se organiza, qué apoyo recibe de las instituciones gubernamentales para garantizar las necesidades básicas de las personas y su futuro. Este debate y reflexión, ha propiciado avanzar en la caracterización de los cuidados y la comprensión de quién y cómo se realizan, algo imprescindible para trazar las estrategias y acciones que pongan en el centro de la organización social y económica a las personas, versus aquellas para las que sólo existe la economía y sus mercados.

Este discurso, en relación al tema de quién realiza el cuidado, ha descrito dos formas básicas: el trabajo realizado para satisfacer las necesidades propias, que realiza uno mismo si está en condiciones de hacerlo, al que podemos llamar cuidado básico; y el cuidado para garantizar las necesidades de las personas cercanas que no se cuidan solas, ya sea mediante vínculos familiares, que son los más habituales, o por las redes sociales de relación. Esta doble dimensión del cuidado, la propia y la de relación humana, es imprescindible tenerla en cuenta ya que todo ser humano, por las características propias de la especie, ciclo de vida y estado de salud, pasa por fases o momentos de su vida en que es dependiente.

Pero estas premisas universales se rompen cuando el cuidado básico, o autocuidado, no es realizado por las personas que se hallan en una fase del ciclo vital y un estado de salud que sí les permite hacerse cargo de él. Este es el caso de los hombres de todas las edades y de las mujeres jóvenes. Así nos lo muestran las encuestas del uso del tiempo. Una parte importante de este autocuidado (que los sujetos no realizan) es realizado por las mujeres adultas que comparten el llamado núcleo familiar. Es decir, que los hombres y los y las jóvenes son funcionalmente dependientes y, naturalmente, poco dadores de cuidados. Por otro lado, también conocemos que la dependencia biológica y de salud es cuidada fundamentalmente por las mujeres. De manera, que una parte importantísima del trabajo de autocuidado y del de dependencia es realizado por las mujeres.

Así mismo, las encuestas del uso del tiempo nos indican que este plus de cuidado por parte de las mujeres prácticamente nos afecta a todas, pero de manera diferente y desigual. Las primeras en mostrar el plus de desigualdad y salud son las llamadas amas de casa, un trabajo sin horario, ni reconocimiento, ni apoyo social. Después vienen las que se ven obligadas a simultanear trabajo asalariado y doméstico-familiar consecutivamente (doble jornada), lo que comportan largas horas de trabajo y el esfuerzo añadido de la sincronía de tareas (doble presencia). Pero, además, existe una desigualdad clara de clase social, de manera que las mujeres con mayor poder adquisitivo lo tienen más fácil para pagar una parte, no todo, del trabajo doméstico-familiar o de cuidado. Y en este dibujo de desigualdad social ante los cuidados, es importante resaltar la realidad de las mujeres inmigrantes y su participación en las cadenas globales cuidados: las mujeres de los países del sur migran a los países del norte para cuidar, dejando los cuidados de sus familiares cercanos en su país de origen a cargo de alguna otra mujer de su red familiar (madre, hermana, hija...).

¿Qué tiene que ver todo esto con la salud? Mucho. El trabajo de cuidado se realiza con altas exigencias o demandas (sin horario, sin límites, sin descansos...) y sin soporte ni reconocimiento social. Ambas dimensiones son potentes determinantes de salud. De manera que, como nos señalan los estudios científicos y la experiencia de las mujeres, los indicadores de salud de las mujeres no incorporadas al mercado de trabajo son peores que los de las que sí lo están (incluso el indicador más potente: la esperanza de vida).

Y si hablamos de cuidado y salud, no podemos pasar por alto un tema tan importante como el papel de las políticas públicas en relación al cuidado de las personas o al avance del estado del bienestar y su desarrollo en tiempos de crisis. Una pregunta que podemos hacer a los poderes políticos es: para crear ocupación y bienestar ¿no sería lógico, y socialmente responsable, desarrollar políticas públicas para potenciar el cuidado de las personas, y crear puestos de trabajo en buenas condiciones para asistir las necesidades de las personas dependientes?



## Desde La Patagonia

*Hola Margarita, no sabes el bálsamo de sanación que siento habiéndolas encontrado.*

*Acá en Argentina no es fácil encontrar mujeres médicas (que seguramente las hay) que circulen por estos núcleos de interés e investigación. Y no he parado de leerlas en cuanto artículo he encontrado.*

*Me encantaría suscribirme a la revista en papel, y participar de vuestra red.*

*Con respecto a mi trabajo, y luego de haberlas leído, la verdad poco tengo que agregar (casi casi son mi marco teórico) Les envío, más adelante, mis investigaciones en violencia de genero y sistema de salud en mi región, y estereotipos de género en la práctica diaria en el sistema de salud patagónico. Me parece que retratar la realidad desde esta óptica de mi lugar de residencia (país subdesarrollado, aborto ilegal, violaciones cotidianas de DDHH, sistema de salud privatizado e inequitativo) es de donde puedo aportar más.*

*Así que les pido paciencia porque acá investigamos sin subvención de ninguna naturaleza, y en cuanto termine mi primer trabajo se lo mando.*

*Un abrazo patagónico.*

**Andrea Galaverna**

## una nueva experiencia: La Facultad de Medicina

*Es tu primer día como estudiante universitaria de medicina. Perdida paseas por los largos, anchos y fríos pasillos de la facultad, así empieza un camino que será intenso, con muchas experiencias y que te marcará la vida...*

*En un par de días todo se transforma en una rutina. Puede que ya hayas conocido algunas amistades, las salas que más frecuentas, y ya es más que hora de ponerte al día en las materias.*

*Parece un despertar brusco, ayer estabas en el bachiller, conocías a todo el mundo en el colegio, todo era muy cercano, te sentías libre y con tiempo para tí, y de pronto te ves rodeada de centenas de nuevas compañeras/os, profesorado muy diferente y a veces distante, y estudiar, y a estudiar. Ya no tienes tiempo para pensar, reflexionar...*

*La mayoría ni siquiera se da cuenta: acepta acríticamente lo que le enseñan.*

*Pero tú decides entenderlo. Aprendizaje muy importante: es indispensable compaginar la intensa vida de Medicina y tus necesidades personales, donde tú serás la protagonista de tu formación y de tu vida. Con esta nueva herramienta, todo te será más fácil. Cuando lo cuentas a tus compañeras/os descubres que muchas/os piensan lo mismo y también tienen necesidad de algo más. Son personas inquietas, con la capacidad de interrogar, dudar, confrontar, buscar en su entorno, y ese contacto con el exterior les permite ver las cosas de otra forma.*

*De la teoría, pasas a la práctica. Este año, contando también con estudiantes de enfermería, nos damos la oportunidad de reunirnos y debatir asuntos educativos, sociales, políticos, económicos y científicos. Surgen ideas, propuestas, actividades.*

*Surge, por ejemplo, la semana cultural, con diferentes ponencias sobre salud: inter-sexo, enfermedades olvidadas por el sistema sanitario, relación médica/o-paciente, cómo afrontar situaciones de estrés y de emergencias médicas, talleres de disección; ponencias sobre las salidas profesionales, o simplemente el reflexionar sobre el nuevo proceso de Bolonia.*

*Celebramos el día de la mujer con la dedicada intervención de la doctora Carme Valls, que nos habla de las diferencias en salud de mujeres y hombres y nos alerta de los sesgos de género que se dan en la atención médica, en la investigación y en la docencia. Recibimos también a la doctora Isabel Giralt, médica alopática y acupuntora que, desde una perspectiva de género, nos da una visión más integral de la salud al hablar de medicina china y acupuntura....*

*Son espacios de ocio, empatía y de conocimientos extra-escolares imprescindibles para el cambio necesario, con la esperanza de llegar a incluir un día tales temáticas en la carrera y de crear un nuevo sistema sanitario.*

**Noémia Loio Marques**



LEONOR TABOADA

## Mentes preclaras

Hemos llegado al número 30 del MyS, enredadas y enredando a usuarias y profesionales de la salud tanto en papel como en Internet –si buscáis mujeres y salud en Google, somos las primeras entre muchos millones...

Podemos asumir que gracias a nuestras colaboradoras de lujo hemos contribuido a incorporar el discurso de género en la ciencia, en salud pública y en la población. Que hemos puesto en evidencia los sesgos que nos ignoran y los estereotipos que nos enferman.

Y podemos presumir de haber contribuido a visibilizar la trama económica de la industria y todos sus actores para distorsionar el concepto de salud, carcomiendo los presupuestos imprescindibles para el bienestar social real, como nos reconoce el premio que nos otorgaran la Plataforma No Gracias y Farmacritixs, aliados de primera entre los muchos que hemos encontrado en el camino, "A la Campaña más racional contra la medicalización", por "La permanente actividad de la revista feminista MYS".

Al repasar las entrevistas de estos años para celebrar el número 30, lo más impresionante ha sido comprobar la vigencia de los discursos y la profundidad del pensamiento y la obra de las entrevistadas: mentes preclaras dirigidas a profesionales y usuarias con mentes abiertas. Profesionales como las que forman la redcaps de médicas y sanitarias que enriquecen con sus debates nuestros contenidos, y suscriptoras en particular y lectoras en general que no se dejan engañar ni se tragan las pretendidas medicinas para los males de nuestro tiempo, que saben o intuyen que ellas mismas son los principios activos que pueden poner remedio a tanto regalo envenenado.

Gracias a todas,  
una por una.



[leonortaboada6@gmail.com](mailto:leonortaboada6@gmail.com)



JUDY NORSIGIAN - MYS 1

Fundadora y Directora Ejecutiva del Boston Women's Health Book Collective, autoras del best-seller internacional "Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas"

### *Nuestro trabajo hace ahora más falta que nunca*

La nuestra es una organización sin fines de lucro y de interés público. Todo lo que hemos ganado con el libro y otras publicaciones, más de un millón y medio de dólares (hasta mayo de 1997) lo hemos dedicado a apoyar proyectos de salud de mujeres en todo el mundo.

Pasan cosas que hacen nuestro trabajo más importante que nunca: la ola de derechismo en las políticas públicas que interfieren en los derechos reproductivos, las necesidades de la gente mayor, la reforma del estado de bienestar en todas partes, la explosión de tecnologías médicas que incluyen medicaciones y procedimientos no probados adecuadamente, la exclusión de mujeres pobres y minorías en las políticas que les atañen, la apropiación del lenguaje del movimiento de salud de las mujeres por empresas e instituciones que se lucran de ello, y la falta de información no manipulada por intereses comerciales.

A pesar de los avances, los prejuicios públicos y privados de género continúan relegando a las mujeres a un lugar separado y desigual en la sociedad.

La habilidad para construir grandes coaliciones determinará la efectividad política de las activistas de la salud.



SUSAN LOVE - MYS 3

Cirujana de mama, investigadora y escritora científica. Comité de diseño del Women's Health Initiative.

### *La prevención no debe hacerse con medicamentos*

La mastopatía fibroquística se ha ido transformando en una especie de cajón de sastre, en un término sin significado preciso. La mama fibroquística tiene un tejido normal, no más patológico que un dolor menstrual..

En el momento en que puedes detectar un cáncer con las manos este lleva ocho o diez años.

Está demostrado que la mamografía, a partir del año después de la menopausia, disminuye un 30% la mortalidad.

Cuanto más joven la mujer, más peligrosa la radiación.

Tratamos el cáncer como un invasor e intentamos matar cada célula y corremos el riesgo de matar al paciente.

Investigo en la búsqueda de una especie de citología que permitiera detectar el cáncer de mama en cinco niveles en que el cinco sería cáncer y el uno sería normal.

Lo natural es la menopausia: no es bueno tener estrógenos altos toda la vida.

Los ovarios siguen produciendo hormonas hasta pasados los ochenta años, y esos niveles son los apropiados para prevenir.

La menopausia no tiene ningún efecto en las cardiopatías, es normal y sólo un tercio de las mujeres tiene síntomas.

Los laboratorios usan tácticas de intimidación porque esperan coger un enorme mercado con la excusa de la prevención.

Estoy convencida de que los medicamentos para la fertilidad aumentan el cáncer de mama. Y lo que más me preocupan son las donantes, que no tienen información sobre su futuro.



**ROSA MARIA LIDÓN - MYS 5**

Cardióloga

*Existen evidentes diferencias en la forma de tratar a hombres y mujeres en cardiología*

Si usted pregunta a cualquier médico, y concretamente a cardiólogos, nadie reconoce que delante de una misma enfermedad se pueda tratar de forma diferente a las mujeres que a los hombres. Dicen que en su medio no ocurre.

Las mujeres reciben menos tratamientos y se les hacen menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Mujeres y hombres con síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio y angina inestable tienen diferente perfil clínico.

Se producen diferencias en la asignación de recursos sanitarios en función del sexo.

Las exploraciones complementarias (y los tratamientos médicos) se han realizado utilizando básicamente modelos masculinos asumiendo un comportamiento y respuesta idénticos en la mujer, cosa muy lejos de la realidad.

Resulta imprescindible que la investigación médica se oriente a identificar las diferencias o peculiaridades en la fisiopatología de la enfermedad coronaria según el sexo.



**MUJERES POR LA SALUD Y POR LA PAZ DE VALENCIA MYS 4**

*No estamos por el pensamiento único ni por el pensamiento vacío*

Empezamos con sesiones de autoconocimiento, planning y sexología

Con la Guerra del Golfo empezamos a salir vestidas de negro y en silencio para pedir paz

Cada grupo sobrevive con su idiosincracia particular; en el nuestro predominan el humor, el amor y el cuidado mutuo.

Tenemos simpatizantes, adosadas y amantes.

La escuela está hecha para ser autoritaria. El autoritarismo existe en todas las administraciones.

La violencia es la causa principal de toda enfermedad de la mujer.

La genética es sólo una ínfima parte de las causas de enfermedad.

Los objetivos se alcanzan, pero las utopías son más difíciles de conseguir.

En los comités asesores y éticos sobre tecnologías reproductivas tiene que haber feministas y estudiosas del género.



**GENA COREA - MYS 6**

Autora de *The Hidden Malpractice* y *The Mother Machine*

*Las mujeres somos un laboratorio animal único: no sólo limpiamos nuestras jaulas; también las financiamos*

Los médicos necesitan más a las mujeres que al revés: necesitan nuestros óvulos.

Los tecnomédicos han violado el Código de Nuremberg en el desarrollo de las nuevas tecnologías, y nadie ha tomado nota.

Tecnologías como la reproducción in Vitro han sido experimentadas en las mujeres con magra investigación previa en especies inferiores.

Necesitamos una ciencia en primera persona en la que la gente se estudie a si misma. Y eso estamos haciendo.



Los cuerpos de las mujeres se utilizan como materia prima de la que extraen nuevos productos.

A medida que la demanda de células madre aumenta, aumenta la demanda de embriones producidos por mujeres que piensan que están siendo "ayudadas" en las clínicas.



## ISABEL MATAMALA - MYS 7

Médica. Coordinadora de la Red de Mujeres y Salud de Latinoamérica y El Caribe

### *El saber no me lo guardo, lo reparto*

Cuando cayó el gobierno de Allende, muchas mujeres tuvimos que pagar con torturas, cárcel y exilio esa utopía.

Al salir al exilio, nos encontramos con otras compañeras que ya se habían enredado con el movimiento feminista. El libro del Colectivo de Boston, "Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas" revolucionó y cambió nuestras vidas.

Afirmar que el nuevo ser es mujer u hombre conlleva, más allá del diagnóstico biológico, un pronóstico, un mandato y expectativas.

¿Cómo van a mantener las mujeres su autoestima y construir su salud mental sin las gratificaciones que proporciona el reconocimiento?

El concepto de salud de la OMS que habla de salud integral no tiene sentido, traducción, ni contenido real en las prácticas.

El ejercicio del derecho a la sexualidad no se resuelve en el ámbito sanitario exclusivamente. Implica tener una casa adecuada para la intimidad, una educación no sexista que dote de autoestima y poder...

Los gobiernos aman la propaganda.

Las redes nos permiten ejercer vigilancia y control social, potenciar conocimientos, difundir información, y desmentar falsos discursos de género.

Las políticas económicas o laborales que impone El Banco Mundial impiden la equidad y la igualdad de género.

"Negociar", es aplazar. Algunos objetivos no se pueden aplazar ni hoy ni nunca: los derechos humanos no se negocian.



## CARMEN ALBORCH - MYS 9

Activista Feminista. Política. Escritora.

### *El cuerpo protesta cuando el dolor se enquista*

Los problemas no desaparecen por ocultarlos, destapar heridas ayuda a cicatrizar.

Estamos hartas de que nos llamen malas.

Competir no es un crimen. Cuando una mujer avanza, nos beneficia a todas.

La rivalidad ha sido fomentada por el sistema patriarcal en el que todas somos intercambiables. Todavía competimos porque sigue habiendo cultura de escasez: una excluye a la otra, porque no se cabe.

A las chicas de hoy en día les gustan muchas cosas, además de los chicos.

Es esencial que las jóvenes de hoy no pierdan la memoria histórica, porque puede dotarlas de un legítimo orgullo de género.

La mujer liberada no existe. No por trabajar fuera, como autónomas o profesionales, nos liberamos. Las dobles y triples jornadas, generan tensiones y depresiones. Y mientras haya violencia, mutilaciones...

Saber elaborar la rabia o la ira evita conflictos. El llanto y la ira son sanos.

Nos conviene aliarnos. Ser cómplices, y no rivales. La solidaridad nos conviene.

Tenemos que negociar, porque negociar no es vender el alma al diablo.

Creo que rebajamos la misoginia cada vez que reconocemos las aportaciones que realizan las mujeres. La historia del patriarcado es la de la ocultación de las mujeres. Tenemos que nombrarlas y enorgullecemos de nuestra genealogía.

No se trata de aceptar cualquier cosa que hagan o digan las mujeres sólo por serlo-no somos santas: sólo debemos hacer justicia.





**CARME VALLS - MYS 10+20**

Endocrinóloga. Investigadora. Escritora.  
Directora del Programa Mujer, Salud  
y Calidad de Vida del CAPS

*En el espacio sociosanitario tendrían que reflexionar sobre los temas de género*

En la facultad no pensaba que había diferencias entre hombres y mujeres.

Las mujeres expresaban patologías parecidas, para las que la ciencia que yo conocía no tenía explicación.

Era importante introducir la visión de las diferencias al enfermar entre hombres y mujeres.

Nunca hubiera pensado que hubiera estereotipos de género tan firmes en la educación de los científicos, capaces de sesgar la realidad y de invisibilizar la salud de las mujeres.

La medicina tiene pocas dudas cuando yo creo que para crear ciencia se necesita dudar mucho.

Con una hora propia para descansar, pensar, leer, no hacer nada. . . el dolor de las mujeres se podría aliviar mucho

Está demostrado que la enfermedad conocida como fibromialgia se cura en algunos casos espontáneamente y, en otras, no se cura porque debajo hay una enfermedad biológica no diagnosticada.

Deseamos hacer ciencia para resolver necesidades humanas, no para mejorar la economía de ninguna industria.

Los ciclos hormonales nos influyen mucho, pero no nos determinan.

Hasta ahora la ciencia ha troceado el cuerpo humano para estudiarlo, reduciendo a la nada la experiencia de aquellos a quienes estudia.



**ESPERANZA CERÓN - MYS 11-12**

Médica cirujana, Medicina Alternativa.  
Coordinadora de la RSMLAC

*El cuerpo está habitado por fantasmas clericales, demonios patriarcales y prejuicios cartesianos*

Vengo de una larga familia de "bastardas", todas ellas curanderas.

Estudié medicinas alternativas porque me criaron sanándome con aguas de plantas indígenas y emplastos aprendidos de comunidades negras; fui una niña muy enferma.

La violencia social, política y económica me tiene fuera de mi tierra (Colombia); aparecí en ciertas listas de grupos que masacran con motosierras.

Salud es la resultante de factores sinérgicos físicos, ambientales, culturales, económicos, políticos y sociales. O sea: nutrición, techo, armonía, trabajo, seguridad social, servicios básicos. . .

El género ha permitido poner en otras palabras el concepto de inequidad, aunque no cubre todo el concepto feminista de libertad y justicia.

Obligar al mundo pobre (80% de la población) a un único modelo de desarrollo, es un fundamentalismo en sí mismo.

El Opus Dei es un promotor de campañas políticas que armonizan con intereses económicos de las superpotencias y amenazan derechos civiles que parecía imposible que se echaran para atrás.

Se gana presencia política cuando tu voz es escuchada y, a gusto o disgusto, reconocen tu existencia.



**EMA ROSERO - MYS 13-14**

Consultora y Educadora del programa del programa Iniciativa de Salud de la Mujer Latina del Colectivo de Boston

*La salud es un placer*

Si hubiera conocido el libro del Colectivo de Boston (Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas) cuando salió, probablemente no me hubiera casado con quien me casé. Pero me preocupé de que mi hija lo leyera bien pronto.

El libro nos muestra a la mujer como objeto de gozo de ella misma y para sí misma; la mujer cuya sexualidad le pertenece: distinta del objeto del deseo de otros.

El colectivo, con su libro, estimuló un movimiento de salud en cada país donde se publicó. Y lo sigue haciendo.

La cultura, la sociedad, la economía, la emigración, el idioma y el sistema de creencias también modelan los procesos de salud- enfermedad y la respuesta que le damos.

Las promotoras de salud son básicas para unir fuerzas y retar al sistema dominante con sus mismas herramientas: el conocimiento científico y el propio conocimiento sobre nuestros cuerpos. Son un instrumento indispensable para promover la salud pública en EEUU.





**VICTORIA SAU - MYS 15**

Doctora en Psicología, Escritora

*El patriarcado no quiere la vida sino las cosas*

Da la impresión de que quieren acabar las guerras, pero incluso en tiempos de paz se preparan para continuarlas.

Si se solucionara el problema de la mujer, quedarían solucionados todos los demás.

El deseo de maternidad no es instintivo, ni es global.

La nueva paternidad existe, pero no funciona. El cambio de mentalidad de los hombres se dará... el problema es cuándo.

Hay que aprender a vivir con salud, que no quiere decir vivir con medicamentos, sino saludablemente.

Parece que la maternidad está reconocida, pero no lo está. Si lo estuviera, a una mujer que se queda embarazada tendría recursos, no la echarían del trabajo, le darían un premio.

Hay que tomarse la vida con más tranquilidad. Si haces menos cosas, con menos estrés, dominas más la situación y la eficacia aumenta.

Las mujeres nos hemos quedado como descansando en la cuneta. El feminismo se ha extendido muchísimo, pero faltan ideas nuevas.

"La clase médica" ha venido a sustituir a la clase clerical.

Todavía el patriarcado da órdenes sobre cómo debe ser la paternidad.

El poder del sistema nos manipula psicológicamente.



**CARMEN SÁNCHEZ-CONTADOR  
MYS 18**

Médica. Coordinadora del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Baleares

*Necesitamos unidades de mama.*

*Las mujeres afectadas no deben deambular.*

La mamografía es el mejor método de detección precoz del cáncer de mama con el que contamos en la actualidad, pero no es un método infalible.

Es muy importante que las mujeres sepan que hay entre un 5-15% de cánceres que no se van a detectar precoz-

mente y un 10% de falsos positivos que generan pruebas complementarias y pueden ocasionar ansiedad y miedo.

No hay evidencia de que la autoexploración mamaria reduzca la mortalidad por cáncer de mama.

El sistema sanitario está volcado en el tratamiento de los aspectos biológicos del cáncer de mama, pero no podemos obviar que la patología de la mama tiene importantes repercusiones bio-psico-sociales. Por eso, profesionales y mujeres debemos exigir que se creen unidades de mama.

Las Unidades de Mama deben ser un departamento del hospital dirigido y coordinado por una persona cualificada y especializada en mastopatías y formada por un equipo que integre el manejo multidisciplinar de las pacientes (ginecología, cirugía, radiología, citopatología, oncología, psicooncología, radioterapia, cirugía reparadora, cirugía torácica, fisioterapia, enfermería, servicios sociales...).

El abordaje integral del tratamiento debe contemplar desde el momento diagnóstico hasta la reincorporación a la vida social o laboral.



**JIMENA JIMÉNEZ - MYS 19**

Médica especializada en salud de las mujeres:

*"Hay muchas formas de jugar a las mil y una noches"*

Hay que defender el modelo de mujer que no tiene pareja, que tiene amigas y una vida emocional satisfactoria...

Cuando llevas cinco años haciéndolo de la misma manera llega un momento que estás hasta la coronilla...Es difícil mantener una relación de pareja monógama por muy enamorada que estés.

Hay que introducir juegos en la relación, no necesariamente juguetes.

En la consulta siempre propongo a las mujeres mirarse con un espéculo; verse la vagina, el cuello del útero... La vagina no es como la cara, que te ves las arrugas. Y les sugiero mirarse la vulva... Es una zona que no tiene nombre: ¿cuánta gente llama vulva a la vulva?. Cuando desconoces tu cuerpo es más difícil disfrutarlo.

Tener una madre abierta ayuda mucho a valorarse, a quitarse complejos, a cuidarse.

Hay chicas que siguen creyendo que lo importante es agrandar al varón: alguien tiene que enseñarles que no hace falta ponerse de rodillas y que su placer también importa.

El orgasmo tiene beneficios sobre la piel y la mucosa vaginal; hay más riego sanguíneo, más actividad hormonal... porque siempre tenemos hormonas.

La actividad sexual se puede mantener mientras vives. Tocar y que te toquen aumenta el nivel de endorfinas, es un antidepresivo natural estupendo...



**ANNA FREIXAS - MYS 21**

Catedrática de Escuela Universitaria. Facultad de Educación Universidad de Córdoba

*Las mujeres olvidan pronto la menopausia*

Las jóvenes parten de posiciones privilegiadas respecto a las mayores: educación, trabajo, dinero, feminismo... pero el imaginario del amor romántico y sus estragos añadidos prometen mantenerse mucho tiempo.

Algunos chicos son de una sensibilidad y cuidados exquisitos, aunque otros mantienen los tics rancios de la fanfarronería machista.

La otra mitad de la vida es el trozo de vida más real y propio, el más consciente, para la mayoría de las mujeres.

Intuyo que cuanto más profunda la interiorización de los modelos patriarcales de belleza, peor se vive la menopausia.

Por suerte ya hay modelos de viejas frescachonas en las que ir mirándonos... hay que darles cariño y reconocerles toda la belleza que desprenden.

Las mujeres no quieren depender de nadie, de ahí la fantasía que arrastramos todas: envejecer juntas.



**MARÍA FUENTES - MYS 23**

Médica, homeópata. Fundadora de la Asociación "Nacer en Casa"

*Faltan comadronas para humanizar el parto*

Los primeros grupos y profesionales que intentaron dar respuesta a la demanda de partos en casa... realizábamos una búsqueda entre intuitiva y profesional de otra visión de la salud y la profesión sanitaria...

Pocas mujeres veían que la trampa no era la maternidad, sino cómo había sido vivida y manipulada por las estructuras del poder.

Es real que algunos centros públicos tratan de disminuir el número de episiotomías, aumentar el apoyo a la lactancia materna, evitar la separación de la madre y la criatura, respetar la posición vertical en gran parte del proceso, no inducir el parto sistemáticamente...

En los centros privados hay mayor intervencionismo, lo que se refleja en un índice mayor de cesáreas: 20 al 23% del sector público, 40%, en el privado, cuando las cifras que se pueden justificar no superan el 12%.

La "Estrategia de atención al parto normal" es un paso adelante, pero es insuficiente.

No hay comadronas suficientes ni en la asistencia primaria ni en los centros privados para preparar de modo real y útil a las mujeres, ni los planes de estudios de las comadronas han cambiado sustancialmente.

El común de las mujeres no conoce sus derechos. La tendencia general social es "que me lo hagan"... y por eso la epidural y la cesárea son tan populares.



**FINA SANZ - MYS 24**

Psicoterapeuta. Instituto Terapia Reencuentro

*El cuerpo es un lugar sagrado*

En buena parte, las mujeres han imitado la sexualidad de los varones, más que descubrir y plantear la propia.

En la segunda mitad de la vida o "mediana edad" puede haber menos urgencia genital y es muy importante la erótica global.

Se han dado grandes cambios en las relaciones de pareja,... pero a la vez que se han dado en el afuera, en lo que se ve, hay cosas que no han cambiado en el adentro, en lo que no se ve.

Para poder separarse del maltrato, la mujeres tienen que elaborar un proceso de duelo interior para despedirse de esa relación, elaborar un duelo interior, lo que es difícil porque no se enseña a hacerlo. Por eso muchas veces "perdonan" el maltrato y vuelven con esa pareja.

Tras el duelo, se logra salir de allí, salir de esa relación, cerrar esa etapa e iniciar otra.

Lo contrario a la resiliencia es quedarse enganchada a la situación del pasado o el victimismo y eso no permite vivir el presente, renacer ni recrear la propia vida.

No podemos cambiar el pasado, sólo podemos cambiar el presente.



**TERESA FORCADES - MYS 25**

Doctora en medicina. Autora de "Los crímenes de la industria farmacéutica"

*La medicina alopática es reduccionista y la mayoría de las alternativas, también*

Mientras el feto no sea viable, corresponde a la madre decidir su futuro, que es también el de ella.

Todas las religiones mayoritarias, incluido el cristianismo, tienen forma de vivirse hoy que no reconocen en la práctica la dignidad de las mujeres.

El sistema capitalista neoliberal no es compatible con la moral cristiana.

Es fundamental defender la sanidad pública. Comparada con la de Estados Unidos, la sanidad pública española puntúa 10 sobre 10. Comparada con un sistema ideal, un 5.

Hay que reducir gastos, pero la privatización no es la solución. La medicina de los Estados Unidos, privatizada, es la más cara del mundo.

Para ser buena, la medicina debe ser ciencia y arte .

Hay que proteger a la humanidad de las conductas homófobas.

Hay que unirse, informarse y no aceptar campañas promovidas más por interés económico que por evidencia científica.



**CARLOS ÁLVAREZ DARDET  
MYS 26**

Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante

*Los periodistas nunca preguntan: ¿usted cobra de algún laboratorio?*

Las mujeres que más lo necesitan no reciben citologías.

Ni el Gobierno ni las Comunidades Autónomas han advertido de los efectos secundarios de las vacunas del papiloma registrados en el informe VAERS.

Necesitamos una experiencia histórica de resistencia a las compañías farmacéuticas, porque el daño que pueden causar es enorme.

No sabemos si la EMEA defiende a los consumidores o a la industria.

Si los papiloma virus llevan millones de años con la especie humana lo lógico es que otros serotipos ocupen el nicho ecológico que dejan el 16 y el 18.

Se hace publicidad de productos farmacéuticos a la población en general, y eso está prohibido.

El caso de la terapia hormonal es paradigmático: les importan poco los cánceres de las mujeres.

La división entre "alopatía" y "alternativa" pertenece al siglo XIX: cualquier terapia que demuestre su utilidad en ensayos aleatorios debe ser financiada.



**Malén Cirerol - MYS 27-28**

Fisioterapeuta. Co-creadora del método Diafreo de terapia corporal

*El cuerpo no nos engaña*

La palabra griega diafreo significa: "separar dejando pasar". Dejar pasar es dejar circular, permitirse sentir, ser, expresar. Separar tiene que ver con diferenciar, salir de la confusión.

El cuerpo nos lo dice todo; la cuestión es aprender a descifrar su lenguaje.

Mézières fue una revolucionaria que se atrevió a demostrar que la musculatura funciona en cadena, contrariamente a lo que siempre nos habían enseñado...

En Diafreo buscamos la causa de una deformación, de la pérdida de un movimiento, o de una patología, en el exceso de tensión en los músculos de la cadena posterior.

Cuando unos músculos quedan contraídos crónicamente ya no actúan como factores del movimiento, sino como su freno.

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.

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.





**Ana Delgado  
y Carme Valls-Llobet**  
(en nombre de la REDCAPS)  
[redcaps@pangea.org](mailto:redcaps@pangea.org)

# La feminización de La profesión médica: parte de La solución de Los problemas de La sanidad

Respuesta al artículo aparecido en Diario Médico el 13 de enero titulado: **MÁS MÉDICOS MUJERES = MÁS PROBLEMAS DE COBERTURA.**

Creemos totalmente contradictorio con la realidad plantear el incremento de médicas, como un problema para la cobertura asistencial, como indicaba un artículo publicado en Diario Médico el trece de enero de este año.

El hecho de que las mujeres escojan la profesión de Medicina obedece a causas mucho más complejas que a su temprana maduración neurológica, como plantea el artículo. Más bien habría que atribuirlo al cumplimiento de los estereotipos de género, los cuales impulsan a los hombres a escoger profesiones en que el éxito económico y el estatus social esté asegurado, no siendo éste el caso actual de los profesionales de la Medicina, cuyos salarios en España han quedado por debajo de todos los países europeos.

Además, las profesiones relacionadas con las Ciencias de la Salud, tienen un componente científico pero, también, una alta implicación vocacional que nada tiene que ver con la maduración del sistema neurológico, sino, quizás, con una mayor inclinación de las mujeres hacia las actividades de cuidado. Por otra parte, los problemas logísticos



con los que se enfrenta el sistema sanitario, no son culpa de las mujeres, más bien al contrario, el aumento de mujeres en la profesión pone de manifiesto sus problemas estructurales. Éste sistema está organizado en todos sus aspectos (asistencia, formación, horarios y desarrollo de la carrera profesional) de un modo que choca de frente con la posibilidad de desarrollar la vida personal y familiar, tanto para mujeres como para hombres. Es una organización

establecida bajo un prisma androcéntrico obsoleto, procedente de cuando los hombres solo trabajaban fuera de casa y las mujeres solo dentro, y no es ni la única organización posible ni la mejor.

Por otra parte, aunque hay cada vez más médicas, las mujeres siguen estando infrarepresentadas en los niveles superiores de la estructura jerárquica, y la segregación vertical en los cargos de gestión y clínicos sigue siendo muy



### prepagado sanitario

CARME VALLS LLOBET

importante. Escasas catedráticas, ninguna en Pediatría y Ginecología, y escasa jefaturas de servicio hospitalarias. En la distribución de médicas y médicos en las especialidades médicas, persiste la segregación horizontal, con escasa representación de mujeres en la mayoría de especialidades quirúrgicas.

Plantear las cuotas para hombres en el momento de escoger la carrera de Medicina, es una visión miope ya que no contempla la totalidad del problema. Por la misma razón ¿van a apoyar cuotas para mujeres en las cátedras, o cuotas también en la jefatura de servicios, o cuotas en las carreras técnicas a las que acceden menos mujeres que hombres?

La feminización de la profesión médica todavía no ha permitido cambiar la organización sanitaria, pero estamos en un punto crítico y más de un 50% de mujeres en la profesión van a permitir que una nueva mirada participe en la solución de la actual asistencia que es nociva tanto para los profesionales como para los pacientes. El sistema social y sanitario público contempla la presencia de las médicas como un DEBE y no considera sus valiosas contribuciones profesionales. La literatura científica muestra que las médicas aportan aspectos de calidad relevante a la atención clínica (mejor comunicación con pacientes, más orientación preventiva, actitud más negociadora en la consulta, etc.) y a la gestión sanitaria (valores de negociación y cooperación).

Concebir que lo que ocurre con la vida de las mujeres es “un problema” para el sistema sanitario público es la mirada más sexista que puede darse en una sociedad. Las mujeres son las que reponen la fuerza de trabajo, es decir, las que asumen de forma más directa el recambio generacional que permite a una sociedad crecer y conservar su equilibrio social y económico. Sin la contribución de las mujeres a través de la reproducción (y el cuidado), una sociedad no crece, no se desarrolla. El coste social y personal de la maternidad no lo han de asumir en solitario las mujeres, aunque muchas de nuestras madres y abuelas lo hayan hecho. Es contrario a los valores de la democracia. Un país justo y democrático es aquel que promueve la corresponsabilidad en esta función, corresponsabilidad entre mujeres y hombres en la esfera privada y por parte de los poderes públicos. Volver a replantear que recaigan sobre las mujeres las culpas sobre la reproducción y sus consecuencias es volver a épocas que deseamos y exigimos que se den por superadas.

La feminización de la profesión es una gran oportunidad para cambiar la organización del sistema sanitario, y diseñar sus actuaciones a escala humana y potenciar la salud bio-psico-social de la población y no para aumentar su dependencia del sistema sanitario. Ello requiere el análisis conjunto y consensado de todos los actores implicados, incluidas las mujeres y sus asociaciones, y la participación de los profesionales de forma democrática en la gestión y dirección de los centros asistenciales, con el doble objetivo de preservar la calidad del sistema sanitario y los derechos de las médicas y médicos a desempeñar su vida profesional, personal y familiar en condiciones de igualdad.

El hecho de que cada vez más mujeres ejerzan la profesión es una oportunidad, en nuestra opinión, para que la cobertura sanitaria se adecue a una mejor calidad de vida de toda la población y a una mayor eficiencia del sistema.

La simplificación de los problemas complejos para reducir las deficiencias y desigualdades a simples conflictos monetarios está cegando la visión de nuestras autoridades sanitarias. El debate sobre la salud y la sanidad queda oscurecido y manipulado cuando todos los gestores y la mayoría de los políticos solo habla de los costes y no de los objetivos.

La salud es un bien a mantener, es un proceso para conseguir la autonomía personal, solidaria y gozosa y no depende, en la mayoría de ocasiones, ni de la asistencia sanitaria ni de la ingesta masiva de fármacos y suplementos nutricionales como nos intentan vender desde muy diversos medios de comunicación.

La asistencia sanitaria es una necesidad para las personas que presentan algún tipo de enfermedad o carencia. Pensar que, por el hecho de pagar uno o unos euros más, las y los pacientes dejaran de acudir al sistema, significa que no se ha analizado a fondo qué malestar o qué morbilidad son más prevalentes en la población y cuales son sus causas.

El derecho a una sanidad universal (Ernest Lluch fue su artífice) es uno de los bienes más preciados del estado del bienestar. Debemos trabajar para conseguir la máxima eficiencia y equidad de la salud pública y de la asistencia sanitaria y establecer qué cartera de servicios hemos de pagar con el dinero de nuestros impuestos. Pero, volver a pagar por los servicios que ya hemos pagado, antes de haber pactado su eficiencia, es echar dinero a un sistema que tiene múltiples agujeros por los que se escapa su energía y su eficacia.

Antes de debatir sobre los costes abramos un debate sobre el modelo y, puestos a ahorrar, ¿qué nos parecería disminuir un 20% el monto de psicofármacos destinados a las mujeres españolas ahorrándole mil millones de euros a la sanidad? (somos el país desarrollado que más antidepressivos receta desde atención primaria); para reinvertirlo, naturalmente, en la mejora de nuestro entorno biológico, psicológico, social y medioambiental.

# reconocimiento a VICTORIA sau

Este homenaje a Victoria Sau es el fruto de mágicas coincidencias: Carme Valls propuso homenajearla en la revista, a la vez que en la redacción habíamos pensado recuperar “nuestra” memoria histórica, hartas ya de constatar que del trascendental papel del pensamiento feminista en “La Transición”, nuestros sesudos analistas nunca dicen ni pio. ¿Y qué mejor que elegir a Victoria Sau, la figura de consenso por excelencia, tan lúcida o más hoy que hace 30 años, para poner las ideas y los análisis en su sitio?. ¿Y quién mejor que su hija, Gemma Cánovas, para sostener con ella una conversación que nos pusiera al día en temas que interesan a toda la sociedad?

¿Y qué mejor que sumar los testimonios de muchas mujeres hermanas e hijas de su pensamiento y su obra, aunque no las dejáramos escribir más de cien palabras?

Permitidnos rezumar autocomplacencia. No podíamos haber elegido mejor.



Foto Pilar Aymerich

## madre e hija, “tête à tête”

Gemma cánovas -psicóloGa clínica,  
miembro de CAPS- entrevista a su  
madre, victoria sau

[nova@gemmacanovassau.com](mailto:nova@gemmacanovassau.com)

*Es un reto entrevistar a una madre no como madre únicamente, sino porque la madre en cuestión, mi madre, es nada menos y nada más que Victoria Sau.*

*Se puede caer en la alabanza sobradamente merecida pero rimbombante al existir al margen de afinidades ideológicas y profesionales, un vínculo materno-filial, o en la aspereza autocrítica para lograr objetividad o perspectiva.*

*Me limitaré a recordar que fui testigo u observadora cercana de su evolución desde que era niña; esos recuerdos se mezclan con algunos relativos a vivencias conjuntas agradables de esa etapa, tales como: nuestros chocolates con nata(suizos) en la granja del barrio del eixample de Barcelona donde nació, nuestros paseos matinales de los sábados “haciendo recados” que me encantaban e incluían visitas a editoriales, nuestras sesiones de cine doble con cruasáns, su sentido del humor extrayendo chispa a muchas situaciones, y, más tarde, nuestras andanzas entusiastas conjuntas en el campo del femi-*

*nismo, en las reuniones del Colectivo Feminista, años 70, o en las Primeras Jornades Catalanes de la Dona en Barcelona(1976) en las que además se me otorgó la responsabilidad, a mis veintipocos años, de leer en el paraninfo de la universidad donde se celebraban, un trabajo grupal sentada al lado de M<sup>a</sup> Aurelia Campany. Mucho ha llovido desde entonces, las dos hemos seguido nuestros caminos con puntos de tangencia y a veces también de divergencia en el área de la mujer, pero con básicos denominadores comunes.*

*Pasaré pues a entrar en las reflexiones planteadas en forma de preguntas a mi madre -en este momento de su vida, con 80 años, en proceso de recuperación motora pero con la misma lucidez de siempre- sobre temas candentes. Pero antes quiero mencionar expresamente a mi padre -ahora ausente pero presente en nuestra memoria- su marido y compañero durante tantos años, hombre de mentalidad abierta, que le mostró su apoyo constante y solidario con la problemática de la situación femenina, y que, a buen seguro, se uniría gustoso a este homenaje que le brinda la revista MyS.*

*Me complazco pues, agradecida y honrada, de formular estas preguntas a una mujer que ha abierto caminos fundamentales en la lucha por la dignidad de las mujeres en nuestro país. Aludo así, simbólicamente, a la dedicatoria que me ofreció manuscrita en uno de sus libros: “para mi hija Gemma, mañana seremos libres”*

*¿Qué efectos puede causar o causar el sistema aún vigente de cultura patriarcal en la salud física y psíquica de las mujeres?*

Cansancio, estrés, nerviosismo, desorientación, depresión, irritabilidad sin motivo aparente, etc. En ejemplos cotidianos: en la cocina puede desde olvidar echar la sal a la comida a quemar "accidentalmente" la cocina entera, o cosas peores.

*¿Bastaría con que el colectivo masculino o las instituciones en que gobiernan pidieran perdón para reparar el daño causado en tantas generaciones?*

No es suficiente, pero es necesario. Depende de quien lo pide y del escenario desde el que se hace. No es lo mismo el Papa de Roma que el Párroco del barrio, por poner un ejemplo. Pero algo es algo. Y si un medio de comunicación lo recoge y lo difunde, mucho mejor. Es una manifestación necesaria para colaborar en la reparación simbólica del daño infligido.

*Las búsqueda de nuevas masculinidades son la semilla incipiente de la nueva forma de ser hombre... ¿Cómo repercuten los problemas o dificultades de la conciliación laboral/familiar en mujeres y hombres?*

Los hombres son las primeras-segundas víctimas del sistema patriarcal que les esclaviza con un modelo determinado de hombre, o sea que, liberarse del mismo sólo puede hacerles bien. Las dificultades para conciliar también les afectan a ellos, ya que se les sustrae una dimensión de la vida.

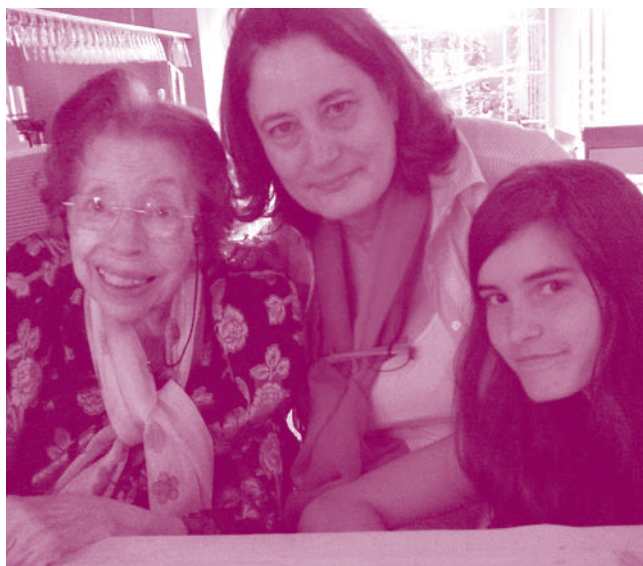
*La violencia que implica vivir en la clandestinidad, el cuidado de los hijos en estructuras sociales y laborales que eluden su responsabilidad al respecto, ¿qué efectos produce en las mujeres que son madres y cómo crees que puede paliarse?*

Todos las empresas deberían corresponsabilizarse del tema conciliación, creando guarderías dentro de la empresa o algo parecido, posibilitando horarios más flexibles, etc. Para que las mujeres que son madres puedan verdaderamente elegir y no ser adoctrinadas en uno u otro sentido para vivir su maternidad; hay que posibilitar condiciones reales y concretas a nivel social... caben muchas cosas, muchos cambios... y a pensar!

*¿Crees que el empoderamiento, entendido como fuerza creativa global de las mujeres, puede frenar la destrucción progresiva del planeta (o el deterioro), tal como sugiere Shinoda Bolen en su "mensaje urgente a las mujeres"?*

Estoy totalmente de acuerdo con Shinoda Bolen. Ojalá que su mensaje tuviese la acogida que se merece y que el planeta necesita.

El principio de creación y vida es contrario al de destrucción y muerte; los hombres, como colectivo, también tienen que incorporarse en la dirección adecuada.



Victoria, Gemma y Claudia, abuela, madre e hija

*La igualdad de derechos ha de ser compatible con el respeto a las diferencias ya que cada ser humano es irreplicable, ser hombre o mujer implica una construcción psicológica más allá de las diferencias biológicas. Los hombres que quieran romper con esquemas del pasado que les reprimen, ¿pueden recuperar el acceso a su dimensión emocional?*

La dimensión emocional es un continuum, nunca se rompe. Basta hacer circular una palabra o miradas en profundidad con buena finalidad liberadora, para que se lleve a cabo una renovación de los procesos emocionales, que en el fondo incluyen sentimientos no expresados, sólo reprimidos, debido a los mandatos de género que pesan también sobre ellos. No es simplemente una causa biológica, como nos han hecho creer.

*Habría que transformar no sólo las leyes, sino la mirada social respecto a la vida cotidiana, tratando de incorporar valores considerados clásicamente femeninos, y por tanto desprestigiados y ridiculizados tales como: la empatía, la comprensión, la piedad, el respeto, la bondad, el cuidado de los otros....*

Todos estos aspectos son buenos y deseables, lo verdaderamente ridículo es haberlos menospreciado por considerarlos valores de "segunda clase" ¿Quién puede desprestigiar lo contrario del mal, el bien? No es una cuestión baladí, es una cuestión ética.

*En el contexto actual de capitalismo salvaje, los medios de comunicación siguen transmitiendo y propagando estereotipos de género. Los nuevos perfiles de femineidad que presentan están maquillados de una aparente libertad, pero los condicionantes de fondo se perpetúan con otras máscaras detrás de la búsqueda incesante de consumidoras.*

Ya dije hace años que, en este siglo, sería cada vez más difícil descubrir el machismo que hay detrás de las cosas, porque estaría más camuflado que nunca y tenemos que ser expertas en psicología para descubrir las trampas del lenguaje, que son muchas.

*Las niñas púberes están sujetas a nuevos y a la vez viejos condicionantes. Tras el ambiente "igualitario" – de libertad sexual forzada- siguen padeciendo sumisión e introyección de referentes masculinos clásicos que no les son propios: lenguaje, hábitos, abandono precoz del juego... La prevención desde la infancia es fundamental, ¿cómo llevarla a cabo?*

Diciéndoles la verdad, como si de una lección más del cuerpo se tratara, ya que la sociedad está regida básicamente por los hombres y que a ellas les interesa no sentirse como sus sirvientas. Sus madres han de transmitir que no somos sus servidoras, sino sus compañeras. Si hubiera que pagar todos los trabajos que las mujeres hacen, las arcas del estado estarían vacías. El recorte de la infancia, el empuje a la madurez precoz en las niñas forma parte de esta sumisión-adaptación disfrazada de modernidad.

*El ejercicio de la Psicología requiere incorporar una visión de género, ya que de lo contrario se mantiene una visión sesgada, potenciar la información...*

A eso me refería respecto a que es conveniente transmitir la verdad. El mundo es capitalista y además siempre es patriarcal, y el patriarcado afecta a todas las mujeres. También impregna las diversas disciplinas y la psicología no está al margen de ello, por esto es importante incorporar enfoques de género con rigor.

*En la atención a mujeres que padecen violencia de género, se detecta en muchos casos un gran temor a la soledad. El mito de la mujer completada por un hombre sigue vigente en el inconsciente colectivo. Es necesario trabajar desde la niñez en el sentido de potenciar la identidad.*

Claro que hay que trabajar desde la niñez, suprimir por ejemplo el color rosa como referente obligatorio que marca la identidad ligada a estereotipos que bloquean la espontaneidad. Observando lo que ocurre en la escuela en cuanto a la reproducción de arquetipos negativos y hablándolo con las educadoras y educadores con plena libertad.

La verdad nunca tiene que dar miedo. Es el camino sagrado, ¿de acuerdo?

La identidad pasa por el reconocerse como mujer. Un sociólogo francés bastante famoso dice en su último libro que quedó gratamente asombrado cuando en una encuesta aplicada a mujeres al preguntarles: ¿Quién eres? Responden: "soy una mujer", esto implica un cambio radical en la sociología, porque si la identidad mujer está bien asumida, no hay nada más que hablar, mejor feminismo que este, no existe. La mujer ha ganado ya su identidad como persona y ser humano. Una mujer es una persona entera, no le sobra ni le falta nada, todo lo demás son trampas.

*La tendencia a convertir en enfermedades las etapas de la vida de las mujeres (pubertad, embarazo, menopausia...) continúa. Informar a las mujeres y frenar la ambición desbocada de los intereses de las farmacéuticas requeriría la unión la medicina alopática y las alternativas, incluir el plano emocional, marcar el acento en la prevención...*

De esto sabe un rato más que yo la doctora Carme Valls que será vuestra consultora. No podéis estar en mejores manos. Pero estoy de acuerdo en que la amplitud de miras en medicina y psicología es una necesidad urgente de cara a la prevención y los tratamientos.

*Los avances en tecnoreproducción pueden ser una moneda de doble cara, facilitar a mujeres y hombres el acceso biológico a la filiación, pero también en muchos casos promover fantasías de omnipotencia y narcisismo desbordado, como en los casos de madres de alquiler.*

En los casos de madres de alquiler, se pone de relieve la importancia de una actitud ética, qué motivaciones de fondo hay a la hora de elegir ese tipo de filiación. El mismo término, "vientre de alquiler" se asocia a mercantilismo, otra muestra de la contaminación patriarcal que invade el universo de la maternidad."

## Testimonios

### QUÉ SERIA DE MYS SIN "TYS"

Leonor Taboada

Con ella me pasó lo que con Betty Friedan, pero al revés. De Friedan, me impresionó su vozarrón la primera vez que la oí.

De Victoria, la suavidad y cadencia de su voz. Estábamos en Granada. En la época de la fiebre. Hace muuuchos años.

De pronto, en la sala petada, donde se iban levantando unas y otras para intervenir en el plenario, oí unas palabras y supe que quien las pronunciaba era una de las mías, uno de mis yos, un yo que aún no sabía expresar con tanta nitidez y exactitud sus pensamientos y que nunca sería tan sabio.

La busqué con los ojos y allá lejos, lejos, en el auditorium tan grande, divisé esa figura pequeña que tan enorme influencia tendría en mi vida y en la de mis cómplices. Parecía una mujer normal en medio de un circo estrafalario, pobres mis cortas entendederas. De normal, nada. Sobresaliente. Excepcional. Única. Y luego... luego, como todas, la fui siguiendo-oyendo, leyendo, amando y reconociendo.





## EL MARÍA MOLINER DEL FEMINISMO

Vita Arrufat Gallén

Conocí a Victoria por su Diccionario Ideológico Feminista, he utilizado las voces de mujer y hombre para los cursos sobre sexualidad, también para los de prevención de la violencia.... Espero que se sigan haciendo ediciones de este libro dado que es como el MARIA MOLINER del feminismo. A ella personalmente la conocí en Castelló, la trajimos a la Universidad. Sus palabras siempre han sido certeras. Conoce a las mujeres por dentro y por fuera! Sabe de nuestras contradicciones y de como nos movemos en los grupos.

---

## REFUERZO VITAL

Carme Valls-Llobet

Mi encuentro con Victoria Sau supuso un refuerzo vital en mi trayectoria sobre el estudio de la morbilidad diferencial. Disipó mis dudas, me estimuló a continuar estudiando las diferencias en la salud y enfermedad de mujeres y hombres. Con su clarividencia ha sido nuestro hilo conductor para desvelar el androcentrismo en las ciencias de la salud. Gracias a ella muchas mujeres estan volviendo a sentir sus órganos como propios y "los expertos en el terreno que sea" ya no pueden disponer "tan fácilmente" del cuerpo de las mujeres, para experimentar nuevas vías de medicalización. Gracias a Victoria se han desvelado muchos sesgos en la psicología y en la medicina por lo que se merece toda nuestra gratitud.

## POR SER COMO ERES

Amparo Cardaño

Gracias Victoria por haber entrado en mi vida hace más de 35 años. Gracias por haber compartido conmigo tu filosofía de la vida. Por haber podido aprender de ti en lo profesional, en lo ideológico, en lo personal y en lo más íntimo de nuestras cotidianidades, de nuestras luces y sombras. Gracias por ese exquisito cuidado emocional que me has dado, por esas largas charlas robando al sueño horas de confidencias y de tortilla de patata. Gracias por haberme abierto tu corazón, tu casa, tu familia, tus otras lecciones de psicología, tus criterios y valoraciones del feminismo, de los acontecimientos y... por los debates infinitos contigo. Gracias por ser como eres. Dentro de poquito volveré a visitarte... Me siento una privilegiada al caminar a tu lado. Te quiero.

---

## UN ALMA GRANDE

María Fuentes

Por su aportación a nuestro-mi trabajo por las mujeres, por la Vida. Por su apoyo directo a mi pequeña obra; por inspiraciones como: "...liberarse como mujer, es en sentido retroactivo, liberar a la madre; el mayor acto de amor que pueda darse. Porque la propia liberación implica que la-madre-función-del padre no ganó la partida..sino la huérfana que había en ella, la mujer, sin más" Reconocidas su inteligencia, su brillantez. Maestra e impulsora. Para la cultura de este país, para nuestras generaciones, para las del futuro. Para mí además, es y será, sencillamente, un Alma Grande..

## PIONERA Y GUIA

Charo Altable

Creo que la primera vez que vi a Victoria Sau fue en la Librería Dones de Valencia. Luego la encontré en muchas Jornadas y Congresos de Coeducación. Me gustaba, como a otras, su radicalidad unida a su elegante manera de estar en la vida, que nos ayudaba a crear certezas de nuestras dudas e interrogantes.

Ha sido pionera y sigue siendo una guía en la lucha contra el patriarcado a través de su Diccionario y sus libros, entre los que destaco "La psicología diferencial del sexo y el género" y "El vacío de la maternidad". Como ella dice, las mujeres en esta sociedad estamos huérfanas de madre, pero creo que ella nos ha ayudado a buscarnos otras madres que habían quedado invisibles en la historia. Gracias, Victoria.

---

## DEL BANCO AL ESTRADO

Regina Bayo-Borràs

Era por los años 72/73. Fue en un aula de la Central, en un curso que daba Antoni Jutglar. Me senté junto a una mujer con la que enseguida entablé una interesante conversación, cosa difícil en aquellos tiempos de represión intelectual. Me llamaba la atención el contraste entre su talante sosegado y su pensamiento radical. Rápidamente compartimos las preocupaciones más acuciantes de la vida de entonces: ser mujer bajo la dictadura franquista, y la invité a dar una conferencia en una vocalía de mujeres. ¡Y se apuntó! ¡Ya lo creo que se apuntó! Y de ahí surgieron tantas otras actividades...



## MUJER IMPRESCINDIBLE

Elisa Serra

El nombre de Victoria Sau, para mi, pasará a la historia de las mujeres imprescindibles del siglo XX-I por realizar la lectura política y sociológica del feminismo de nuestro tiempo.

-----

## MAS YO, MÁS LIBRE

Rosa Palà

Conocí a Victoria Sau, cuando por motivos personales tuve que iniciar una terapia.

De entrada, por su manera de vestir, pensé que no sintonizaríamos. ! Que equivocada estaba!

Acudí a su consulta durante unos cinco años; me tuvo que dar el alta...

La hora de visita se me hacía cortísima. Hablábamos de antropología, matriarcado, patriarcado; analizábamos el papel que hemos jugado las mujeres dentro de la historia, las guerras que no hemos querido, los miedos y culpabilidades que hemos sentido, lo sumisas que hemos sido... Me ayudó a sentirme más yo en las relaciones con la familia, el trabajo, mis amig@s... en definitiva, a ser más libre. Victòria, gràcies per haver-te conegut.

-----

## AHORA HACE 25 AÑOS...

Anna Freixas Farré

Victoria, tú y yo éramos compañeras en el Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Barcelona. Cuando cogí las maletas y me instalé a vivir en Córdoba, ahora hace 25 años, tú ya eras un referente. Después, nuestra vida de trabajadoras del feminismo y de la psicología nos ha permitido reencontrarnos en varias ocasiones, cosa que ha sido una suerte para mí, porque me ha per-

mitido re/conocer tu saber y disfrutarlo. De ti, Victoria, que eres una persona más bien seria, me gustaría destacar tu humor que parece a menudo involuntario, pero que yo encuentro la mar de divertido. En especial, por el hecho de haber puesto palabras a tantos procesos, experiencias y relaciones que no se tenían en consideración en el corpus teórico de nuestra psicología, tan amodorrada

-----

## QUIERO HACERLO!!!

Asunción González de Chavez

Ahora no puedo (me voy a Madrid dentro de dos días y ya son las 2,20 de la madrugada), pero!!! Espero no olvidarme!!! Tengo cosas estupendas que contar, porque la invité varias veces, coincidí con ella en varias mesas, la primera en los primeros años 80 o finales de los 70 (debo buscar en el curriculum) en la primera mesa que se organizó sobre salud mental en un congreso nacional de la Asociación de Neuropsiquiatría (la montó Carmen Saez)..., me mandó por correo un regalito entrañable cuando nació Alba (la única de mis amigas de fuera, aparte de un estupendo nesseser que me regaló Begoña). En otra ocasión nos encontramos con ella y su marido que se llamaba Leopoldo (Arcadio y yo) en Barcelona, también en los años 80 o comienzos de los 90... En fin, ha sido un enorme placer mi relación con ella y quisiera contarlo. Y luego su mente corrosiva, embutida en una imagen tradicional (traje de chaqueta negra, ropa siempre muy clásica), con esa estupenda voz bajita y dulce que suelta barbaridades sin alzarla ni un pelín.... Please, guarda el texto por si me olvido, que quede todo esto. Cuando vuelva, tendré 300 mensajes y se me puede pasar... Voy a una estupenda Jornada Internacional sobre Psicología. Besitos.

## UNA VIDA DEDICADA AL FEMINISMO

Joana Colom Bauzá

Victoria Sau ha manifestado, en ocasiones, que su feminismo tiene las raíces en su infancia, pues ya desde pequeña empezó a observar y mirar el mundo, cuestionando y reflexionando sobre toda aquella discriminación existente entre hombres y mujeres, que se sostenía y permanecía como un atributo intrínseco de la naturaleza. Quizás es por eso que ha gozado de una mente tan lúcida para poder explicar y deconstruir los fundamentos del patriarcado. Su teoría feminista abarca un acervo teórico y cultural tan extenso, que proporciona una clave importantísima para la interpretación de la realidad, tanto en el ámbito científico como en el de la psicoterapia.

-----

## PRIMERAS PALABRAS

Lorena Saletti Cuesta

Una de las primeras palabras que leí sobre la maternidad fueron las de Victoria Sau. A través de ellas comencé a comprender la maternidad con una nueva conciencia feminista. Leer que la maternidad no existía, que había sido fagocitada y que las mujeres estábamos socialmente excluidas, tuvo en mí una gran influencia intelectual pero sobre todo personal. Su obra me ayudó a reflexionar sobre el impacto del patriarcado y a formular nuevas preguntas en torno a mis deseos de maternidad. Múltiples preguntas con respuestas en construcción pero en cuyos cimientos el nombre de Victoria Sau está presente.

## ¡que NO TE quiten el útero!



**Pilar de la Cueva**

Ginecóloga

[mdelacuevab@comz.org](mailto:mdelacuevab@comz.org)

MOTIVOS PARA UNA HISTERECTOMIA,  
razones y maneras de evitarla



### ¿QUÉ ES LA HISTERECTOMÍA?

Las histerectomía es una operación mediante la cual se extirpa el útero a una mujer. Se trata de una intervención de cirugía mayor que tiene una mortalidad y morbilidad bajas, pero inevitables a pesar de los avances de la cirugía, y otros efectos negativos menos evidentes pero igualmente importantes. Merece pues la pena seleccionar bien los casos en que es necesaria, y agotar antes todas las posibilidades de tratamiento, reservando ésta intervención sólo para casos graves o urgentes.

### Hablemos del útero

El útero es un músculo formado por un perfecto entrelazado de fibras que permiten cambios en su tamaño, movimientos pulsátiles, vibrantes o contracciones intensas. Su parte baja, el cérvix, tiene también músculos circulares, longitudinales y en espiral que cierran la salida para proteger un embarazo, la abren progresivamente en el parto de un modo

suave inducido por las hormonas naturales de la mujer, o se contraen placenteramente en el momento de un orgasmo. El útero es también una verdadera glándula endocrina, por su capacidad de producir oxitocina, modificar sus receptores, y producir y reaccionar a otras sustancias y a estímulos físicos.

### Útero e identidad femenina

Muchas mujeres tras una histerectomía dicen que "ya no sirven como mujeres" y que las han "vaciado". Sienten que, literalmente, se han quedado vacías, y ese vacío lo perciben en toda su feminidad. Es un duelo en el que con frecuencia se vuelcan otras pérdidas en el ámbito de lo "femenino" que no se han logrado expresar o vivenciar. Alcanza una dimensión decisiva y permanente en su imaginario como fémina.

La cicatriz es un estigma que le va a recordarle el resto de su vida que "ya no es la misma". Este hecho aparentemente trivial condiciona, a veces mucho, su calidad de vida.

### Útero y sexualidad

Durante décadas, los tratados y lecciones de las facultades han asumido que el útero no tiene función en la vivencia sexual ni en el orgasmo. La ginecología, y con frecuencia la sexología, pasaron de la negación del placer sexual de la mujer a la consideración de la vulva y el tercio externo de la vagina como la única parte anatómica sexual que "siente" el placer. El útero no "sentiría" nada. Sin embargo, tratados antiguos de otras culturas, valoran el cérvix como el origen del orgasmo femenino más profundo y placentero, y los estudios sobre anatomía sexual visibilizan que la red sensitiva y venosa de la mujer se extiende desde los genitales externos hasta el cérvix bajo las paredes vaginales anteriores y posteriores, y que engloban a todo el útero. Si se pregunta a las mujeres, muchas tienen con claridad sensaciones placenteras y pulsantes en el útero durante el orgasmo.

La sexóloga francesa Maryse Choisy describe 5 tipos de orgasmos. Uno sería específicamente uterino, "no paroxístico",

que se sentiría como una suave onda de placer que partiendo de la zona uterina se expande de modo pulsátil, como un temblor sostenido. Es un orgasmo que la mujer puede sentir en compañía, o a solas, a veces sencillamente deteniéndose a tomar conciencia de esa zona en una posición cómoda y relajada. Puede ayudar poner ambas manos sobre el útero. También sensaciones parecidas se perciben ante situaciones de descargas de oxitocina, como cualquier situación placentera ante algo bello, o de comunicación afectiva o amistosa. Esta hormona produce sensación de "amor" (por una misma, por la humanidad, por la belleza de la naturaleza...) y una ligera palpitación en el útero.

## Útero y sociedades matrifocales

Casilda Rodrigañez ha ilustrado en sus libros y textos el culto al útero presente en las sociedades matrifocales de la antigüedad, que el cristianismo erradicó de la memoria colectiva. En ellas las mujeres no reprimían su sexualidad ni la exploración y vivencia del placer, se valoraba la libertad de moverse con libertad, adoptar posturas poco adecuadas para "chicas formales" al sentarse o tumbarse, y se celebraban rituales de culto al útero como símbolo de fecundidad y de bienestar de la colectividad. Juegos y bailes estimulaban y recreaban la sexualidad uterina desde la infancia. En el arte, el útero era representado como una ameba, rana o pez, con ondas que parten de él, en representación de las oleadas orgásmicas. Las sociedades que no niegan el placer han sido descritas por la antropología como menos violentas. El proceso de expansión del placer involucra mecanismos del sistema autónomo (o involuntario) parasimpático, el cual supone un estado de relajación corporal, difícil y escaso en un tejido social competitivo. Un útero sano es flexible y tiene una sutil vibración que la mujer puede llegar a sentir en estados de relajación y con una progresiva toma de conciencia.

Otros científicos como Marcelo Barberá o Michel Odent, han relacionado también la violencia con sociedades que reprimen la sexualidad y la libido en sentido amplio tras el nacimiento; impiden el primer contacto madre-bebé que produce bienestar, evita muchas patologías y produce gran cantidad de oxitocina y contracciones suaves del útero. Estas autoras y autores aluden a la formación de un "útero espástico", tras la represión de toda sexualidad en la infancia, la sexualidad centrada en el coito en la edad adulta como única experiencia real, los hábitos sociales que inmovilizan la pelvis, y la violencia ejercida contra la mujer que según vivencias de muchas queda somáticamente grabada en las células del útero, atenazándolo. Cuando las mujeres reprimimos la expresión de nuestras necesidades para atender a las de otros, cuando no decimos las palabras auténticas y necesarias, no logramos expresar emociones, o no tomamos decisiones que perjudicarían a otros pero nos harían más libres, estamos aumentando la rigidez en el útero, acumulando miedo y sometimiento. Prestando atención a la zona, en uno de esos momentos, muchas mujeres describen sensación de peso, opresión e incluso ligero dolor. Esta contracción, impide un riego sanguíneo adecuado y una fisiología sana.

Wilhelm Reich habló de las corazas que atenazan a las personas por represión de la autorregulación básica del organismo. La que corresponde a la zona del útero, podría influir en la aparición de algunas enfermedades funcionales y orgánicas, según sugiere también la medicina psicósomática.

Mujeres que han trabajado para aumentar la sensibilidad en el útero mediante visualizaciones, ejercicios, contracción de los músculos del suelo pélvico, práctica de danzas que movilizan el útero, o tomando conciencia de esa zona en distintos momentos y situaciones, han logrado reducir sus dolores menstruales, mejorar síntomas patológicos y mejorar su experiencia sexual, recuperando la sensibilidad

vaginal y uterina. Se han descrito también partos en que la tensión de la contracción del útero no era percibida como dolorosa, e incluso partos orgásmicos, aunque esto no sea lo habitual en nuestra sociedad.

## Útero y energía femenina

Corrientes filosóficas y tradiciones antiguas centran la energía creativa y generadora de la vida en la zona del útero, y basan el equilibrio energético de la mujer en una armonía entre los diferentes niveles. En varias culturas se habla del útero como asiento del "segundo chakra".

La ginecóloga Christiane Northrup describe en su libro "Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer" cómo la liberación de la energía bloqueada en el útero ha funcionado mejorando patologías uterinas, incluso orgánicas, como los fibromas.

## RAZONES PARA UNA HISTERECTOMIA

A la luz de lo anterior, y del más sencillo sentido común y ética profesional, no es válida la indicación de extirpar el útero "porque total ya no sirve para nada" (al cesar la función reproductiva, el útero se suele considerar inútil).

Qué motivos hay para aconsejar a una mujer una histerectomía?

**El único indudable: el cáncer de endometrio** (la histerectomía es con frecuencia curativa en estadios iniciales), el cáncer de cuello de útero y el de ovario.

En oncología, se valora la posibilidad de conservar los ovarios y/o el útero en algunos tipos de lesiones precancerosas o en estadios iniciales de cáncer en espera de que la mujer cumpla su deseo reproductivo. En estos casos, la persona especialista en ginecología oncología o cirugía debe informar detenidamente a la mujer para que ella tome la decisión más adecuada a sus circunstancias. Con frecuencia, en el seno de una medicina paternalista, las mujeres han recibido la orden de acudir a una cita programada para una histerecto-

mía sin entender apenas el motivo, y sin que se les expliquen adecuadamente los riesgos y repercusiones, y las posibles alternativas que suelen ser menos rápidas y radicales, pero menos intervencionistas y con menos riesgos.

**Miomas excepcionalmente grandes** en el momento del diagnóstico, aquellos que producen síntomas que no ceden con tratamiento médico (por compresión de otros órganos, o por sangrados excesivos anemizantes en las reglas o entre ellas), miomas que crecen, o que asocian eco-doppler sugestivo de malignidad.

**Prolapso total de útero**, si la mujer no desea llevar un pesario (anillo de goma), o no logra mantenerlo porque lo expulsa.

**Hiperplasias endometriales** con atipias celulares en biopsia, en mujeres que ya han tenido hijos, ya que se trata de una lesión endometrial precursora del cáncer en un porcentaje nada despreciable. En algunos casos, éstas lesiones ceden con tratamiento hormonal (progesterona, análogos GnRH.) pero requieren siempre un control posterior frecuente.

## NO ES MOTIVO

**Tener el útero grande**, con varices, en retroversión o un poco caído.

**Tener uno o más miomas**, si no cumplen requisitos: No es necesario quitar un mioma de mediano o pequeño tamaño si no crece, no produce molestias, o éstas son tolerables para la mujer, con tratamiento médico u otras técnicas de alivio: ella es la que decide. Nunca deberíamos pronunciar la famosa frase: "tienes el útero como un saco de patatas....", o "total si ya no te sirve..."

**Hiperplasia endometrial sin atipias. Pólipos endometriales asintomáticos**, o sintomáticos pero tratables mediante exéresis por histeroscopia, si no hay atipias celulares en la biopsia.

**Endometriosis**, salvo excepciones muy contadas en que no se pueden controlar los síntomas con fármacos, dietas bajas en exoestrógenos, etc...(son casos muy severos y excepcionales)



**Adenomiosis** (endometriosis en el espesor del músculo uterino)

**Dolor pélvico de causa desconocida**: con frecuencia el dolor persiste tras la intervención, y la mujer se siente peor.

**No querer tener hijos**, ser mayor, ser gorda...

**Un pólipo endometrial que no se ha podido resear** por estenosis del cérvix, u otro problema técnico, mediante histeroscopia. Cualquier mujer bien informada prefiere que se le repita la histeroscopia una o más veces, con un tratamiento vaginal horas antes de un comprimido que dilate un poco el cuello, o bien con una ligera sedación anestésica. No deja cicatrices, y los riesgos son mínimos.

**En el curso de una cesárea**, en una mujer con miomas "ya de paso, quitamos el útero": tiene muchos más riesgos hacerlo en ese momento ya que el útero puerperal está grande y lleno de venas dilatadas. Además, los miomas tienden a reducirse tras el parto.

**Prolapsos leves de útero, vejiga o ambos**: la única indicación real está relacionada con las molestias que produce, es la mujer la que debe decidir. Actualmente hay muchas técnicas fisioterápicas, y algunas quirúrgicas muy sencillas para la incontinencia.

## EFFECTOS OCULTOS DE LA HISTERECTOMIA

Al margen de los conocidos riesgos derivados de la intervención y la anestesia (sangrado, infección, tromboembolismo,

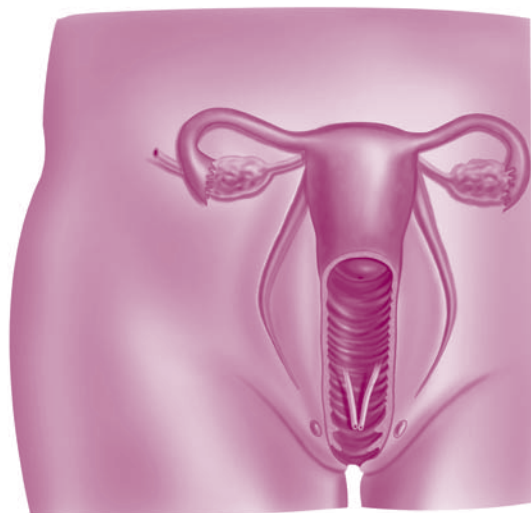
mortalidad...), existen otros menos valorados o "infra-recogidos": acortamiento vaginal, dispareunia (dolor en el coito), algias pélvicas (dolor) por adherencias, dolor en la cicatriz externa o bajo músculos y fascias en cada esfuerzo físico, etc. A pesar de ello, si una mujer tenía realmente un cuadro de mucho dolor, grandes hemorragias, anemia y cansancio que no se podían solucionar de otro modo, ve mejorada su calidad de vida, y le compensa asumir estos riesgos.

Otros efectos menos conocidos, y no descritos, que refieren algunas mujeres incluyen una diferente percepción de su anatomía sexual, diferente vivencia del orgasmo y otras sutiles sensaciones en su equilibrio a nivel energético.

## MEJOR CON OVARIOS

Sí, al fin la ciencia reconoce que los ovarios sí que sirven...tras la menopausia. No sólo somos un ser dedicado a la reproducción. Hasta hace poco, era un dogma en ginecología extirpar los ovarios junto con el útero aunque parecieran sanos, en patologías benignas, porque ya no servían para nada. Así se evitaba un posible cáncer de ovario en el futuro, enfermedad mucho menos frecuente que el cáncer de próstata, por ejemplo.

El ovario en fase menopáusica tiene actividad, aunque diferente: produce varias hormonas, con un predominio de andrógenos sobre estrógenos que se segregan en poca cantidad, y con un predominio de estriol y estrona (estrógenos de potencia débil). También produce insulina,



prostaglandinas, factores de crecimiento, etc... Curiosamente, se indican parches de testosterona que en el tratamiento de la mujer en menopausia quirúrgica (por extirpación de los ovarios), porque los síntomas de una bajada brusca de hormonas son muy incapacitantes. Muchas mujeres han experimentado el cataclismo hormonal y de la función de muchos sistemas de su cuerpo al perder la función ovárica en cirugía, con aparición de los síntomas climatéricos intensos que quizás no hubieran padecido con un declinar gradual, predisposición a la osteoporosis, aumento del riesgo cardiovascular, tendencia muy brusca a los cambios del estado de ánimo, etc.

## ALTERNATIVAS A LA HISTERECTOMIA

**Histeroscopia:** Permite mirar dentro del útero con un delgado tubo conectado a una cámara, sin anestesia o con una ligera sedación, para tomar biopsias, extirpar pólipos, tabiques, algunos miomas, o toda la capa endometrial (ablación). Con ella se pueden tratar muchas de las causas funcionales y orgánicas de sangrado excesivo, excluyendo con la biopsia dirigida antes la existencia de células cancerosas.

**Otras técnicas intrauterinas:** con sonda o balón, con calor, ultrasonidos... se puede suprimir la capa interna del útero, la que sangra (endometrio).

**Tratamientos hormonales:** los anovulatorios producen un sangrado menstrual menor de forma artificial. Tratan los sangrados de tipo funcional, y mejoran la endometriosis, especialmente si la píldora lleva solo progesterona. Esta administrada por vía oral, vaginal o en depósito intramuscular, transforma y atrofia el endometrio, controlando o reduciendo mucho el sangrado menstrual.

**Tratamiento supresor del eje hipofiso-ovárico:** los llamados análogos de la GnRH, frenan profundamente la actividad ovárica, produciendo amenorrea. Se pueden repetir tandas de 3 meses intercaladas de periodos con regla; las mujeres en época cercana a la menopausia prefieren esto a una cirugía radical. Además si hay síntomas como sofocos o cambios de humor al tercer mes, se puede añadir una dosis baja de estrógenos o tibolona, que mitiga los síntomas y previene del descenso de masa ósea.

**DIU con progesterona:** ha salvado a un número innumerable de mujeres de la extirpación del útero. A los pocos meses de su uso, las reglas son muy escasas o inexistentes. Las mujeres con anemias continuas por sangrados mejoran radicalmente su calidad de vida. Se coloca como un DIU normal, tras descartar patología cancerosa. Merece la pena probar, incluso si hay miomas, aunque el riesgo de que se desplace es mayor. Siempre hay tiempo para una opción más radical. Hay un pequeño riesgo de efectos secundarios derivados del paso de progesterona sintética a sangre, similares pero menores que con un tratamiento hormonal oral, transdérmico, o inyectable.

**Fármacos que reducen el sangrado:** Inhibidores de las prostaglandinas, o antifibrinolíticos (estos reducen el sangrado del lecho de miomas intracavitarios).

**Embolización de miomas:** Es un tratamiento sin cicatrices para ocluir el riego de un mioma, practicada por un especialista en radiología intervencionista, desde un catéter que entra por una vena. En casos bien seleccionados da muy buenos

resultados, aunque el postoperatorio es doloroso.

**Otros tratamientos para miomas:** necrosis por ultrasonidos, hipertermia... se practican aun en pocos centros, en fase de recogida de más experiencias.

**Sustancias que regulan el equilibrio de las prostaglandinas:** como el aceite de onagra, o algunos derivados de plantas, comercializados como fármacos: extracto de vid roja, etc...

**Cambios en la alimentación,** con aumento de vegetales crudos y otros ricos en minerales y ácidos grasos esenciales, ayudan al adecuado equilibrio entre los subtipos de prostaglandinas, mejorando la función hormonal y reduciendo el sangrado.

**Dietas bajas en estrógenos exógenos** (derivados de pesticidas, bisfenol, teflón, plásticos...) parecen reducir en la práctica los síntomas de patologías estrógeno-dependientes (miomas, endometriosis, hiperplasias endometriales). Para ello, consumir alimentos de cultivo o cría ecológicos, evitar los plásticos calientes en contacto con la comida, el teflón resquebrajado, etc... ([www.holistika.net](http://www.holistika.net)). Evitar grasas animales que contienen estrógenos (principalmente las de los lácteos y carnes).

**Técnicas corporales** que ejercen un masaje suave al potenciar una respiración orgánica, que mejoran la circulación de la zona, el equilibrio energético, o la inmunomodulación: pilates, taichí, meditación, yoga... La biodanza es una técnica que ayuda a disolución de las corazas físico-emocionales, incluida la pélvica.

**Terapias naturales:** de forma personalizada para cada usuaria y bajo prescripción de personas expertas en medicina naturista, pueden ser de utilidad (acupuntura, homeopatía, quinesioterapia...) logrando mejorar los síntomas. La hidroterapia: baños de asiento con agua fría ayudan a aumentar el tono de las venas, a vaciarlas de sangre, y reduce las varices, y por tanto el sangrado, y sensación de peso o dolor. También produce un

efecto similar el uso de un plano inclinado, durante una o más veces al día, durante unos minutos.

Algunas mujeres han mejorado espectacularmente tras elaboración y resolución de conflictos emocionales o problemas psicológicos latentes u ocultos. Otras, tras un cambio radical de vida: abordaje de conflictos, cambios en la dieta, inicio de alguna forma de ejercicio físico que resulte placentera, y toma de decisiones sobre la propia vida.

Resolución de problemas sexuales. Las mujeres con congestión de las venas pélvicas, por ausencia permanente de orgasmos o represión de la función sexual, suelen tener dolor pélvico, sensación de peso y aumento del sangrado o dismenorreas intensas, que pueden llevarlas a acabar en un quirófano si piden ayuda repetidamente y la persona que les atiende no hace una entrevista sobre su vivencia y dificultades sexuales. La recuperación del erotismo de un modo amplio, ayuda según varias autoras a sanar patologías del útero. Además, las mujeres con un antecedente de abuso sexual actual o pasado, con frecuencia han somatizado su vivencia traumática en forma de síntomas que afectan al útero, símbolo de la identidad femenina. Si el útero, la vejiga o ambos están algo descendidos, es importante tratar a tiempo con ejercicio de los músculos del suelo pélvico, hipopresivos, cambio de hábitos, estrógenos locales en algunos casos, y otras técnicas de rehabilitación. Con constancia se producen resultados muy satisfactorios.

La Dra Nosthrup, en su libro, describe detalladamente un conjunto de medidas no farmacológicas con las que ella ha trabajado para mejorar cada una de las patologías concretas que afectan al útero, sin salir de una buena praxis, y al mismo tiempo considerando la salud de la mujer de modo holístico, integral e integrador de sus diferentes aspectos (alimentación, emociones, ejercicio, historia personal, tratamientos...).

## SI HA DE SER HISTERECTOMIA... SUBTOTAL Y POR LAPAROSCOPIA O VAGINAL

La evidencia no demuestra con claridad si es mejor quitar todo el útero, sin embargo sabemos que conservar el cuello reduce el tiempo de intervención, el riesgo de prolapso posterior, y conserva mejor la función sexual. ¿Porqué quitarlo entonces? La amenaza de un posible cáncer cuya prevalencia es baja no parece una causa suficiente...de hecho, ésta duda se suele plantear en mujeres en edad ya de poco riesgo de cáncer de cérvix. Extirpar el útero no implica que no haya que seguir la mismos hábitos de prevención de contagios vía sexual.

La cirugía por vía laparoscópica, es mucho menos invasiva en manos entrenadas. No se abre al abdomen, salvo tres o cuatro incisiones de 5-10 mm, y la recuperación es muy rápida y apenas dolorosa.

Cuando ya hay cierto grado de descenso del útero, la histerectomía por vía vaginal posibilita una recuperación muy rápida sin ninguna cicatriz en el abdomen. Técnicas antiguas han vuelto a tener espacio, como la amputación cervical, cuando sólo el cuello está alargado, mucho menos traumática y con menos riesgo de prolapso posterior de la vagina restante. La cicatriz, en caso de histerectomía por vía abdominal, es mucho menos visible si se realiza la técnica de pfannestield, incisión transversal baja en piel que queda bajo la línea del "bikini".

La anestesia, mejor raquídea, es decir de cintura para abajo, ya que la recuperación es mejor, a no ser que la mujer prefiera una anestesia general.

## ¿COMO PREVENIR?

Trabajar con las niñas la toma de conciencia del útero (hay experiencias con resultados muy interesantes), recuperar bailes, rituales o ejercicios que movilizan la zona pélvica, mejorar la alimentación, el descanso y el cuidado de nuestra vida emocional, afectiva y sexual; escuchar al

cuerpo atendiendo sus necesidades, y buscar información en diferentes fuentes, probablemente sean algunos de los granitos de arena que podemos poner como mujeres para evitar intervenciones innecesarias.

## BIBLIOGRAFIA

- Reich, Wilhelm (2010). La función del orgasmo. Barcelona: Paidós.
- BALINT, M. (1979), 'La falta básica', Paidós 1993.
- Casilda Rodríguez libros y web Consultar en:<http://sites.google.com/site/casildarodriganez/>
- CHOISY, M., 'La guerre des sexes', Premiers 1970.
- FREUD, S. (1931) 'Sobre la sexualidad femenina', Tomo III Ob. Completas, B. Nueva, 1968.
- GARRIDO, M.C., 'El juego del corro en la cultura femenina', Inédito 2006.
- GRODDECK, G. (1923), 'El libro del ello', Taurus 1981.
- HENRI LABORIT (1981) 'Mecanismos biológicos y sociológicos de la agresividad', en 'La violence et se causes', ed.UNESCO, Paris (pág.49). ([www.unesco.org](http://www.unesco.org)).
- IBAÑEZ, J., 'Por una sociología de la vida cotidiana', Siglo XXI 1994.
- KAHLE, W., 'Atlas de Anatomía III: Sistema nervioso y órganos de los sentidos', Omega 1994.
- KROPOTKIN, P., 'Folletos Revolucionarios I', Tusquets 1977.
- Merelo\_Barberá, J. Parirás con placer, la sexología y el orgasmo en el parto, Ed Kairos, 1980
- NEWTON, N., 'Maternal emotions', Nueva York 1955.
- Northrup, C. Cuerpo de mujer, Sabiduría de Mujer. Ed Urano, 2000.
- ODENT, M., 'La científicación del amor', Creavida 1999.
- ODENT, M., Primal Health, Clairview 2002.
- PEDERSEN C.A. ET AL 'Oxitocin in maternal, sexual and social behaviours', 'Annals of the New York Academy of Sciences', 1992
- REICH, W. (1942), 'La función del orgasmo', Paidós 1995.
- Rodríguez, C. 'El Asalto al Hades' (cap.2), 'La sexualidad y el funcionamiento de la dominación' (epílogo), y 'Pariremos con placer'. ([www.casildarodriganez.org/libros](http://www.casildarodriganez.org/libros)).
- Rodríguez, C. La represión del deseo materno y el matricidio a la luz de la neurología y la práctica clínica neonatal' (Jaca 2006) y 'El matricidio: correlación entre libido y fisiología' (Zaragoza 2006) ([www.casildarodriganez.org](http://www.casildarodriganez.org)).
- Sanz, F. Psicoerotismo femenino y masculino. Barcelona. Kairós. (1995).
- SERRANO VICENS, R., 'La sexualidad femenina', Júcar 1972; 'Informe Sexual de la Mujer Española', Lyder 1977.
- Ibone Olza Fernández, Miguel Ángel Marín Gabriel b, Francisco López Sánchez c, Ana María Malalana Martínez b. Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo?. Rev Psiquiatr Salud Ment.2011; 04 :38-41

# píldora anticonceptiva: uso y abuso



## Enriqueta Barranco

Directora de la Cátedra de Investigación  
Antonio Chamorro-Alejandro Otero  
Universidad de Granada  
[enri\\_barranco@hotmail.com](mailto:enri_barranco@hotmail.com)

*In memoriam de Rosana, una mujer que, como muchas otras, con 15 años comenzó a tomar la píldora anti-conceptiva por acné y para regular la regla, a los 31 fue diagnosticada de cáncer de mama y cuatro o cinco años más tarde fallecía en amenorrea tras sucesivas quimioterapias.*

## Introducción

Hace 50 años que los científicos descubrieron la forma de controlar la breve fecundidad cíclica de las mujeres (sólo son fértiles un día de cada ciclo menstrual). A partir de aquel momento ellas solicitaron, suplicaron, buscaron y encontraron la que parecía una llave mágica, en muchas ocasiones escondida en armarios de boticas, reboticas y otros almacenes; en su búsqueda fueron guiadas amablemente por personajes revestidos de mucho, mucho poder - los médicos y/o los boticarios. Como si se tratara de un cuento, el feliz hallazgo sólo serviría para eludir la realidad, la que ocultaba acontecimientos nunca desvelados. El propósito de este artículo es el de tratar de desentrañar las verdades y las mentiras que sobre la anticoncepción hormonal nos han contado, y con las que nos han ido conformando durante estos cincuenta años.

Cuando en el ahora remoto año 1960, Pincus y Rock encontraron la forma de hacer infecundas a las mujeres, describieron el mecanismo de acción de las desde entonces llamadas píldoras anticonceptivas. A partir de ese momento se pondrían a disposición de las mujeres unos potentes medicamentos, los más usados por personas sanas y también, porque no decirlo, los más abusados de la historia de la farmacología moderna. Si estudiáramos cómo se llegó a su comercialización necesitaríamos muchas páginas, pero nos bastará señalar que la ciencia no descansó hasta lograr que fueran aceptados por las mujeres con las que experimentaron. Lue-

go, diseñaron una formulación para ser administrada, diariamente, durante 3 semanas, intercalando una pausa semanal sin química, para seguidamente repetir ciclo. En la semana de pausa se produciría un sangrado uterino similar a la menstruación ¡Estaban salvados! Y desde entonces, miles de millones de mujeres confiarían en unos fármacos que les iban a proporcionar la seguridad de una regla regular y, además, no quedarían embarazadas si tenían coitos vaginales. Se cumplía así una doble finalidad, la de hacer creer que la no regla era regla – y no la menos regla de las reglas como sucede en el terreno biológico – y la de liberar de la maternidad no deseada. Las políticas de población harían el resto.

Pero no todo iba a ser redondo, pues pronto el cuento tuvo visos de ir a romperse en mil pedazos, sobre todo cuando las mujeres comenzaron a experimentar en sus cuerpos los efectos secundarios de tales productos. Por estas y otras razones menos claras, la industria se ha ido viendo obligada a ir reformulando las píldoras y a tratar de hacerlas más tolerables. Y hasta aquí todo parecería razonablemente correcto, (sin olvidar que muchas mujeres de países en desarrollo fueron sujetos de experimentos de gran calado, sin las garantías necesarias).

Sin embargo, como lo primero que se había previsto era que las mujeres que tomaran la píldora tuvieran ciclos menstruales regulares, la clase médica ya podía prescribirlos en cualquier tipo de padecimiento que afectara a la deseada regularidad de la endocrinología femenina. Comenzaba un largo camino, en el que apenas entraba una mujer por la puerta de una consulta ginecológica y, fuera cual fuese el síntoma que le acompañaba, siempre obtendría la misma indicación, la de unas pastillas para regular las reglas, sin que aquella ni siquiera se parara a preguntarse por el porqué de tanta regulación. Una mentira con cien pies comenzaba a andar y ya llevamos más de 40 años recomendando unos productos que, en España, comenzaron a usarse para mantener en reposo el ovario, allá por los años 70 del siglo pasado, y cuya única indicación reconocida es la anticonceptiva.

## Marco legal de la prescripción médica

Ahora, deseamos ayudar a las mujeres a entender las disposiciones legales sobre el uso de productos farmacéuticos “fuera de indicación” (“off-label” en la bibliografía anglosajona). Según la abogada Francisca Fernández, la ley de referencia más importante sobre este particular es la Ley Básica Regu-





ladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica (LBRAP). Desde el punto de vista legal no es correcto prescribir fármacos sin indicación reconocida y, además, se tiene que informar sobre los mismos a las personas que los van a consumir. El artículo 4 de la referida Ley, bajo el epígrafe titulado Derecho a la información asistencial, dice:

*Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma [...] La información, que como regla general se proporcionará verbalmente [...] comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.*

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

### **¿Quiénes están obligados a informar? La ya mencionada LBRAP indica:**

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

*[...] El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.*

En resumen, el deber de informar, correctamente, a las usuarias, sobre cualquier circunstancia del tratamiento que afecte a su salud (incluyendo por supuesto la prescripción farma-

cológica) es una obligación fundamental del médico/a y de los demás profesionales que les atienden. Ha de informarse sobre las verdaderas indicaciones de dicha prescripción. No es lícito insinuar que no se lean los prospectos, porque tras las precisiones legales, no tenemos más que remitirnos al prospecto que se encuentra en el interior de los envases de la píldora anticonceptiva y leer que su única indicación es la de evitar el embarazo. Por esto, vamos a hacer un resumen de las situaciones clínicas en las que no está indicada la anticoncepción hormonal combinada, oral o por otra vía. Seguramente haya muchas más, pero este será un botón de muestra en el que, a buen seguro, se reconocerán muchas lectoras.

### **Anticoncepción hormonal combinada y ciclos menstruales poco regulares**

No son productos para regular las reglas, más bien son para suprimir las reglas, por mucha sorpresa que esta expresión pueda suscitar. Con ellos se provoca una hemorragia artificial por privación hormonal dependiendo del número de comprimidos que se ingieran, en caso de usarse la vía oral, o de las semanas de uso ininterrumpido cuando se trata de parches, anillos o inyectables. No en vano ya han encontrado inútil que las mujeres sangren artificialmente todos los meses, cuando se puede ocasionar un sangrado ocasional una, dos, tres o cuatro veces al año. También se consumirán más pastillas, por término medio lo que, dado el volumen de ventas, repercutirá en beneficio de los fabricantes.

Para apoyar esta propuesta, en una publicación reciente se afirma: Las mujeres deben saber que ya han abandonado su ciclo menstrual normal por el sangrado de privación hormonal cuando utilizan la anticoncepción hormonal y que no existe ninguna justificación médica para que dicho sangrado ocurra de forma mensual<sup>1</sup>. Aunque otr@s no lo tienen tan claro cuando escriben: A pesar de que el uso de la píldora se puede asociar, en ocasiones, a trastornos del ciclo menstrual, en especial la aparición de sangrado intermenstrual, que originan el abandono de la misma, no es menos cierto que el tratamiento con anticonceptivo hormonal combinado puede tener efectos beneficiosos sobre la regularidad del ciclo menstrual<sup>2</sup>.

¡Menudo batiburrillo de ideas! ¿A quién tienen que convencer? Adelantemos que todo esto es un montaje, ya que la menstruación (mejor que regla, porque regla es un término uniformador que atenaza) es el resultado final del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios; los niveles hormonales derivados del entendimiento entre estas estructuras determinan cambios en el tejido que recubre la matriz (endometrio) y de ellos se deriva un sangrado más o menos regular. La píldora anticonceptiva inhibe este eje e impone al endometrio sus propias condiciones para producir sangrado. Y ¿cuántas mujeres atormentadas hay por sangrar a mitad del mes cuando toman la píldora?

Para concluir, afirmamos que no hay indicación terapéutica para usar la píldora (u otros productos hormonales similares en presentaciones diferentes) con la única y exclusiva finalidad de regular la regla, salvo que, además, se desee anticoncepción.

## **Anticoncepción hormonal combinada y quistes benignos de ovario**

En algunas ocasiones, y en determinadas etapas de la vida, los ovarios crean estructuras en su interior que, fundamentalmente, desde que se dispone de ecografía y análisis hormonales, se han dado en llamar quistes benignos y, en el peor de los casos, ovarios poliquísticos. Aquí, de nuevo la tecnología se alió con la ciencia médica para hacer que las mujeres cargaran con más patología. Pero no se puede olvidar que, un ecógrafo en manos de una persona inexperta, puede ser un arma letal. Han tenido que pasar muchos años de diagnósticos erróneos antes de que se haya entendido bien la estructura ecográfica del ovario, la gran variabilidad en el tamaño del útero, los procesos patológicos que asientan en estas estructuras etc. Sobre este particular señalamos que, según la LBRAP, no hay indicación para usar la píldora anticonceptiva (u otro producto de similares características) con el único propósito de curar supuestos quistes de ovario, ovarios poliquísticos y otras patologías, mayores o menores, del ovario.

## **Anticoncepción hormonal combinada y amenorrea**

Hay circunstancias en las que el estrés, los trastornos de la conducta alimentaria y otras problemáticas afectan a la salud física y psíquica de las mujeres, obligando al cuerpo a economizar recursos y a ahorrar una pérdida de sangre que puede ser muy valiosa, motivo por el que se retira la menstruación. La ausencia de regla (amenorrea) no es más que el aviso de que se ha llegado al límite tolerable y que, si se rebasa, se entra en zona de peligro. Sin embargo, en estas situaciones se reitera la recomendación de la píldora anticonceptiva (o similar), una vez más sin indicación. Aunque lo que hay que tomar en consideración es que, cuando una mujer está en amenorrea, el remedio no es engañarla induciendo una regla falsa, ¿no sería mejor indagar y ver dónde radica el desequilibrio para tratar de corregirlo?

Tampoco existe indicación en los casos de endometriosis, dismenorrea, sangrado menstrual excesivo y síndrome premenstrual.

## **Anticoncepción hormonal combinada y acné**

El acné (acne vulgaris) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al folículo pilosebáceo, en el que, entre otros factores, interviene la infección por el *Propionibacterium acnes* y otras bacterias. Entre las opciones terapéuticas existentes para su tratamiento, en los casos de acné con sospecha de ser dependiente de los andrógenos, y en aquellos en los que se une a otros síntomas tales como el hirsutismo, podría requerirse un tratamiento, entre 2 y 6 meses, con un producto hormonal autorizado para el acné (que contiene ciproterona – antiandrógeno- y etinilestradiol). En este caso hay que señalar que se habla del único producto con indicación exclusiva para tratar esta problemática, y que no la tiene como anticonceptivo<sup>3</sup>.

Para concluir, solo indicaremos que estas breves pinceladas nos tienen que llevar a que nos preguntemos por los intereses y por el desconocimiento que acompañan a cada acto médico en el que se implica el ciclo menstrual. Porque desde hace 50 años, estos fármacos, con sus ventajas y sus inconvenientes, vienen siendo usados y abusados sin límites. Quienes lean esto y, además, utilicen anticonceptivos hormonales sin indicación anticonceptiva, deben saber que utilizan un producto fuera de prescripción, sin ser medicamentos que reúnan requisitos para el llamado uso compasivo, el cual requiere una autorización expresa.

Los anticonceptivos hormonales combinados tienen una única indicación, la de evitar la concepción y para esto se deberán prescribir y utilizar.

Nos sorprende que publicaciones prestigiosas, incluidas las de nuestro país, continúen suscitando la prescripción de anticonceptivos hormonales combinados bajo el presupuesto de los beneficios no anticonceptivos de los mismos: un peligroso sesgo hacia el uso fuera de indicación.

Pensamos que todos estos años han sido oportunidades perdidas en la investigación de los trastornos de la fisiología reproductiva femenina. Pero el paternalismo científico no cesa, ya que ahora hasta se está tratando de demostrar que tomar un comprimido diario de un anticonceptivo mejora la calidad de vida de las mujeres, obviando que la calidad de vida es la que se disfruta siendo libre.

Deseo agradecer a Paqui Fernández (El parto es nuestro) su ayuda para encontrar los requisitos legales de la prescripción médica.

1 Referencias. Sánchez Borrego, R. Ciclo prolongado/continuado. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53(5):189-193.

2 Lete I, Dueñas JL, Serrano I, Doval JL, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, Coll C. Efectos beneficiosos no anticonceptivos de la píldora anticonceptiva. *SEMERGEN*. 2009;35(10):505-510.

3 *Bol Ter Andal* 2010;26(1).

# el deseo de hijo como pasión



**Silvia Tubert**  
Psicoanalista  
[stop@cop.es](mailto:stop@cop.es)

*“Aleja de mí, oh Dios, la idea de que yo lo puedo todo”*

Maimónides

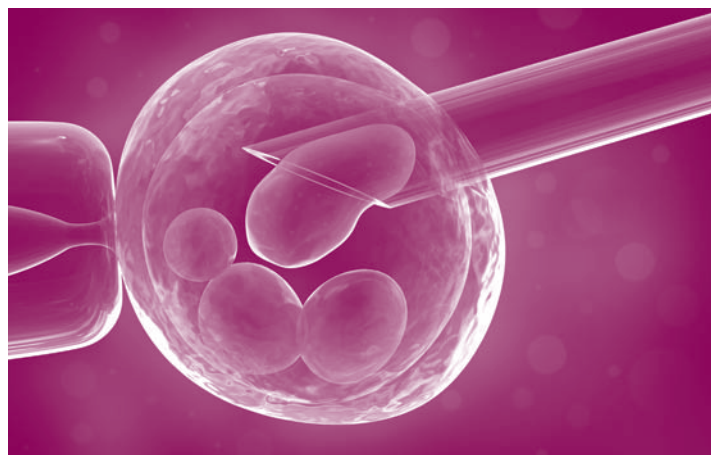
## El deseo de hijo: del instinto a la pasión

A lo largo de la historia, se ha sostenido la creencia en el “instinto maternal”, postulando que, si su cuerpo posee una potencialidad reproductora, el sujeto femenino ha de tener ineludiblemente el deseo de realizarla. Pero la historia, la antropología, la sociología, el psicoanálisis, han demostrado fehacientemente que no existe nada semejante. El deseo de hijo no es instintivo sino que se construye (o no) en la historia vital del sujeto femenino, en la que desempeñan un papel fundamental sus relaciones con los otros significativos de su entorno que, a su vez, son portadores y transmisores de las normas y valores sociales y culturales. A través de su identificación con la figura materna, la niña incorpora en su Ideal del Yo el modelo femenino que aquella le transmite, con las variaciones propias de su singularidad subjetiva.

Ahora bien, en toda cultura patriarcal el ideal femenino coincide con el ideal maternal, en virtud de la ecuación mujer=madre, que deja a la feminidad no maternal sin representación simbólica, o representada por imágenes negativas: desde la diosa Kali, sedienta de sangre que, pasando por las brujas del siglo XV, hasta las representaciones de las mujeres como seres dominados por sus emociones, más ligadas por su cuerpo al reino de la naturaleza que al de la cultura.

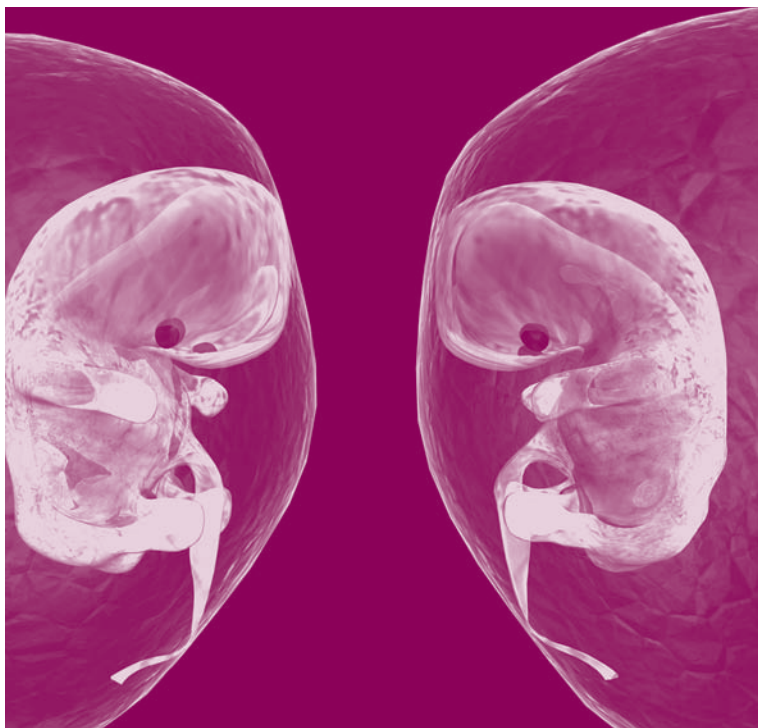
El ideal maternal encarnado en María virgen despoja a la mujer de su sexualidad, connotada como pecado en el personaje culpable de Eva, degradada en la figura de la prostituta, destructiva en las figuras terroríficas de Judith o Salomé. La maternidad redime de la sexualidad, proporcionando a las mujeres un lugar en el que reconocerse y ser reconocidas.

Además, la sexualidad femenina despierta angustia pues se la erige en significante de la diferencia entre los sexos. El discurso de la filosofía, de la política, de la historia, ha considerado al término “hombre” como sinónimo de “humanidad”, colocando a la mujer en el lugar de “lo otro” de la humanidad, como ha mostrado Simone de Beauvoir. El hombre se ha identifica-



do con una razón abstracta, supuestamente incorpórea, delegando en la mujer la corporeidad y sus correlatos: nacimiento, sexuación, mortalidad. De ahí que, en el orden simbólico patriarcal, se perciba a eso “otro” encarnado en la mujer como una amenaza para el narcisismo masculino. La identificación mujer=madre permite evitar tanto el peligro de la confusión de los sexos como la angustia ante una diferencia irreducible. Al mismo tiempo, esta operación desvaloriza la potencialidad generadora de las mujeres, al definir a la maternidad como natural, negando su dimensión simbólica, social, ética.

Pero si ya no es posible sostener científicamente la existencia del instinto maternal, el discurso de las tecnologías reproductivas, teñido de ideología, ha buscado justificarse en un deseo incoercible, que más bien debería llamarse “pasión”. Todo deseo, en el fondo, aspira a una plenitud que solo puede ser ilusoria pues, como dice el Fausto de Goethe, es imposible para el ser humano no carecer de algo. Cuando logramos satisfacer un anhelo comprobamos que el objeto (situación o actividad) no nos ha proporcionado la plenitud esperada. Esto nos lleva a seguir buscando, lo que significa seguir viviendo. Lo mismo sucede cuando no lo logramos, de modo que desarrollamos, en distintas medidas, la capacidad de renunciar y de sustituir aquel objeto o fin por otro. Llamamos “pasión” a la imposibilidad de renunciar y sustituir al objeto, a la búsqueda de la satisfacción “a cualquier precio”, aunque se trate del sacrificio del propio cuerpo o del abandono de la posición de sujeto de la



acción para convertirse en objeto de la pasión. La posición sacrificial propia de la pasión da cuenta de los estragos causados por los ideales culturales, sobre todo cuando de la violencia simbólica se pasa al acto.

Podemos apreciar una “loca pasión” en mujeres, pero no con tanta frecuencia como en los artifices de las tecnologías reproductivas, como veremos luego.

## El discurso de las tecnologías reproductivas

Las tecnologías reproductivas representan la culminación de un proceso de medicalización, de captura de los seres vivientes —en el caso que nos interesa, del cuerpo de las mujeres— por parte del saber-poder médico que tiene una larga historia.

La medicina se hizo cargo del control de la sexualidad femenina desde la antigüedad; las mutilaciones sexuales son prueba de ello. Galeno refiere que en Egipto se cortaban los labios menores a todas las niñas “para extinguir su lubricidad”. Algunos autores del siglo XVI, como Ambroise Paré, mencionan que la ablación de las ninfas se practicaba corrientemente en Francia. Paré consideraba que un tamaño excesivo de las mismas correspondía a una enfermedad del útero. Esta operación no se describe claramente, y se la confunde a veces con la escisión del clítoris.

En realidad, la enfermedad que se quería curar era el apetito sexual “excesivo”, la homosexualidad, etc. Papon afirmaba, en 1557: “dos mujeres que se corrompen una a la otra sin hombres son condenables a muerte”. Venette, en 1687, sostenía: “las partes naturales de la mujer (...) son la causa de la mayoría de nuestras penas y de nuestros placeres, y osaré decir que casi todos los desórdenes que han ocurrido en el mundo y que suceden aún todos los días vienen de esas partes”. Lo que se

rechaza, y no sólo en lo simbólico, pues se operan los cuerpos, son los genitales femeninos, cargados de significaciones: la imposibilidad de reconocerlos simbólicamente como uno de los términos de una diferencia (recordemos, se trata de “lo otro”) conduce a la proliferación de lo imaginario.

Las ciencias biológicas abordan al cuerpo humano como un conjunto de piezas separadas y separables, lo que permite recortar arbitrariamente las funciones orgánicas, configurando unos “órganos sin cuerpo”. A través de su fragmentación, el cuerpo desaparece como referente. La congelación del esperma, ovocitos y embriones suspende indefinidamente el tiempo de la reproducción, en tanto la fertilización in vitro (FIV) no solo escinde el cuerpo reproductor, orgánico, del cuerpo libidinal, sino que, además, fragmenta el proceso reproductivo en momentos recortados: tratamiento hormonal, extracción de óvulos, fecundación y división celular in vitro, reimplantación de los embriones en el útero. Al mismo tiempo, otros fe-

nómenos, de carácter más social que científico, como el de las madres “de alquiler”, dislocan la continuidad de la gestación entre diferentes madres: ovular, uterina, social. Las tecnologías reproductivas han hecho “estallar” la noción de maternidad, al dar la posibilidad de diseminarla entre tres mujeres pero, paradójicamente, refuerzan la identidad mujer=madre, construyendo un “deseo maternal” caracterizado como “obsesión” o “pasión” de carácter esencial y natural. Así, proporciona una respuesta al interrogante sobre el deseo de las mujeres e impide el reconocimiento de la diversidad entre ellas como sujetos deseantes. Aunque es evidente el sufrimiento de aquellas mujeres que no logran realizar su deseo de tener hijos, desde el punto de vista sociocultural la mujer no-madre perturba el orden establecido, pone en cuestión aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres, atenta contra el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico entre los sexos, con el consiguiente cuestionamiento de las identidades sexuales establecidas. En este sentido, la infertilidad daría cuenta de una resistencia muda a una definición ideológica del goce, el deseo, el ideal de la feminidad y la felicidad. La respuesta de las tecnologías reproductivas contribuye a mantener el statu quo.

## Una loca pasión

La medicalización de la reproducción lleva al médico a desempeñar el papel de taumaturgo, en tanto se espera que opere un milagro en el cuerpo de la mujer, encarnando la figura del padre-dios-patriarca, generador de nuevos seres, amo de la vida y la muerte, capaz de superar todo obstáculo, así como Jehová hizo que mujeres de más de 90 años dieran a luz (los médicos ya lo han logrado con mujeres de hasta 68...)



MARGARITA LÓPEZ CARRILLO

## La vida por delante

El ginecólogo René Frydman que, en colaboración con el biólogo Jacques Testart, hizo posible el nacimiento del primer bebé concebido por FIV en Francia, describe sin inhibiciones su ilusoria omnipotencia:

"En Melun descubrí la magia del acto quirúrgico y una atracción, que nunca me abandonó, por tocar, reparar, rehacer. Una operación es una gran misa. Se instalan las sábanas que envuelven al enfermo, los sirvientes colocan los objetos del culto operatorio según un orden (...) La incisión de la piel abre la puerta del ritual y de lo desconocido. (...) El cuerpo humano se desvanece y da lugar a una idea abstracta: la búsqueda de la perfección. (...) La repetición de los gestos, pinza, pinza, tijeras, ligadura... (...) luz, hilo, bisturí eléctrico... (...) al final (...) la voz calma rompe el silencio: venda: pieza. Se tiende con ambas manos el recipiente estéril que recibe al objeto del mal, la ofrenda maléfica, que será analizada (...) Es un descenso a los abismos de los que se regresa lentamente, después de haber vencido a lo desconocido. (...) El otro gran momento sagrado es el instante en que el paciente se duerme (...) esta desaparición es fascinante." (Las bastardillas son mías)

Frydman describe al cirujano como mago. Cuando decide dedicarse a la cirugía, encuentra plaza en un servicio de ginecología y obstetricia; aunque lamenta que allí la cirugía se limitara a una parte del cuerpo, disponía de todos modos de "una cantidad de vientres para abrir y cerrar". Participó en la "batalla del aborto" sólo durante cierto tiempo, ya que "estar constantemente sumergido en esa atmósfera de abortos se tornaba mórbido. Ya era hora de salir de ese avispero." Su libro *El irresistible deseo de nacimiento* es la historia de su lucha por conseguir un papel protagónico en el nacimiento de los niños. Es interesante observar su portada: un gran primer plano del Doctor, sosteniendo un bebé que acaba de nacer, del que se ve poco más que la cabeza; de la madre...solo se ven los pulgares.

Frydman subraya que los ingleses habían conseguido el nacimiento del primer bebé por FIV en 1978 (Louise Brown) y "toda la prensa se había hecho eco de ese éxito". Pero, como había pocos especialistas en este campo, le queda el consuelo de estar "entre los primeros".

La FIV es una nueva aventura: el objeto maléfico es ahora la infertilidad; el record es haber producido el primer "bebé-probeta francés". "En realidad -escribe- persigo un sueño, aproximarme al máximo a los misterios de la creación, estar presente en el momento en que se forma la vida (...) (que) remite al instante inaprensible del pasaje a la muerte." Así, el control de la reproducción alimenta la ilusión de llegar a controlar la muerte.

El cuerpo de la mujer (al que en algún momento llama "caja de Pandora") se desvanece como el del paciente quirúrgico: "Hasta el nacimiento de Amandine, habíamos hecho alrededor de una centena de intentos. Uno por ciento, pero había que empezar." Frydman no habla de los 99 intentos restantes, realizados en cuerpos de mujeres, con sus historias de deseos y sufrimientos: solo son los fracasos necesarios para obtener la "primicia". Al referirse a los riesgos, dice: "Si sobreviniera una catástrofe las repercusiones serían enormes." La muerte de una mujer parece afectarle solo por sus consecuencias mediáticas.

Frydman no ha sido el único en esta posición; a juzgar por el discurso que sostienen, muchos "padres científicos" de niños nacidos mediante FIV se prestan a encarnar la versión más desembozada y perversa del nombre-del-padre. Veamos algunos ejemplos: Carl Wood (Monash University, Australia) afirmaba en 1984 que, utilizando diferentes técnicas de reproducción, sería posible producir tipos de personalidad y modificar la naturaleza humana. También informaba de que los bebés-probeta son más inteligentes y superiores en muchos aspectos a los demás niños.

Tengo 54 años, la misma edad que tenía mi madre cuando yo tenía la edad que ahora tiene mi hijo, 22. Por aquel entonces, mi madre regresó a su ciudad natal después de muchos años. Sus amigas de toda la vida la acogieron con los brazos abiertos pero le obligaron a teñirse el pelo. En parte por ella, dijeron, porque estaría más guapa, y en parte por ellas mismas, porque su pelo gris delataba la edad de todas. A mí aquello me hizo mucha gracia, me pareció un intento ingenuo y bastante inútil de disimular la verdad. Para mí, mi madre era ya TAN mayor... me parecía que su vida estaba acabada.

Yo soy muy distinta a como era mi madre, es cierto: mi aspecto, mi vida... Ella era, es, una señora a la antigua, una señora de faja y tacones (que dice mi amiga Rita) y de peluquería cada semana, de un solo marido para toda la vida y los hijos como único proyecto; sin embargo, seguro que a mi hijo también le parece que yo YA he vivido, que los años que me queden por delante, por muchos que sean, serán menos relevantes que los que ya he consumido, que no me transformarán, no traerán sorpresas, solo me harán más vieja.

Mi hijo, ensimismado, como yo entonces, en su absorbente juventud, no sabe aún que la experiencia humana es intransferible, especialmente la de la edad, que lo que no se ha vivido es rotundamente desconocido por mucha información que uno crea poseer, que pensar la vida no es lo mismo que vivirla. Desde que he cumplido 50 años, siento que he doblado una esquina; ante mí aparece, aunque sea larga, la última etapa de mi vida. Por primera vez, mi madre y yo vamos en el mismo vagón del tren, pero ahora sé que ignoro lo que está viviendo. También, por primera vez, no critico lo que hace, no critico lo que teme, no la juzgo. ¿Cómo es tener 86 años? Aunque trate de explicármelo, ahora sé que no lo entenderé.

Richard Seed (EEUU) pionero del lavaje de embriones, declaró que la manipulación genética del embrión se utilizaría al comienzo con fines terapéuticos, pero más tarde para controlar la evolución humana y mejorar la raza.

René Dubos (biólogo): "Como consecuencia de una selección, podría surgir un stock de seres humanos programados genéticamente para aceptar como normal un modo de vida reglamentado y protegido... (...) El animal de granja domesticado y el roedor de laboratorio sometidos a un régimen controlado (...) se convertirán así en los verdaderos modelos de un estudio del hombre."

Jean Cohen, uno de los "pioneros" franceses de la FIV: "En cierto modo nos transformamos en Dios (...) nuestra potencia se vuelve idéntica a la de quien ha dado la vida". Se repite la operación realizada por el dios patriarcal de la Biblia que asumió el control y la gestión de la fecundidad de las mujeres: solo él pudo hacer que Sarah diera a luz después de los 90 años, hoy asistimos al "milagro" de que mujeres de más de 60 años tengan hijos. Es frecuente que biólogos y médicos se refieran a esta técnica como un intento de reparar un fallo de la naturaleza (la "madre" naturaleza...).

La prensa se encarga de glorificar estas "hazañas" con una cobertura sensacionalista, contribuyendo a crear una imagen todopoderosa de la FIV, que exagera sus posibilidades reales (poco más de un 20% de éxitos, es decir, cerca de un 80% de fracaso, en la actualidad) sin mencionar sus fracasos y sus costos humanos y sociales. En una nota titulada "El primer baile de 150 bebés-probeta" leemos: "La estrella de la fiesta fue el doctor Pedro Nolasca Barri, jefe de la Unidad de Reproducción Humana del Instituto Dexeus de Barcelona, el artífice del nacimiento de estos niños".

Según Barri, la FIV no debe entenderse como "una reproducción alternativa sino como un tratamiento médico, ya que la esterilidad es algo anormal en la pareja." Se hace eco, así, de las palabras del ginecólogo alemán H.C.-K.Semm: "...el deber fundamental de una mujer es tener un hijo. Es el fin para el que vive. (...) Todo lo demás, para ella, es secundario (ya sea su carrera u otra cosa). (...) Si una mujer no es capaz de hacerlo, no puede acceder a lo que es su único objetivo en la vida, desde un punto de vista biológico. Luego, la no reproducción de la mujer constituye un fenómeno patológico..." La maldición bíblica ha sido sustituida por la enfermedad. Los criterios ideológicos son asumidos por la tecno-ciencia como patrones de normalidad o de enfermedad, convirtiendo la imposibilidad de realizar un deseo en una patología.

No debemos olvidar la cuestión crematística. Lawrence Suczynski, banquero de Chicago y presidente de una empresa de extracción y transferencia de embriones declaró en 1984 que su empresa tendría en los 3 años siguientes un beneficio anual de más de 50 millones de dólares. No carece de cobertura ideológica: "el poder de la maternidad triunfará sobre la crítica."

Ya han nacido niños con la aportación genética de una tercera persona cuya identidad jamás conocerán; dos gemelos llegaron al mundo con varios años de intervalo; una mujer puede dar a luz un hijo que no ha concebido o que ha concebido con el esperma de un hombre muerto; un niño puede tener hasta cinco progenitores (madre ovular, gestante, social; padre genético y social); una abuela ha gestado al niño concebido por su hija y su yerno; mujeres post-menopáusicas han dado a luz. Han surgido, en el mundo entero, centenares de clínicas de FIV, muchas más de las que serían necesarias si se restringiera la aplicación de estas técnicas a los casos en los que están realmente indicadas; se han creado empresas para vender servicios de reproducción y partes del cuerpo de las mujeres, como ovocitos y úteros; proliferan empresas dedicadas a la predeterminación del sexo del feto (en la India, como consecuencia de esta información, se abortan 29 de cada 30 fetos femeninos); ha surgido la figura de la madre "de alquiler" (aunque en España esta práctica está prohibida por la ley, hay clínicas que no tienen reparos en ofrecer públicamente sus servicios para contratar madres subrogadas en Estados Unidos).

En este contexto, no todas las mujeres son iguales. John Stehura, presidente de una empresa que contrata "madres de alquiler", pensaba que el precio que se paga a las mujeres por sus servicios reproductivos disminuirá cuando el alquiler de úteros se banalice; además, seguramente aceptarían tarifas más bajas las mujeres de regiones pobres de Estados Unidos o del "tercer mundo".

No es extraño, entonces, que el "médico taumaturgo" se halle deslumbrado por la difusión masiva que lo convierte en estrella mediática o en héroe, ni que pueda verse arrastrado por el poder económico, correlato de la alta tecnologización y de la gestión industrial de la maternidad.

## Bibliografía

- Delaisi de Parseval, G y Janaud A (1983) *L'enfant à tout prix*, París, Seuil, 1983.
- Frydman R (1986) *L'irrésistible désir de naissance*, París, PUF, 1986.
- Klein R (1989) *Infertility. Women speak about their experiences of reproductive medicine*, Londres, Pandora Press, 1989.
- Taboada L (1986) *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*, Barcelona, Icaria.
- Tubert S (1991) *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI.
- Tubert S (2001) *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*, Madrid, Síntesis.



# SOJA: verdades, mitos y Leyendas (I)

## Pilar Parra

Bióloga y Nutricionista  
[pilarparra1@orange.es](mailto:pilarparra1@orange.es)

Hace quince años, probablemente no habíamos comido tofu ni bebido leche de soja pero, actualmente, la situación ha cambiado radicalmente o, como mínimo, hemos oído hablar de esos productos de la soja y de sus efectos en nuestra salud. Es difícil resistirse a los cantos de sirena de la soja de los titulares de la prensa americana, he aquí algunos ejemplos:

“Empujón vegetal para escolares” (2004)

“La soja, alternativa a la leche para muchos” (2001)

“La proteína de la soja puede parar el cáncer de mama” (2000)

“La soja puede ayudar en la lucha contra el cáncer de próstata” (1999)

“Disfruta de la soja y disminuye el riesgo de enfermedad cardíaca” (1999)

“El menú de la menopausia: el cambio en la dieta puede cambiar la vida” (1999)

Los efectos sobre la salud publicitados incluyen: bajar el colesterol, disminuir la incidencia de enfermedades cardíacas, atenuar las sofocaciones y otros problemas asociados a la menopausia, preservar la memoria, proteger contra la pérdida ósea, los desórdenes de la función inmune, el daño muscular, enfermedades renales, la ganancia de peso y cánceres de mama, próstata, estómago y colon. Entonces, ¿la soja es una panacea o sólo otro alimento?

Desgraciadamente, no hay una gran

evidencia científica para ninguno de los efectos anteriormente citados. A pesar de la gran cantidad de investigaciones realizadas, no está claro cuán efectiva es para el tratamiento o prevención de cualquiera de las alteraciones físicas citadas.

### UN POCO DE HISTORIA

Haciendo un poco de historia de la evolución del consumo de soja podemos ver cómo los intereses de las industrias alimentarias, especialmente estadounidenses y, en muchos casos de los gobiernos, influyen en las prácticas y costumbres alimentarias de la población.

La soja es originaria de Asia y no alcanzó Europa hasta el siglo XVII y América incluso más tarde. En EEUU, las judías de soja se usaban como alimento para los animales de granja; los norteamericanos no empezaron a comer productos de soja hasta alrededor de 1915, cuando una plaga destruyó las semillas de algodón, de donde obtenían el aceite para cocinar.

El Departamento de Agricultura de EEUU (USDA) empezó a promover la producción de soja mediante sistemas de precios garantizados, tarifas y subsidios. Durante años, los granjeros norteamericanos produjeron una tercera parte de la soja producida en el mundo, pero países como Argentina (52,2 millones de toneladas de grano de soja en el año 2009) y Brasil (61,6 millones de toneladas) rápidamente se unieron al carro del cultivo de la soja con costes de producción más bajos.

Esto llevó a una situación de excedencia en la cosechas de soja y a promocionar su consumo. Para resumir la situación en USA, diremos que produjeron 96 millo-

nes de toneladas el pasado año, la mayoría de esta cosecha con subsidio federal, por lo tanto tienen que potenciar al consumidor para su compra. El gobierno federal ayuda en la tarea: desde 1991, un programa de la USDA reserva cerca de 45 millones de dólares anuales para “investigación y educación (o sea, marketing) para promocionar los beneficios en la salud de las judías de soja entre los consumidores”.

En 1999, después de un intenso esfuerzo de las compañías de producción de soja, la FDA (Federal Drug Administration) aprobó la inclusión de una recomendación de salud en las etiquetas de los alimentos con un mínimo de soja en los que se informaba de que “la ingesta de 25 gramos de proteínas de soja al día, combinada con una dieta baja en grasas saturadas y colesterol, puede reducir el riesgo de enfermedad coronaria”. Esta cantidad equivale a beber cuatro vasos de leche de soja o comer 400 gr de tofu al día.





Pero los productos de soja son un hueso duro de roer, son productos nuevos con un sabor que no nos cautiva fácilmente. La industria de los productos de soja, consciente del poco atractivo sabor, intenta ponerle remedio al menos de tres maneras:

- Investigando en ciencia y tecnología alimentaria diseñada para desarrollar nuevos productos de soja, para quitar el sabor a judía, o enmascarar cierto sabor amargo con aditivos y saborizantes.
- Haciendo estudios de mercado para estimular las actitudes favorables hacia la soja y derivados y así animar a probarlos.
- Promoviendo investigación básica y clínica diseñada para convencer de que la soja es un alimento muy saludable.

Muchas de estas investigaciones tienen lugar en la Universidad de Illinois, el estado donde están la mayoría de productores de soja, que recibe fondos para la investigación de la soja del Illinois Center for Soy Foods. Este organismo define su misión como "expandir el tamaño y aprovechamiento de la industria americana de la soja".

## ASPECTOS NUTRICIONALES

La soja es una legumbre, como los garbanzos, judías, lentejas o guisantes, pero si los comparamos, tiene más calorías, proteínas y grasa y menos fibra y carbohidratos que la judía. Sus grasas son poliinsaturadas: omega 3 y 6; no tiene ni colesterol ni grasas saturadas.

Esta legumbre tiene una de las proporciones más altas en proteínas del reino vegetal, y contiene los 8 aminoácidos esenciales, aunque es relativamente pobre en cistina y lisina, por lo que es una buena alternativa a la proteína animal. Frente a esta tiene varias ventajas: menos grasas y de mejor calidad, más digerible, más fibra, más económica y su producción tiene me-

nos coste ecológico sobre el planeta y el medio ambiente.

Contiene zinc, calcio, potasio y fósforo, entre otros minerales, y vitaminas A, D, C, E, K y varias del grupo B.

Es rica en isoflavonas -una clase de fitoestrógenos- que son estructuralmente similares a los estrógenos y que se comportan como estrógenos débiles en el cuerpo humano.

## SUPUESTOS BENEFICIOS SOBRE LA SALUD

Para investigadores en nutrición es difícil distinguir los efectos de cualquier alimento de nuestra dieta (en este caso la soja) de todo lo demás que podemos comer o hacer. Veamos el porqué:

- La soja es sólo comida. Si comes soja porque piensas que es sana, probablemente también tendrás otros buenos hábitos de salud.
- Si tienes otros buenos hábitos de salud y no comes soja, es fácil que no notes la diferencia.
- Y si comes soja, es improbable que compenses otros hábitos no saludables que puedas practicar.

Así que es complicado poder asignar cada efecto en nuestra salud a un único componente de la dieta, en una maraña de hábitos buenos y malos, costumbres, medio ambiente, etc.

Como la industria de la soja convenció a la FDA de que las proteínas de la soja, más que las proteínas de otro vegetal, bajan el colesterol y previenen la enfermedad cardiaca, se desarrolló un sofisticado trabajo de marketing basado en una lógica reductiva:

- En Asia tienen bajos índices de ataques al corazón o problemas menopáusicos u otros.
- En Asia comen soja.
- La soja contiene proteínas, fibra e isoflavonas.

Luego: Las proteínas de la soja, la fibra o las isoflavonas deben ser las responsables de la buena salud de los asiáticos. No importa que haya millones de personas asiáticas con una amplia variación de dietas y formas de vida, o que los asiáticos compartan muchas más características que la cantidad de soja que coman, alguna de las cuales podría explicar mejor sus bajos índices de ataques cardiacos. Pero se atribuyó a un sólo componente de su dieta el bajo riesgo de enfermedad coronaria.

## EVIDENCIAS CIENTIFICAS

Sólo entraremos en detalles de los efectos más publicitados, que son los más investigados científicamente.

### Acción sobre el colesterol y enfermedades cardiacas

En un artículo de New England Journal of Medicine se analizaron cuarenta estudios en los que la gente substituía la proteína animal por la proteína de soja. Algunos -pero no todos- mostraron que se redujeron los niveles de colesterol.

Comiendo 50 gr de proteína de soja al día, se reducía el colesterol un 9.3%,



y esta reducción era mayor si los individuos tenían cifras de colesterol por encima de 300 ng/ml. Dando por supuesto que este consumo se mantuviera a lo largo de los años, llevaría a una reducción del 20% de riesgo de ataque cardiaco. En este estudio se basó la FDA para su recomendación en las etiquetas (recordemos que su recomendación de consumo es la mitad de la cantidad consumida en el estudio). Pero otros estudios posteriores no han confirmado estos resultados. Algunos mostraron un modesto beneficio del 3-6% en las cifras de colesterol.

Miembros investigadores de la FDA escribieron cartas de protesta porque consideraron arbitraria la aprobación de la inclusión de la recomendación del consumo de soja en las etiquetas.

Podemos preguntarnos si este reducido beneficio no sería simplemente el resultado de eliminar de la dieta los productos animales con su contenido de colesterol.

## **Sofocaciones en la menopausia**

Los fitoestrógenos de la soja podrían mimetizar los efectos de los estrógenos que no se producen a partir de la menopausia; podrían ser una forma natural de atenuar los sofocos y otras molestias de las mujeres en esa etapa. Algunos-pocos- estudios así lo muestran, aunque un mayor número de ellos indican que no tienen mayor efecto que las píldoras del placebo. En esta clase de estudios el placebo es esencial porque las sofocaciones a menudo mejoran con el tiempo, tanto con soja como sin ella.

Aquí habría que considerar la posibilidad de que los diferentes fitoestrógenos trabajen en sinergia entre ellos y con otros componentes de la soja que no están en las píldoras de isoflavonas que se venden (genisteína y daidzeína, principalmente).

## **Defensa contra el cáncer de mama**

Biológicamente hablando, hay una sólida razón por la que la soja pueda actuar contra el cáncer: los fitoestrógenos. Hay dos tipos principales: isoflavonas y lignanos. Se producen también en otras plantas-sésamo, otras legumbres, frutas y vegetales- y actúan en ellas como hormonas reguladoras del crecimiento.

En el cuerpo humano actúan como estrógenos débiles; su acción depende de la cantidad que haya y de dónde estén. En algunos tejidos, mimetizan la acción del estrógeno y, en otros, lo bloquean. El estrógeno estimula el crecimiento y multiplicación de la mama y de las células cancerosas de la mama, así que los efectos de bloqueo del estrógeno de los fitoestrógenos de la soja podrían proteger del cáncer de mama.

Pero la simplista explicación de que consumir mucha soja en la dieta es la razón de las bajas tasas de cáncer mamario en Japón es un error. El cáncer de mama ha tenido una incidencia baja por toda Asia (al menos hasta ahora) y la soja no es corriente en todos los países de Asia. Esto sugiere que otros factores, como la herencia genética, la cantidad de actividad física u otros componentes de estilo de vida o de nutrición, son los reales agentes preventivos.

Los estudios no proporcionan una evidencia clara. Algunos muestran un beneficio y estos son los que suelen tener eco en la prensa, pero los que no muestran beneficio, y hay bastantes, consiguen poca propaganda. En un estudio del Instituto de Cáncer de Shanghai se puso en evidencia que las mujeres con cáncer de mama comían la misma cantidad de soja que las que no lo sufrían. Otros dos estudios realizados en Japón obtuvieron conflictivos resultados en cuanto al tofu. Incluso en EEUU, un estudio en una comunidad religiosa vegetariana encontró que el riesgo aumentaba con los años de vegetarianismo y, por lo tanto, de consumo de soja.

Hay evidencias de que la genisteína, la isoflavona más abundante en la soja, puede estimular el crecimiento del cán-

cer de mama dependiente del estrógeno. También puede interferir con la acción anticáncer del tamoxifeno, pues ocupa los mismos receptores.

Necesitamos aprender más acerca de cómo la proteína de soja afecta a diferentes tejidos en diferentes etapas de la vida. La actividad bloqueadora del fitoestrógeno contra el estrógeno puede ser beneficiosa en mujeres jóvenes, cuyas mamas, ovarios y otros tejidos sean bombardeados con un exceso de estrógenos, pero podría ser una equivocación recomendar soja como una forma de prevenir el cáncer de mama si los fitoestrógenos estimulan el crecimiento de las células cancerosas en etapas posteriores de la vida, cuando el estrógeno disminuye naturalmente.

## **Acción sobre el cerebro**

Los estrógenos y compuestos relacionados han sido implicados en la mejora de la memoria y la concentración. Escasos estudios, la mayoría hechos con suplementos de isoflavonas, sugieren que preservan la memoria y la concentración. Otros no ven ninguna diferencia.

En un estudio con japoneses ancianos que vivían en Hawai, se observó que tenían más pérdida de memoria y otros problemas cognitivos los que habían conservado su dieta tradicional con consumo de soja que los que habían pasado a una dieta occidental. Este resultado no debe ser descartado porque los estrógenos juegan un papel en mantener las funciones mentales y es posible que demasiado antiestrógeno en el lugar y etapa de la vida equivocados, pueda ser contraproducente.

## **Cáncer de próstata**

Similares evidencias contradictorias existen para el cáncer de próstata. Unos estudios muestran que comer mucha soja lo previene y otros no ven ninguna acción sobre la próstata.

... →

## Algunas conclusiones

Hasta aquí, las contradicciones de la soja que se han ido poniendo en evidencia y son más o menos aceptadas por la comunidad científica. Como conclusión diremos que:

- La soja es una buena alternativa a la carne, pero no hay que tomarla en abundancia, sólo unas pocas raciones a la semana, no al día. La evidencia actual nos indica que las mujeres con cáncer de mama probablemente no deberían comer soja.

- Los fitoestrógenos son potentes agentes biológicos cuya acción contra diferentes patologías desgraciadamente es una cuestión todavía abierta. Esta es la razón por la que los suplementos de isoflavonas se deberían tomar con la misma precaución que una nueva droga sin inocuidad probada.

(en el próximo número de MyS, la II parte)

## Niños, niñas y adolescentes, a temblar!

Leonor Taboada

Se me acumulan las informaciones sobre el abuso que los laboratorios con la complicidad de médicos y autoridades varias, claro está, están perpetrando sobre los inocentes cuerpos infantiles y adolescentes. Por no hablar de sus mentes, claro. Pongo algunos ejemplos:

### ¿No se concentran?: empastíllalos!

Ya se sabe: son chicos malos a los que hay que medicar a tope porque crecen fuera de control: no se concentran, son díscolos, son niños.

En vez de buscar fórmulas para crezcan mejor en un medio ambiente social resquebrajado, le han puesto un nombre al malestar ("Síndrome de déficit de atención") y los medican ferozmente. Las recomendaciones y tratamientos van de las anfetaminas a los tranquilizantes hasta la Cloridina, un antihipertensivo desfasado, recientemente aprobado por el FDA para niños y adolescentes de 6 a 17 años.

Entre los efectos secundarios, somnolencia, (31-38%), sedación (19% versus 8% en los tratados conjuntamente con psicoestimulantes) y descensos de la tensión arterial.

Opina Vicente Baos en su blog: *"la hipertensión no es un problema y cualquier descenso puede ser significativo..."*

*la aprobación de medicamentos tras probarlos durante ocho semanas para su uso prolongado en niños con estudios tan breves y poco numerosos, plantea dudas metodológicas importantes".*

Menos mal que el fabricante compensa las posibles molestias ofreciendo importantes descuentos en la primera receta y en las 5 siguientes.

### INDIA: probar vacunas en niñas marginadas

Los ensayos clínicos del virus del papiloma humano (VPH) realizados en 2009 en Andhra Pradesh (13791 niñas) y Gujarat (9.637 niñas) dentro del programa estatal llamado "Demonstration Project" han sido declarados no éticos, al haber sido realizados en niñas entre 10 y 14 años, residentes en albergues administrados por el gobierno para niños indígenas, sin consentimiento familiar ni legal y sin monitorización o seguimiento posteriores.

Importantes grupos de activistas a favor de la salud en India, como el Sama Resource Group for Women and Health denuncian también publicidad engañosa sobre la capacidad de protección contra el cáncer de cérvix y el "encubrimiento" de los efectos adversos sufridos por un gran número de las niñas.

### Del insti, al quirófano

Por la gracia de Corporación Dermostética y por la desgracia de tener las autoridades sanitarias que tenemos, se emite un "spot" de fin de curso para que las niñas exijan como premio de curso aprobado un tratamiento que las haga sentirse mujeres de verdad, aumentando las dimensiones de sus mamas. Dice la empresa: "Obviamente hay casos, como el complejo por tener los pechos pequeños, en los que una vida sana no es suficiente..." Obviamente, no dice nada efectos secundarios. Obviamente, no hay quien los frene.

### Vacunas para las reinas de la vendimia

"Inmunizaron contra el cáncer de cuello de útero a las reinas", titulaba el periódico Los Andes .

Reina y virreinas del concurso para elegir la reina de la vendimia 2011 en Mendoza, Argentina, recibieron un regalo muy especial: les "donaron" 36 kits de la vacuna del papiloma por valor de 65.000 dólares para ellas o para transferirlas a otras mujeres en caso de que ya se la hubieran aplicado. La campaña coincidió con el anuncio de que el gobierno argentino dejaba de ser uno de los bastiones del mundo donde todavía no se iniciaba la vacunación masiva de las niñas.

# se van, pero se quedan



**ANA FABRICIA CÓRDOBA**  
ASELINADA POR LA CAUSA  
EL 7 DE JUNIO DE 2011

“Las mujeres queremos vivir libres de miedos, guerras y violencias”.  
Activista de 51 años, integrante de la Ruta Pacífica de las Mujeres, madre de cinco hijos.

Había denunciado amenazas contra su vida, pero no se le había brindado protección. Fue asesinada el 7 de Junio en Medellín donde estaba desplazada desde 2001, después del asesinato de uno de sus hijos. En 2010 asesinaron a otro. Formaba parte del Grupo de mujeres “aventureras gestoras de derechos” y fue fundadora de Latepaz, organización comunitaria que trabaja por el mejoramiento de la calidad de vida de las y los desplazados.

“A mí me van a matar, pero lo que yo quiero es justicia”,  
“A nosotros nos hace falta un poquito de valentía, no con fusiles, para la defensa de todos los activistas”.

Sus otros hijos han tenido que dejar el país. Hay un antes y un después de esta trayectoria vital y de este asesinato: un nuevo impulso para seguirla.



**PEPA PONT**  
EL GÉNERO EN SALUD PÚBLICA

La Doctora Pepa Pont nos ha dejado en un momento de máxima creatividad personal. Ella consiguió introducir la perspectiva de género en la salud en las Jornadas “30 Anys

de Feminisme al País Valencià” en 2007 y desde entonces no cejó en su empeño de realizar los cursos de morbilidad diferencial en la Escuela de salud Pública Valenciana junto con Rosa Marín. Su empeño, su calidez y su eficacia nos permitieron compartir los buenos momentos al abrir las mentes de los profesionales a una nueva mirada sobre la salud de las mujeres. Su muerte prematura nos ha de estimular a continuar con su trabajo y con su lucha en contra del androcentrismo en la medicina.



**MAGDA TRAVERIA PLA**  
IMPULSORA DE LA UNIDAD DE  
MAMA DE BALEARES

Impulsó la Unidad de mama del Hospital Son Espases, que queremos que lleve su nombre.

A lo largo de trece años, fue superando varios cánceres, a la vez que continuaba su brillante carrera periodística.

Cuando le diagnosticaron un cáncer de mama de manera tardía y errónea denunció y fue la primera mujer ganadora de una demanda por negligencia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, sentando un precedente.

Cuando se desmanteló de la noche a la mañana el espacio del hospital donde se encontraba en tratamiento con otras mujeres en su misma situación —un germen de unidad de mama— no dudó en movilizar a las activistas de salud de las mujeres, de mover cielo y tierra, de poner de los nervios a todas “las autoridades” políticas y sanitarias hasta lograr, por fin, lo que ahora tenemos, gracias a ella.



**CONCHA COLOMER**  
COMPROMISO EN ACCIÓN

Murió inesperadamente a principios de abril. Era una mujer comprometida con la salud de las mujeres desde hace muchos años y socia de nuestra Red desde el principio.

El los últimos años dirigía el Observatorio de la Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad. Bajo su dirección, éste observatorio ha impulsado proyectos encaminados a aumentar la participación en la investigación de salud de las profesionales, el desarrollo de la estrategia del parto normal, el informe sobre sensibilidad química múltiple y otros temas de interés para la salud de las mujeres. Tenía aún muchos años por delante y muchos proyectos a los que ir dando curso. Lamentamos su pérdida y deseamos que el Observatorio continúe su labor.

## CAE LA VENTA DE TERAPIA HORMONAL MÁS DE UN 70%



Un estudio llevado a cabo en Asturias ha puesto de manifiesto que la difusión de los resultados de los dos grandes estudios, Women's Health Initiative (2002) y del Million Women Study (2003) (que establecieron los riesgos asociados a la terapia hormonal sustitutiva para la menopausia) ha hecho caer la venta de estos fármacos.

El estudio pretendía comprobar el impacto en la prescripción y la venta de THS tras la difusión de las recomendaciones de la Agencia Española del Medicamento a través de la Consejería de Salud, actividades que incluían la información a los profesionales y a las mujeres no profesionales.

Para ello, el estudio recoge y compara las cifras de venta de los distintos productos hormonales en dos periodos: uno anterior a las actividades informativas, 1996 a 2003, y el otro, 2004-2005, en el que se llevaron a cabo las actividades. Mientras en 2001 se vendieron 152.785 unidades, a partir de 2002 las ventas empiezan a bajar, aunque lo hacen muy significativamente en 2005, año en que se vendieron sólo 40.383, es decir un 73,56% menos que en 2001.

El estudio llega a la conclusión de que no basta con que haya evidencia científica de calidad para que cambien las prácticas clínicas: es tarea del sistema público acercar a los profesionales los conocimientos científicos, así como informar adecuadamente a las usuarias para que tomen sus propias decisiones tras una información veraz y no sesgada.

*Mosquera Terreiros, Carmen. Cambios en el uso de la terapia hormonal sustitutiva tras una intervención informativa dirigida a mujeres y prescriptores. Gaceta Sanitaria 2009; 23(2):100-103.*

## SEDANTES Y ANSIOLÍTICOS AUMENTAN EL RIESGO DE MUERTE

Un estudio llevado a cabo a través de la encuesta de población y salud de Canadá reveló que las personas que tomaban pastillas para dormir o ansiolíticos tenían un riesgo mayor de morir. El riesgo no era grande (un 1,36 veces superior) pero sí significativo.

La mayor tasa de mortalidad relacionada con el uso de estos fármacos correspondió a la franja de edad de entre 55 y 74 años. Se compararon los resultados por sexo, y se vio que, si bien ser mujer es un factor protector, el riesgo de morir prematuramente de una mujer consumidora de sedantes o ansiolíticos era mayor que el de la no consumidora.

Posibles explicaciones de estos resultados son, por ejemplo, los efectos secundarios de las benzodiazepinas, un principio activo muy común en este tipo de fármacos: alteraciones en el tiempo de reacción, en la coordinación psicomotriz y en el rendimiento, la memoria y otras funciones cognitivas, pudiendo favorecer que ocurran caídas y accidentes; también tienen un efecto depresor sobre el sistema respiratorio, lo que puede agravar los trastornos del sueño relacionado con la respiración, particularmente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar o cardíaca. Por último, los fármacos sedantes son depresores del sistema nervioso, y pueden perjudicar el sentido de auto-protección aumentando el riesgo de suicidio.

Los nuevos hipnóticos a base de zopiclona o zaleplon no eliminan todos los resultados negativos asociados al uso de benzodiazepinas y, hallazgos recientes sugieren mayor riesgo de depresión, cáncer de piel e infecciones. Además, los ISRS, ampliamente utilizados para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño, además de producir disfunción sexual, aumento o pérdida de peso y desapego emocional, aumentan las ideaciones y los intentos de suicidio.

El estudio concluye con la recomendación de dar prioridad a los tratamientos no farmacológicos para combatir los problemas del sueño y la ansiedad.

*Belleville, Geneviève. Mortality Hazard Associated With Anxiolytic and Hypnotic Drug Use in the National Population Health Survey. Can J Psychiatry. 2010;55(9):558-567.*

## SARTENES ECOLÓGICAS



Salen al mercado unas sartenes con recubrimiento cerámico para sustituir a las recubiertas de teflón.

Las sartenes de teflón no son recomendables porque el teflón es un compuesto fluorado tóxico para el organismo. El recubrimiento se desprende por el roce y se deshace cuando la sartén se calienta lo suficiente. El teflón se degrada a una temperatura inferior a la que alcanza una sartén al cocinar, 250° o más. Según Nicolás Olea, catedrático de la Universidad de Granada y experto en tóxicos ambientales, el teflón se va desprendiendo con el uso y se va incorporando a los alimentos mientras se cocinan y, de ellos, a nuestro organismo en dosis diarias. Sin embargo, el recubrimiento cerámico de las sartenes ecológicas requiere una temperatura de 500° para deshacerse, temperatura muy superior a la que es posible conseguir en una cocina, por lo que son seguras.

*Sobre el teflón, ver <http://www.youtube.com/watch?v=B3gE6ACNqtA>, conferencia de Nicolás Olea, en la III Jornada de Reflexió sobre Agricultura Ecològica i Consum Responsable, Valencia 2009.*

Subvencionado por:

