

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
María 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
Carmen Sanchez-Contador
Fina Sanz
Victoria Sau
Verena Stolcke
M^a José Varela Portela

EDICIÓN

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

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

Depósito legal: PM 765-1996

EDITORIAL. MONEY, MONEY, MONEY...NOS ROBAN NUESTROS SISTEMA SANITARIO. Plataforma feminista de Asturias en defensa de los Servicios Públicos.	3
Hablamos.	3
Enredhadas. TERAPIAS POR FAVOR. Leonor Taboada.	5
TRAYECTORIAS. CONSUELO CATALÁ: UNA VOZ INCONFUNDIBLE DEL FEMINISMO. Leonor Taboada.....	6
MIENTRAS LOS HOMBRES MADURAN, LAS MUJERES ENVEJECEN. Montserrat González García	10
EN 8 MINUTOS. HABLANDO DE SEXO EN LA CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA. Julia Ojuel	14
COSAS QUE NOS PASAN. ABRIENDO LOS OJOS. Margarita López Carrillo	17
REVUELTA EN EL FRENOPÁTICO. Patricia Rey Artime	18
DOSSIER: SANIDAD PÚBLICA NO SE VENDE, SE DEFIENDE	
CURAR CON PALABRAS. SALUD MENTAL, TRABAJO EN EQUIPO Y SANIDAD PÚBLICA. Ibone Olza	21
UN DIA CUALQUIERA. CARTA ABIERTA A LOS RESPONSABLES DE LA SANIDAD CATALANA. Francesca Zapater	22
EL DEDO EN LA LLAGA. PRIVATIZAR VIENE DE PRIVAR. Carme Valls-Llobet	23
VACUNA HPV. SEGUIMOS EN LA BRECHA	
UNA REFLEXION Y UN PROPUESTA. Teresa Forcades i Vila	24
MANIFIESTO: RETIRAR LA VACUNA ES INVERTIR EN SALUD	27
TALLERES	
ENFERMERAS EN ACCIÓN COMUNITARIA. Vicen Laguna	28
TALLERES DE SEXUALIDAD DE UNA MUJER DE PUEBLO Y FEMINISTA. Montserrat Casado Prieto	30
MY S LIBROS.....	31
minidosis	32

myses publicados

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

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



- | | |
|---|---------------------------------|
| 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR |
| 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS |
| 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA |
| 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE |
| 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | |
| 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS | |
| 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO | |

MONEY, MONEY, MONEY... ¿Nos roban nuestro sistema sanitario!



LA SANIDAD PÚBLICA, UN DERECHO IRRENUNCIABLE

Los servicios públicos, fundamentales para toda la población, lo son especialmente para las mujeres, porque les permite incorporarse y mantenerse en el mercado laboral al "socializar" parcialmente las responsabilidades familiares, de las que habitualmente tienen que hacerse cargo por la escasa corresponsabilidad de los hombres. Resultando, además, una fuente de empleo en gran medida ocupado por las mujeres. Por lo tanto, cualquier reforma que no vaya en la línea de garantizar y mejorar los servicios públicos de sanidad, educación y los servicios sociales que se ocupan de los cuidados de las personas, perjudica doblemente a las mujeres: porque serán despedidas si se eliminan servicios y porque, aún por inercia social, tendrían que hacerse cargo de los cuidados que se hayan dejado de prestar.

En el contexto actual de pérdida de empleo, de poder adquisitivo y de servicios públicos se inscriben los recortes sanitarios. El Decreto Ley 16/2012, impone un nuevo modelo que limita el acceso a los servicios sanitarios de amplios sectores de la sociedad, introduce "re-pagos" que castigan a las personas económicamente más débiles y, especialmente, a quienes padecen enfermedades crónicas, excluyendo a la población inmigrante no-regularizada.

DE UN SISTEMA UNIVERSAL, GRATUITO Y PÚBLICO A UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO, RE-PAGADO Y PRIVATIZADOR.

El aseguramiento divide a la ciudadanía en categorías: personas aseguradas, que están cotizando y que tienen derecho a la sanidad, personas a cargo de un/a cotizante (por lo general varón) y personas sin derecho a los servicios sanitarios, exceptuando la atención urgente.

Hasta ahora, la financiación de nuestro sistema sanitario dependía directamente de los presupuestos. La nueva ley

liquida la cartera única de servicios comunes del SNS y anuncia tres carteras de servicio: la "cartera común básica", la "suplementaria" y la "accesoria", con co-pagos de mayor o menor cuantía.

En un país con un 26% de paro (50% entre las y los jóvenes) y con más de un millón de hogares con todos sus miembros sin empleo, estas medidas parecen perversamente excluyentes.

Los recortes en los presupuestos contribuyen al deterioro del sistema público, con repercusión sobre los servicios, sobre las y los profesionales sanitarios (reducción de plantillas, peores sueldos...) y con la transferencia, en algunas CCAA, de la gestión y la propiedad pública a empresas privadas.

Mientras, de forma obscena, se multiplican las ofertas de seguros privados, para quienes puedan pagarlos. Todo es parte de la misma estrategia: deteriorar los servicios públicos para vender "lo privado", demostradamente más caro y menos eficiente.

Todos estos recortes no sólo son injustos y discriminatorios sino que, lejos de "mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", empeora la salud de una población cada vez más empobrecida, vulnerable y necesitada.

Medicalizar y recortar, ¿bases para privatizar?

Paradójicamente, se sigue favoreciendo la medicalización de la población sana y la dependencia del SNS de la industria farmacéutica y tecnológica, lo que origina unos gastos insostenibles y una iatrogenia intolerable. España es el primer país de la UE-15 en consumo de medicamentos respecto al PIB y el segundo país del mundo en consumo/persona. Sólo una cifra: el negocio farmacéutico español en 2009 sobrepasaba los 20.400 millones de euros, lo que suponía un 61% del gasto sanitario total mientras el gasto en personal era el 31%.

¿Qué significa "prevención" en la cartera básica? Sabemos que en nombre de la prevención sanitaria se fomentan



Estimada
Carme,

Te escribo porque me acabo de suscribir a la revista mys que me parece muy interesante, sobre todo el punto de vista de la salud desde el feminismo, y para darte la enhorabuena por tu artículo sobre el hipotiroidismo que me ha encantado.

Me he sentido muy identificada porque he sufrido de hipotiroidismo "subclínico" no tratado adecuadamente por los mismos motivos que comentas en él.

Sentí un gran alivio cuando leí en tu artículo que los niveles normales de TSH para no presentar hipotiroidismo deberían estar en torno a la unidad y no en torno a 2,5 como recomiendan la mayoría de los médicos/as de familia o endocrinólogos/as para empezar con el tratamiento sustitutivo. En resumen, te cuento mi experiencia para que veas cuanta razón tienes al decir que se "menosprecia la patología tiroidea porque solo afecta a la calidad de vida".

Tras una operación de tiroides mis niveles de TSH estuvieron en torno a 4,5 durante 9 meses en los que no me recetaron ninguna medicación. Hasta entonces estuve con mucho cansancio y con la sensación de no poder sentir ningún tipo de emoción (ni penas, ni alegrías, ni nada). Cuando empecé con la medicación (levotiroxina), me ajustaron la dosis para que mi TSH estuviera alrededor de 2,5, consideraron que ya estaba en los valores aceptables. Desde la intervención quirúrgica había empezado a tener dolores musculares y contracturas por toda la espalda que no cesaron con la medicación ajustada. Los diferentes endocrinólogos/as que consulté consideraron que estando mi TSH en torno al 2,5 mis dolores musculares no podían tener relación alguna con mi problema del tiroides. Intenté todo lo posible para aliviar mis dolores musculares sometiéndome a distintos tratamientos en el Servicio de Rehabilitación y a masajes terapéuticos para las contracturas cada dos semanas, que no surtieron ningún efecto. Ante mi desesperación, indagando por Internet descubrí varios foros en los que muchas mujeres se quejaban de dolores musculares similares a los míos por hipotiroidismo y que estaba descrito en algunas publicaciones científicas como uno de los posibles síntomas del hipotiroidismo subclínico. Finalmente, tuve la suerte de contactar por internet con un endocrinólogo que relacionaba mis dolencias musculares con mi TSH de 2,5 y me ofrecía la posibilidad de ajustarme la medicación para reducir mi TSH a 1. Mediante consultas a través de Internet fui aumentando levemente mi dosis de levotiroxina hasta que mi TSH estuvo en valores en torno a la unidad y desaparecieron mis dolores musculares.

En definitiva, quería agradecerte la luz que arrojas sobre este tema con tu artículo y me gustaría que se le diera la máxima difusión posible a este asunto entre endocrinólogos/as y medicas/os de familia. En especial a la importancia del ajuste adecuado de la TSH en las mujeres que padecen los síntomas del hipotiroidismo "subclínico" por muy leves que parezcan. A mí me ha cambiado la vida algo tan sencillo como ajustarme la dosis de la medicación y encontrar a un profesional que hiciera caso a mis dolencias aunque "solo afectasen a mi calidad de vida".

GMM



verdaderas estrategias de medicalización. El dicho "prevenir es mejor que curar" se ha pervertido al asociarlo con medicalización en vez de con la mejora de las condiciones y estilos de vida y con políticas públicas saludables que beneficien a toda la población: empleo, vivienda, educación, alimentación saludable, vida activa...

Las mujeres conocemos los efectos de la mercantilización de la salud: la epidemia provocada por el tratamiento hormonal sustitutivo, los efectos del Agoal, la vacunación innecesaria contra el VPH, cuyo negocio supera los 50 millones de euros anuales, ... son algunos ejemplos. Y qué decir del escandaloso fenómeno de estatinización de la población sana (estatinas contra el colesterol!), paradigma actual de la "prevención" médica y provechoso negocio de más de 700 millones de euros anuales sólo en fármacos. Mientras, los servicios de reproducción asistida, un millonario filón para la privada, serán excluidos de la cartera pública y el derecho al aborto, siempre tan precario, concertado y periférico en el SNS, podría quedar reducido al esperpento, de un plumazo político-ideológico.

Hace años que venimos denunciando esta sin razón ¿por qué los gobiernos hicieron y hacen oídos sordos? ¿acaso era parte de la estrategia externalizadora y privatizadora? ¿o era parte de las exigencias de los lobbys sanitarios y ahora, además, lo es del BCE, el FMI y el Banco Mundial?

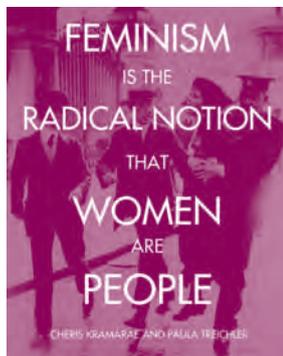
La racionalización de las tecnologías sanitarias y de los medicamentos es inexcusable para evitar la iatrogenia y los innecesarios gastos públicos derivados. Imprescindible una agencia científica evaluadora de los mismos y un sistema de formación profesional continuada, independientes de los intereses de la industria, para asegurar una atención sanitaria científica y de calidad, hoy amenazada por el mercadeo sanitario.

La privatización del sistema sanitario —o la parte del mismo más jugosa— requiere negocio... y la medicalización, las necesidades creadas (disease mongering), el consumismo sanitario... y los recortes en el sistema público son requisitos para ello.

Ante esta amenaza, ya realidad en algunas CCAA, las mujeres y la población general debemos corear con la marea blanca de Madrid: LA SANIDAD PÚBLICA NO SE VENDE, SE DEFIENDE: universal, gratuita en su uso y racional en sus prestaciones, para responder a las necesidades reales de la población que la sostiene y a quien pertenece.

on

**NOSOTRAS FEMINISTAS,
POR SUPUESTO!!!**



Lo sabíamos, nos parecía, estábamos en ello, pero Mala y Laurel lo han demostrado: "La movilización de los movimientos feministas es más importante para el cambio que la riqueza de las naciones, la izquierda, los partidos políticos, o el número de mujeres políticas"

Mala Htun y S. Laurel Weldon son las autoras de un nuevo estudio sobre la violencia contra las mujeres realizado a lo largo de cuatro décadas y en 70 países que se ha publicado en 2012. El estudio aparece en el último número de la American Political Science Review (APSR), publicado por Cambridge University Press para la American Political Science Association (APSA). Y sigue "Los movimientos feministas fuertes y autónomos fueron los primeros en articular la cuestión de la violencia hacia las mujeres y fueron catalizadoras clave para la acción gubernamental, mientras otras organizaciones marginaban las cuestiones que se consideraban solo de importancia para las mujeres. Los movimientos fuertes comandaron el apoyo y la atención pública, y convencieron a los medios de que los temas eran relevantes para la discusión pública".

Gracias amigas, las feministas, por la salud. También seguiremos movilizándonos para cambiar este mundo...

off

**NUESTRA REVISTA MYS
EN RIESGO!!!!**



Todos los augurios para el 2013 eran negros y aciagos y nos estábamos preparando para la resistencia y la austeridad apelando a más sororidad y dignidad...

Pero nuestra estrella preferida, nuestra querida revista pensábamos que no estaba aun en la cuerda floja de las crisis y las estafas... pero zas!

Nuestra fuente principal de financiación pública para la revista este año ha caído. Han desestimado nuestra demanda por falta de recursos... Un duro golpe...

Un off triste pero también un llamado para las equilibristas de la vida que somos todas las lectoras y amigas de MYS....No la dejaremos caer, nos tenemos las unas a las otras, tenemos nuestra red y vamos a empezar a hacer nuevas suscriptoras, a anunciar la revista en nuestros mails y todo lo que se nos ocurra para seguir teniendo en las manos esta poderosa fuente de energía para una vida saludable y justa... No te dejaremos caer!!!!!!!

Todas somos MYS.

enredhadas



Leonor Taboada
Directora Mys
leonortaboada6@gmail.com

terapias, por favor

Gente que se va. Gente que deambula. Gente que se humilla. Gente que pierde el techo, el colegio, los amigos, la casa, el país, el norte. Gente que llora o retiene las lágrimas.

Corazones rotos. Dignidades pisoteadas.

Mucha gente se va. Sudacas. Marroquíes. Peninsulares. Isleños. A la aventura. A la desesperada. Expulsadas del país que aman. Del círculo de seguridad de los afectos.

Otros deambulan por la puerta del super, delante de los semáforos, por la plaza de enfrente. Revuelven contenedores. Asisten a comedores improvisados. Si tienen hijos, peor. Hay que dar explicaciones. Muchas. Por qué tienes que dejar la escuela, los amiguitos, la cama en la que te has criado. Madres que estiran los céntimos y rellenan agujeros para que no se note, para que se note lo menos posible. Los que se quedan, impotentes, desolados, culpables. Gente que da más de lo que tiene, pero no basta.

Y sin remedios para nadie.

En tiempos de crisis, más que nunca, quienes se van sin desearlo, quienes se quedan sin poder evitar que los suyos se vayan, quienes no saben cuanto les durará el trabajo ni cuándo tendrán que emigrar, necesitan una ayuda que el estado de bienestar ni en sus mejores momentos ha ofrecido. Se llama trabajo. Se llama derechos. Y se llama terapia.

Terapia, que no psicofármacos.

Una terapia no es un lujo, aunque muchos y muchas terapeutas no parecen entenderlo así. Los precios de las horas de consulta, pese a quien pese, no bajan.

Ergo, que se curen los que tienen.

Los que aún conservan su trabajo.

Los que pueden viajar sin que nadie los empuje, los que viajan por placer a paraísos fiscales o vuelan en primera a aprobar las reglas europeas del mercado.

Hay muchos profesionales de la psicología pasándolo mal, buscando trabajo, sin duda. Y no quiero herir susceptibilidades. Pero hacéis falta. Organizaros para ayudar a gente sin recursos. Revolucionaros. Luchad para integraros en la red pública. Y, mientras tanto, ofreced alternativas, como hace UMBRAL en Barcelona.

traectorias

por Leonor Taboada



consuelo catalá: una voz inconfundible del feminismo

Esta sección, Trayectorias, es el mayor lujo que he podido darme en la vida; dar a conocer algo más el alma de mujeres que han me han marcado personalmente pero, y sobre todo, cuyo trabajo ha producido y produce un impacto colectivo en la mejora de las condiciones de vida de la sociedad en general y de las mujeres en particular. Tal es el caso de esta

entrevistada, cuya biografía y reflexiones merecen un libro pero que en una revista tienen que ser, forzosamente, editadas. No obstante, podréis encontrar la entrevista completa una vez “colguemos” la revista en la web (www.mys.matriz.net). No he puesto las preguntas; no hacía falta: sólo he ido siguiendo el hilo de la apasionante conversación.

Raíces (de tales palos tal astilla)

Nací en Alicante el 4 de mayo de 1954. Vengo de una familia de mujeres fuertes. Mi abuela (nacida en 1898) que en 1921 se escapó de casa para casarse con mi abuelo, fue una mujer comprometida; recuerdo ir con ella a repartir leche y pelargón por las casas; fue una de las fundadoras del Roperio de la iglesia de Sta. María de Alicante...

Mi madre siempre estuvo ligada a obras de caridad, propias de la época (Acción Católica...) y a partir de la muerte de mi padre nos sacó adelante a mi hermana y a mí. Murió siendo la encargada de la biblioteca de la Escuela de Magisterio de Alicante y se radicalizó con nosotras, sobre todo con mi hermana, que vivía cerca de ella. Su casa se convirtió en casa de todos nuestros amigos, en centro de reuniones...

Estudí en las Teresianas del padre Poveda (las seglares) tanto en Alicante como en Barcelona. Ellas nos inculcaron la importancia de estudiar y tener una carrera. Mis padres se trasladaron a vivir a Barcelona cuando tenía 10 años. En los años de Barcelona estuve ligada a organizaciones de ayuda, como Auxilia y a dar catequesis en el barrio de Somorrostro, etc...

Mi padre murió en Diciembre de 1970 y, al acabar ese curso, volvimos a Alicante y empecé medicina en Valencia.

EL despertar político: La facultad y La LCR

Como en las teresianas no había PREU fui a estudiar a la Academia Granes (mixta y progre). 1970 también fue el año del Consejo de Burgos y en el que, a través de profesores de la Granes, entré en contacto con el PSUC. Fue mi despertar político.

En primero de medicina fue la Huelga General contra la Ley General de Educación y el 4 de febrero de 1972 se realizó la Asamblea General de Distrito en Medicina: más de 3000 estudiantes salimos a la calle y se produjo el famoso enfrentamiento donde la policía (caballos incluidos) entró en la facultad y en el hospital Clínico. Fui la persona que sacó la asamblea a la calle y dirigí parte de los piquetes de autodefensa desde la azotea de la facultad. Estuve hasta las 10 de la noche escondida en el armario de una habitación del Clínico (con enfermo cómplice incluido).

Dirigí los piquetes de autodefensa en esos años y tuve que estar sin pisar la facultad, escondida, porque la policía me iba a buscar a la puerta de cada examen, así durante un curso entero.

Por entonces ya estaba militando de pleno en la LCR y fui durante algunos años una de las responsables de Universidad. No acabé la carrera, estudié hasta 3º, entre cuestiones de intendencia y de militancia, y terminé Enfermería. Por eso ha

trayectorias

sido un regalo el que mis compañeros de medicina, al hacer el documental Paseo al Mar, me llamaran, considerando que nuestras vivencias y amistad iban más allá del encorsetamiento de una promoción. Es que a lo largo de estos 40 años hemos ido encontrándonos en muchos y diversos foros...

De Trostki al activismo feminista

La LCR era una organización muy "culta" y muy crítica con el estalinismo y el maoísmo, de ahí que teníamos que tener fondo de armario para debatir y refutar, por lo que recibíamos formación permanente.

Desde las lecturas del feminismo socialista, y a partir de las reuniones clandestinas antifranquistas, en la facultad empezamos a reunirnos sólo mujeres para hablar de reivindicaciones de mujeres. A partir de 1975, con la muerte de Franco iniciamos una experiencia muy curiosa. Como ya vivíamos casi todas en pisos, se nos ocurrió, para abrir el círculo, iniciar reuniones de las mujeres que coincidíamos en los barrios para hablar de anticonceptivos, sexualidad, autoconocimiento, etc...y así nos juntábamos mujeres estudiantes, trabajadoras, funcionarias...eso duró como un año y lo recuerdo como algo precioso.

También a partir de la muerte de Franco los diversos movimientos de mujeres montamos una Coordinadora que desembocó en la Asamblea de Mujeres de Valencia, que significó el germen de todo el movimiento feminista de Valencia. Ahí coincidimos mujeres de todos los sectores (universidad, barrios, profesoras, alumnas, trabajadoras del textil...) Allí, por ejemplo, conocí a Carmen Alborch porque sorteamos ir en parejas para hablar de anticoncepción y aborto por los pueblos y una tenía que ser de salud y otra de derecho. Y nos tocó en el sorteo ir juntas.

La Asamblea se reunía cada viernes en la Librería Dona, fue un espacio de libertad donde hacíamos grupos de autoconocimiento, presentaciones de libros... Allí te conocí cuando se presentó el Cuaderno Feminista.

Dejé de militar en la Liga en 1978



Manifestación en el Arzobispado

EL feminismo independiente y La salud de Las mujeres

En Diciembre de 1979 se organizan las II Jornadas Estatales de la Mujer en Granada, donde estuvimos más de 3.000 mujeres. Se debatió sobre lucha de clases y feminismo, la doble militancia, sexualidad, etc... Desde Valencia salimos dos autocares, en uno iban las de doble militancia, las mujeres del MDM, de partidos, etc...y en el otro las independientes (que yo ya lo era, je, je). En nuestro autocar vivimos un viaje maravilloso, ... toda la noche, cantando, fumando hachís, disfrazándonos y bailando.

El manifiesto de las Jornadas empezaba diciendo: ..."las mujeres aquí reunidas no vamos a dar un cheque en blanco a los partidos políticos...". El manifiesto lo leí yo, en nombre de todas las independientes. Te recuerdo a ti, en el comité de redacción, en el que por cierto, también estaba Karmele Marchante.

Estudiando medicina, y con algunos médicos, entre ellos Pedro Enguix, empezamos a reunirnos alrededor de los temas de anticoncepción.

Se monta el primer centro de planning en la Plaza Xuquer de Valencia y allí dábamos, los estudiantes, las charlas informativas... Se dieron tres circunstancias astrales: una, conocer a Pedro Enguix con su cuestionamiento de la salud, otra, estudiar salud pública como asignatura específica en la Diplomatura de Enfermería y, por último, formar parte de los grupos de autoconocimiento de mujeres...

Si tuviera que poner nombre propio a mi particular "caída del caballo" pondría dos: tú y Pedro.

*Si se llega
al feminismo desde
el convencimiento de
que lo que se pide
son derechos
y justicia... adquieres
un compromiso
de vida*



Repartiendo panfletos. Cine Marítimo, Valencia

Y si tuviera que definir mi inicio en el feminismo en general y en salud en particular, diría que he sido y creo sigo siendo una mujer que ante una reivindicación me pongo manos a la obra para resolverla y durante el trayecto voy reflexionando sobre ello. Podríamos decir que el método ha sido acción- reflexión.

De la anticoncepción al aborto y al nacimiento sin violencia

En 1977 me quedo embarazada... una historia muy curiosa, porque yo era una usuaria impenitente de diafragma... y tengo anécdotas para dar y vender... y resulta que ese año JV Marqués, con quien estábamos montando la Asociación de Sexología (Charo Altable, Fina Sanz...), fue a Portugal y como regalo del viaje me trajo unos óvulos, creo que se llaman Rendells, con la historia de que eran buenísimos, que impedían la entrada del espermatozoide... y claro, me quedé embarazada.

Y ahí empezó una película propia de la época. Para empezar intenté abortar en Valencia, con acupuntura, y no funcionó. Teníamos contactos con gente de Francia que bajaba a Barcelona a realizar abortos por aspiración... y allí que me fui. Durante tres días estuve con un periódico debajo del brazo en plaza Cataluña, esperando que alguien se me acercara, al cabo de los cuales se me acercó una mujer, me llevó a otro lugar y, cuando por fin creía que ya estaba en vías de resolución, al saber que había pasado una hepatitis, me dijeron que no podían hacérmelo, por el tema de la esterilización de las cánulas.

Me fui a París a abortar, a través del contacto de la LCR. Y al volver tenía clarísimo que iba a aprender a realizar abortos. Y como el terreno estaba abonado, empezamos a montar grupos de aborto bajo la supervisión de Pedro y de Françoise, la mujer que nos enseñó a todos. Estuve directamente implicada durante el primer año, luego servía de contacto. En ese tiempo, con Pedro, empezamos a atender nacimientos sin violencia. Acuario empezaba a ser una realidad.

cooperativismo, asociacionismo, jornadas, propuestas

En 1983, después de la caída del Centro los Naranjos, J. A. Lozoya y Manuel Vergara (el ginecólogo de los Naranjos) me plantean abrir un Centro de planificación desde los postulados del autoconocimiento, autonomía, etc... y montamos en Sevilla el Centro de Salud Adriano, en régimen de cooperativa.

Hicimos partos naturales en domicilio, abortos y anticoncepción. Monté la primera consulta de atención a las prostitutas en el mismo barrio de la Alameda.

Estuve en Sevilla desde 1983 hasta 1986, en el que me ofrecen ser la responsable del área de salud del Instituto Valenciano de la Dona y que coincidió con el diagnóstico de cáncer de pulmón de mi madre. Volví a Valencia. A su vez, las mujeres que trabajábamos en salud, montamos la asociación Mujeres por la Salud en Valencia

En 1986 nos encontramos muchas mujeres del ámbito de la salud, en las Jornadas que montasteis en Palma sobre FIV, a nivel internacional.

En 1989 desde Acuario montamos las I Jornadas Mediterráneas de Embarazo y parto sin violencia, en la que participaste como ponente. De esas Jornadas salió el primer Plan de Partos de nuestro país, que no era más que una carta solicitando que se cumpliesen las recomendaciones de la OMS y a la que mi hermana, abogada, y que había parido en casa, dio forma jurídica.

Ante una reivindicación me pongo manos a la obra para resolverla y durante el trayecto voy reflexionando

cuando lo personal es político y al revés

Mientras estoy en Sevilla, Enrique Lebrero (ginecólogo) empezó a trabajar con Pedro. Lo conozco en 1986 y desde entonces seguimos. Llevamos 26 años casados. Tenemos dos hijas y parí en casa.

Por cierto que de ese encuentro amoroso, fuisteis espectadoras de excepción, tú, Consuelo Ruiz-Jarabo y Concha Moreno. Porque nos conocimos en el viaje que hicimos a Madrid para solidarizarnos con la gente de la Clínica Dator, a quienes habían detenido y nos quedamos todas nosotras, más Enrique, a dormir en casa de Consuelo. Al día siguiente te viniste en el coche con nosotros a Valencia.

Enrique Lebrero es el tercer nombre de alguien fundamental en mi crecimiento personal y de compromiso.

Con Enrique el proyecto personal y vital se tornó en dual mediante el proyecto de Acuario, y nos fuimos a vivir a Beniarbeig... y hasta hoy.

Nuestro trayecto compartido ha estado siempre presidido por la autonomía y la complicidad, teniendo claro que nuestras hijas eran una continuidad de nosotros... parece fácil... pero...

Nuestras hijas siempre han estado presentes en nuestras actividades; por ejemplo, siempre han sabido que Enrique hacía abortos y partos, que yo luchaba por el aborto... y de hecho desde pequeñas han asistido a partos, a las consultas de bebés y a algunas de las charlas y conferencias que dábamos uno u otro.

Han sabido normalizar nuestras actividades con el entorno en el que se mueven. Y eso, cuando se es pequeña no es muy fácil, bueno y de mayor tampoco!!!. Por ejemplo cuando por fin salió adelante la ley de aborto, en la que colaboré con muchas otras, sufrí una campaña de desprestigio brutal de la derecha y ellas, ahí. Alguna vez han venido al parlamento en debates de igualdad, etc....

Y de pronto, diputada

En 1990 tuve a Candela, mi primera hija y en 1991 a Olivia, la segunda y en ese tiempo, hasta 1993 trabajé de manera temporal formando a las matronas en el área de atención al parto y al nacimiento con el instituto de la Mujer y el Ministerio de Sanidad.

Luego pasé a formar parte del Defensor del Pueblo de la Comunidad Valenciana como secretaria de la adjunta segunda.

En 1995 me hice cargo de la coordinación del proyecto de la Maternidad Acuario, que se inauguró bajo mi supervisión.

En 1997 se creó la Asociación de Clínicas Acreditadas para la interrupción del Aborto (ACAI) de la que fui su primera presidenta.

En 1999, de forma inesperada, el PSPV me ofrece ir, como independiente, en las listas al Parlamento Valenciano, y allí elegida diputada.

Desde ese año, y durante 12, hasta 2011 fui la portavoz de Igualdad del PSPV en el Parlamento y durante tres, la responsable de igualdad de la Ejecutiva del partido en la Comunidad.

*Nunca he dejado
de ser de donde soy
-del movimiento
feminista- incluso en
momentos difíciles*



Jornadas de Granada, con Carmen Alborch

por encima de todo, una de las nuestras

Agradezco a nuestro idioma el que distinga SER y ESTAR. Creo que el estar de parlamentaria algunos años de mi vida se suma a la esencia del SER feminista.

Yo me considero una mujer del movimiento. Del movimiento en el sentido de reivindicar cosas que personalmente tenía solucionadas por mi profesión y por mi trabajo pero que entendía y entiendo deben ser patrimonio de todas.

Esta reflexión para mi es muy importante, porque al movimiento de mujeres se puede llegar desde el dolor, desde la necesidad, desde muchos sitios... pero si se llega desde el convencimiento de que lo que se pide son derechos y justicia... eso significa un compromiso de vida, porque cuando los consigues, ya estás corriendo hacia la consecución de otros.

Por eso yo nunca he dejado de ser feminista... estando en la política institucional. Y me he saltado reglas, y he aporreado despachos, sin importarme si "era correcto" si tenía "el permiso" o si me lo permitía "mi cargo".

Mi trayecto hacia la política institucional ha sido inverso al de otras y la mayoría de muchos.

Fui elegida diputada a los 45 años, con una trayectoria de vida en defensa de los derechos de las mujeres y no al revés... Y eso me ha supuesto tener criterio propio, luchar por ello y

defenderlo en unas estructuras encorsetadas y con dificultad para el debate y el diálogo (y más en el sentido estricto de iniciativas parlamentarias... o de propuestas de acción)

Una postura difícil de mantener si no cuentas con la complicidad y el apoyo de las tuyas...

Por eso nunca he dejado de ser de donde soy (del movimiento) incluso en momentos difíciles...

Hago más las palabras de Marcela Lagarde: "Uno de los más grandes aportes feministas es que la ética antecede a la política, la prefigura y configura. Por eso avanzar en los derechos de las mujeres es avanzar en democracia real".



Montserrat González García

Maestra y Licenciada en Humanidades

montseg2006@hotmail.com

MIENTRAS Los hombres maduran,

*¿Por qué a los hombres se les ve como “interesantes” cuando maduran y a las mujeres se las ve “mayores” o “viejas”?
¿Cuál es el origen de estas percepciones?
¿Qué papel juega la publicidad?*

NO ES LO MISMO ENVEJECER SIENDO HOMBRE QUE SIENDO MUJER.

La percepción social del devenir evolutivo tiene relación con las conceptualizaciones del cuerpo, el físico como registro de mérito, y, por lo tanto, afectan de manera directa a las mujeres.

Los cánones de belleza, entre los que destaca la juventud, son mucho más exigentes para las mujeres que para los hombres. En nuestra cultura, el cuerpo se convierte para las mujeres en una clave de identidad y significación social, expuesta a la valoración y aceptación externa.

Marcela Lagarde nos dice que la dictadura esteticista que produce nuestra sociedad androcéntrica se acompaña del juvenilismo, es decir, de la exigencia permanente de que las mujeres sean eternamente jóvenes o lo parezcan: “La sociedad patriarcal elige a las jóvenes y descarga mecanismos de exclusión para quienes no lo son. Hoy es una virtud femenina ser siempre joven y es un “deber ser” exigido a las adultas y a las viejas” (Lagarde, 2000: 112).

Anna Freixas lo formula con las siguientes palabras: “El deseo de la eterna juventud es un sueño masculino proyectado sobre las mujeres que lo hemos internalizado, asimilado como si fuese realmente nuestro deseo, pero que es necesario aprender a deconstruir” (Freixas en Maquieira, 2002: 254).

Susan Sontag, en su artículo “The double standard of aging” nos advierte del doble rasero con el que se mide el envejecimiento: la simultaneidad de los dos procesos en direcciones contrarias.

Las mujeres, con la edad, ven limitadas sus posibilidades de estar libremente en el mundo, disminuyendo su capacidad de ser consideradas atractivas y sexualmente elegibles: ellas son percibidas tan solo como un cuerpo.

Los hombres, por el contrario, aprovechando su mayor tolerancia social, continúan disfrutando de la edad, la belleza y las posibilidades de encontrar una relación afectiva y sexual, ya que su seducción reside en sus éxitos económicos y laborales que acostumbran a ocurrir pasada la juventud. (Sontag 1979).

El análisis de contenido de algunos anuncios publicitarios actuales nos va a permitir constatar el trato inequitativo y discriminatorio existente hacia la mujer en cuanto al devenir de los años.

Existe en publicidad un doble patrón para abordar el proceso la madurez o envejecimiento: en el hombre, la edad es un grado y en la mujer es una señal irreversible que hay que combatir. Las mujeres están obligadas a rejuvenecer, a esconder los años mientras que ellos ganan atractivo con el paso del tiempo.

En el contexto publicitario las mujeres que aparecen están estetizadas. Deben cumplir con el canon mediático de belleza para vender productos cosméticos. El cuerpo-cosa de la mujer, cuya representación no tiene que ver con nuestro entorno más cotidiano, sino con el canon de belleza impuesto en cada momento histórico.

Todo ello encierra un alto contenido de violencia simbólica hacia las mujeres, dado que presupone que el cuerpo de la mujer es algo imperfecto que constantemente necesita ser mejorado, retocado o completado, como si de un simple objeto se tratase. Por el contrario, el hombre, sin necesidad de correcciones se nos presenta natural, tal cual es.

El ideal de la eterna juventud, un nuevo valor, constituye en sí mismo el objeto de la propia imagen y, así, lo demuestran los títulos publicitarios:

Detén el paso del tiempo en tu rostro, desvanece las arrugas, borra los signos del tiempo, las cremas que te devuelven la juventud, combate los primeros signos de la edad...

El mayor enemigo de la mujer es la edad. Las arrugas que, atendiendo al modelo anunciante, parecen ser patrimonio de las mujeres, se presentan como señal del fin de la juventud y por extensión, de la belleza y de la capacidad de seducción.

LAS mujeres envejecen

SUSAN SONTAG (1979)

Para convencernos de la bondad de un producto rejuvenecedor, la publicidad nos presenta mujeres de menos de 20 años sin arrugas y en algunos casos todavía adolescentes como es el ejemplo de la imagen de Clarins, Multi-Régénérante Jour una modelo jovencísima que no necesita, en absoluto, utilizar dichos productos y que, sin embargo, nos dice que *devuelve nitidez a los rasgos y reduce visiblemente las arrugas, permitiendo que tu rostro conserve su expresividad.*



Naomi Wolf asegura que: "Borrar la edad del rostro de las mujeres tiene la misma resonancia política que se dejaría oír si todas las imágenes positivas de los negros apareciesen habitualmente aclaradas. Ello implicaría hacer el mismo juicio de valores sobre la negritud que esta falsificación hace sobre la vida de una mujer: que menos es más. Borrar la

edad de un rostro de mujer es borrar su identidad, su poder y su historia" (Wolf, 1991:106).

El objetivo de las campañas de productos para mujeres es de reparación de desperfectos "no tener desperfecto alguno es inconcebible. Existir como mujer, aun cuando se sea adolescente, es estar estropeada" (Wolf, 1991:124).

Aitana Sánchez Gijón actriz teatral y cinematográfica, primera mujer que ocupó el cargo de presidenta de la Academia de las Artes y las Ciencias Cinematográficas de España, ha sido elegida imagen de la gama Total Effects.



La actriz de 43 años anuncia la crema que ayuda a combatir los 7 signos de envejecimiento: *nutre, ilumina, suaviza, iguala el tono, redefine los*

poros, mantiene la hidratación y reduce las líneas de expresión, nos dice. Su rostro que transmite una belleza fresca y natural no refleja la edad de la actriz, sin ni tan siquiera una arruga. Disponible en:

<http://www.youtube.com/watch?v=Q2HAyF3mhKc>

Por otro lado, encontramos al actor británico Hugh Laurie, el doctor House, protagonizando la línea de cosméticos para hombres maduros de la casa L'Oréal.: Vita lift 5, Men Expert que *combate los 5 signos de envejecimiento: arrugas, sequedad, tono apagado, descolgamientos y efecto tensor.* Aquí, en este caso, no es necesario reducir ni borrar las líneas de expresión. De hecho, el actor de 52 años, se nos presenta como si tuviera *45 años y pico*, como él mismo afirma, más joven de lo que realmente es.

La casa cosmética L'Oréal evoca, con este anuncio, a tipos dotados de experiencia: Men Expert, con estatus y excelencia. El atractivo masculino suele tener ingredientes culturales relacionados con el hecho de poseer status. Sus signos de poder y seducción se reflejan en el coche deportivo en el que aparece al lado de una mujer joven a quien besa apasionadamente.



Esta campaña coloca al hombre en posición de poseedor de la mujer-objeto sexual idealizando la potencia sexual y en este caso la

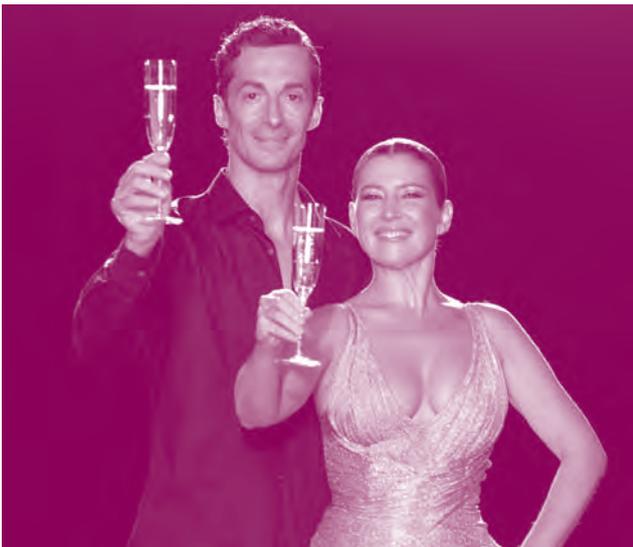
madurez, resaltando el gran atractivo que el hombre gana con la edad. Disponible en:

<http://www.youtube.com/watch?v=RHj1Lygug-c>

Germaine de Capuccini for Men anuncia su crema Force Revive para hombres, en revistas de moda y suplementos dominicales de prensa. *Desafía el paso del tiempo, un gesto fácil y rápido que potenciará todo tu atractivo,* nos dice el anuncio.

Como en el anuncio anterior, los nombres de ambas cremas masculinas nos hablan de atributos masculinos: fuerza, experiencia, mientras que los de las cremas para mujer: *age defense*, *Repair 4D Perfeccionador Prodigioso*, *Advanced Night Repair* nos recuerdan la necesidad de corregir, transformar lo imperfecto, de protegernos contra esos enemigos invisibles que andan por ahí sueltos, acechándonos: las agresiones medioambientales, el fotoenvejecimiento... Nuevos miedos creados por la cosmética para las mujeres.

La tradicional campaña navideña de Freixenet 2011 fue protagonizada por la bailaora Sara Baras, quien junto con José Carlos Martínez, director artístico de la Compañía Nacional de Danza desarrollan un spot que se mueve al compás del flamenco.



Sara Baras de 40 años y madre reciente en aquel momento, aparecía de oro y envuelta en burbujas con un rostro perlado, de piel metálica, sin marcas ni signos de edad. Sobre el oscuro escenario, José Carlos, de 42 años, lucía un cuerpo escultural, apreciable en la desnudez de su torso. Su rostro permitía ver su edad: un hombre maduro que con sus signos de expresión, refleja un hombre sano, fuerte y atractivo. Su madurez, expresada en sus arrugas, forma parte de su poder. Esta doble imagen mujer con juventud sin signos de edad, contrasta con la de su pareja de baile, cuando tan sólo los separan dos años.

¿Por qué a ella se la retoca y a él no? La veteranía en Sara Varas significa desgaste, en cambio para él es prestigio. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=wiVn7UoV-IQ>

LAS MUJERES SUFREN UN PROCESO DE MEDICALIZACIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS NORMALES.

La publicidad nos vende los productos que la gran industria de la cosmética diseña para tratar los procesos naturales de madurez en la mujer. Somatoline inventa un tratamiento Reductor Menopausia que *actúa sobre las acumulaciones de grasa localizada, características de la edad madura. Favorece la reducción de las acumulaciones de grasa localizada resistente en la zona del vientre y las caderas.*



Diadermine Lift Hormoderm se presenta como la 1ª crema anti-edad de Diadermine que combate los signos de la Menopausia en la piel: *los cambios hormonales en la menopausia aceleran el envejecimiento de la piel hasta el doble*, nos dice y todo ello ilustrado con el rostro totalmente liso de una mujer que no tiene ni una arruga.

El proceso de envejecimiento es, según la publicidad, un proceso natural en los hombres que, al contrario, en las mujeres no necesita medicalización.

Las industrias cosméticas apuestan por un modelo de mujer eternamente joven, sin historia ni identidad, sin arrugas, sin rastros de haber pasado por la vida, suspendidas en un eterno presente, obviando que para las mujeres reales este ideal puede hacerles vivir el futuro con ansiedad e impedirles sentirse orgullosas de su propia vida.

COTO A LA IRREALIDAD: POSICIONES REGULADORAS ANTE LA PUBLICIDAD ENGAÑOSA

El ideal de mujer se ha hecho mucho más imposiblemente perfecto en los últimos años con la magia del retoque por ordenador que puede alterar la fotografía de una persona llegándola a hacer perfecta. No obstante empiezan a surgir algunas medidas reguladoras al respecto, así como voces famosas que expresan su total desacuerdo.

En julio de 2011 la agencia reguladora de la publicidad ordenó retirar dos campañas publicitarias de cremas antiarrugas a las empresas L'Oréal y Maybelline por considerarlas engañosas. Estas campañas estaban protagonizadas por Julia Roberts (44 años) y Christie Turlington (42 años), en las que las imágenes de ambas actrices aparecían retocadas con el programa informático Photoshop. Lucían pieles imposibles, se habían eliminado todas las arrugas e imperfecciones: se trataba de vender productos que prometían la eterna juventud.

Los gobiernos de Reino Unido, Francia y Noruega están considerando la existencia leyes que regulen el uso y el abuso del photoshop y obligue a las empresas de belleza a revelar si sus fotos han sido retocadas con photoshop. Y así evitar la publicidad engañosa, según la noticia publicada en el diario El País de 4 de diciembre de 2011.

Aunque trucar desde un ordenador el rostro de las estrellas es una práctica común, no es compartida por todas ellas. Actrices como Kate Winslet (36) o Emma Thompson (52), no han dudado en acudir a los tribunales para defenderse y denunciar el uso de los retoques informáticos en sus propias fotografías.

Estas actrices junto con las famosas Raquel Weisz (42), Jessica Parker (45) o Cate Blanchet (42), Tilda Swinton (51) o Marion Cotillard (36) se han pronunciado acérrimas enemigas del bótox, las inyecciones de la falsa juventud. Reivindican la defensa de la naturalidad en sus interpretaciones.

Noticia publicada en el diario El País el 12 de 07 de 2009. La sobrevaloración cultural de la juventud y belleza como eje de identidad y aprobación de la mujer repercute muy negativamente en su autoestima, debilitan el yo y las sitúa en una posición de debilidad de las relaciones sociales. Despierta un gran temor al enfrentamiento con el envejecimiento.

Me hago eco de la idea de Anna Freixas cuando afirma que: "Una de las reflexiones que necesariamente tendremos que hacer tiene que ver con desvelar que esa insatisfacción profunda con nuestra apariencia proviene de la propaganda edadista que hemos internalizado, hecho nuestra, y que para poder escribir nuestra autobiografía completa necesitaremos reconectar con nuestro yo interior, único, con nuestra historia de vida" paso que la sociedad y las mujeres en particular deben dar para poder vivir en libertad y en plenitud. (Freixas, 2005: 82).



BIBLIOGRAFÍA

- Alandete, D. (2011, 4 de diciembre). Contra la eterna juventud. El País.
- URL:http://www.elpais.com/articulo/sociedad/eterna/juventud/Photoshop/elpepisoc/20111204elpepisoc_1/Tes (Consulta 12/12/2011).
- Celis, B. (2009, 12 de julio). Actrices contra el "bótox" y por la arruga. El País.
- URL:http://www.elpais.com/articulo/agenda/Actrices/botox/arruga/elpepigen/20090712elpepiage_1/Tes (Consulta 2/11/2011).
- Coria, C.; Covas S.; Freixas A. (2005). Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias. Barcelona: Paidós.
- Lagarde, M. (2000). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Madrid: Horas y horas.
- Maquieira, V. (ed) (2002). Mujeres mayores en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sontag, S. (1979). "The double standard of aging", en J. Williams (ed.), *Psychology of Women* (pp. 462-478), San Diego, CA: Academic Press.
- Wolf, N. (1991). El mito de la belleza. Barcelona: Emecé.



Julia Ojuel Solsona

Médica de familia

Xarxa de dones per la salut

juliaojuel@gmail.com

En 8 minutos

HABLANDO DE SEXO

EN LA CONSULTA

DE MEDICINA DE FAMILIA

PARA EMPEZAR... SOBRE LA LEGITIMIDAD Y PERTINENCIA DE HABLAR DE SEXO EN LAS CONSULTAS DE AP

Cuando alguien viene a una consulta de medicina o enfermería de atención primaria...le preguntamos de todo! En las actividades preventivas y de seguimiento solemos ser muy intervencionistas, no solo a nivel de técnicas (vacunaciones, ECG, analíticas), sino, sobre todo, a nivel verbal. Con las entrevistas de motivación para el cambio, pretendemos cambiar dinámicas personales y familiares, amenazamos con la más horrible de las muertes si no nos hacen caso en los cambios de estilo de vida, organizamos las horas de ocio y cambiamos menús y hábitos de descanso.

Sin embargo, consideramos que es demasiado íntimo preguntar a una persona en la consulta si no tiene pareja, o si tiene una o varias, si tiene una relación cálida y cercana con las personas que quiere, si es feliz, si sus relaciones sexuales son satisfactorias, si se identifica como hombre, como mujer o como trans, si se masturba o si una enfermedad que padece le influye en su actividad o satisfacción sexual. La excusa para no preguntar suele ser que "la afectividad y la sexualidad son cosas muy personales". En realidad a mi me parece que es consecuencia de la represión interiorizada y del miedo a no saber gestionar las respuestas que podamos recibir. El discurso de la represión está cargado de tópicos para evitar profundizar demasiado. Mucho ensayo clínico y mucha medicina basada en la evidencia y luego resulta que nos lo creemos todo y no cuestionamos lo que dicen estos tópicos, mayoritariamente patriarcales y cargados de sexismo, heterosexismo y edadismo.

Llama la atención que nos incomode tanto, cuando es una información que puede ser muy valiosa clínicamente. Conocer la identificación de cada paciente con los géneros y los roles es importante porque nos va a dar muchas posibilidades de intervención clínica, ya que, igual que incentivamos el cambio por unos estilos de vida saludables, podemos incentivar el cambio de patrones de conducta mostrando que la feminidad y la masculinidad tradicional tiene sus costes en términos de salud y en términos de felicidad sexual. Dicho en palabras de gerencia, cuestionar roles mejora la calidad y la equidad de la asistencia sanitaria.

Una de las dudas que existen es si conviene incorporar preguntas explícitas en la anamnesis inicial sobre la sexualidad. Podemos abrir puertas y encontrar demandas que no sabremos gestionar. Quizás, más que una intervención, lo deseable es dejar la puerta abierta para hablar de sexualidad, sobre todo en situaciones de sospecha de fragilidad: transgresiones de género, sospecha de abusos sexuales en la infancia o distimias de origen poco claro-

Está claro que un centro de atención primaria no es una consulta de sexología y que la mayoría de conflictos sexuales graves deberán seguir un tratamiento especializado, pero en la atención primaria, tenemos tres fortalezas. La primera es que sabemos mucho de las personas que vienen a la consulta y de su entorno además de los aspectos médicos, llevamos hasta tres o cuatro generaciones de una familia, llevamos parejas, ex-parejas, conocemos su situación laboral y entramos en sus casas. La segunda consiste en el conocimiento mutuo y la autorización desde donde se puede plantear una conversación en un clima de confianza. Finalmente está la accesibilidad, podemos tener solo 8 minutos, pero podemos tenerlos muchas veces, podemos poner citas programadas y dejar temas pendientes que pueden ser retomados después de unos días de reflexión. Por estos motivos, considero que es legítimo y pertinente hablar de sexualidad en la consulta, sobre todo, porque si no lo hacemos nosotras no lo hará nadie. A continuación presentaré los aspectos mínimos que se pueden y deben cubrir.

HABLAR DE SEXUALIDAD PARA CONOCER Y PARA INFORMAR.

CASO: La Sra M, de 33 años, consulta por una virasis. Aprovechamos para hacer las actividades preventivas. Al preguntar sobre anticoncepción dice que "usan preservativo". El DIU le provocaba sangrados y los anticonceptivos hormonales, migrañas. Investigando el uso correcto, explica que su esposo, últimamente, se niega a usar el condón cuando hacen penetración. Explica que es aparejador, tenía una buena empresa pero ha tenido que cerrar, que nunca había colaborado en casa, aunque



trabajaran los dos desde el principio de su matrimonio y que ahora, que está en casa sigue sin hacerlo. Nunca había facilitado el uso del preservativo, pero tampoco se había negado. Sin embargo últimamente recibía negativas tajantes y realizaba todo tipo de presiones para mantener las relaciones sexuales con penetración sin seguridad anticonceptiva. Este tema a ella le angustiaba y temía un embarazo que en aquel momento no deseaba, "cada mes estoy pendiente y sólo respiro tranquila cuando me viene la regla". Había probado a negarse a las relaciones sexuales, pero esto no hacía más que empeorar su humor y alterar su relación. Ella ha dejado de disfrutar de las relaciones sexuales.

A veces, nos limitamos a hablar de sexualidad en el momento de responder ante la demanda de un método anticonceptivo en mujeres jóvenes. Pero, a estas alturas, ofrecer información debe ir más allá del consejo anticonceptivo. Puede ser una vía de entrada lícita y práctica, pero no se debe quedar aquí, y no se debe limitar a mujeres jóvenes, sirve también para hombres y, en general para todas las personas que están en riesgo de tener un embarazo no deseado. La sensación que tengo es que cuando la anticoncepción es un problema, conviene empezar a "picar piedra" para ver que hay detrás. Cuando tenemos una demanda de anticoncepción de emergencia, no podemos limitarnos a dar la pastilla y reñir, debemos conocer que hay detrás de una relación no protegida. Mientras tanto... desde la pregunta "¿necesitas información sobre métodos anticonceptivos?" tenemos una vía privilegiada para hablar del modelo de relación, del peso de los roles, de los mitos del amor romántico y de la corresponsabilidad en la pareja.

CASO: Viene la Sra Z a la consulta. Tiene 71 años y le practicaron una histerectomía subtotal, conservando cuello uterino hace 30 años por hemorragias. Le acaban de diagnosticar de carcinoma de cérvix y está pendiente de estudio de extensión. Comentamos que como mínimo habrá que extirpar cérvix, tercio distal de la vagina y

anexos. Alguna vez habíamos hablado de sexualidad en la consulta, y me comenta: "No me importa que me dejen corta la vagina porque hace años que no tengo penetración, pero si me quitan los ovarios no podré volver a tener orgasmos". Me comenta que se masturba ocasionalmente con estimulación de los pechos y con una almohada entre las piernas. Hablamos de la función del clítoris y los ovarios. "Yo pensaba que, como no era de las que me tocaba el clítoris, ni me metía nada, como otras amigas, los orgasmos me venían de los ovarios".

Uno de los aspectos más interesantes es considerar que la sexualidad forma parte de la vida de las personas, y que igual que informamos del tiempo de baja después de una intervención, o que una medicación puede dar mareos, debemos informar sobre las consecuencias de una enfermedad o de una intervención sobre la vida sexual. Lo cierto es que, como mucho, hablamos a los hombres jóvenes de la posibilidad que tienen algunos fármacos (sobre todo antihipertensivos y para la hipertrofia prostática) de provocar disfunción eréctil y, muchas veces lo hacemos sólo si lo preguntan al aparecer los efectos. Al informar sobre los efectos sexuales, empezamos el trabajo de normalización, que las y los pacientes sepan que están en una consulta donde la vida sexual se considera un aspecto que merece ser nombrado como el resto de cosas que hacemos en la vida.

HABLAR DE SEXUALIDAD PARA LEGITIMAR Y PERMITIR

CASO: Viene El Sr. P a la consulta, tiene 70 años y es el cuidador principal de su esposa que padece un Alzheimer evolucionado. Consulta por disfunción eréctil, no llega a aclararme si tiene una relación o utiliza la prostitución. Interrogando, insiste varias veces en que "mi mujer no es la persona que yo conocí, es como si aquella persona ya no estuviera". Comentamos que es normal que inicie nuevas relaciones y quedamos que buscaría algún remedio natural en la herboristería. A las dos semanas volvió con el tema solucionado. Pedía permiso.

En la consulta debemos legitimar tanto las preguntas como las demandas, aceptar las dudas sobre cuestiones sexuales evitando signos de rechazo que puedan frenar la expresión de las inquietudes. No siempre tendremos respuestas para lo que nos plantean, pero solo el hecho de validar un espacio

de escucha y legitimar las preguntas, puede ser de por sí terapéutico y permite una buena base para seguir con el trabajo clínico. Permite frenar la ansiedad de la persona que las manifiesta y también de la profesional que la recibe, porque pasa a transformar una situación difícil en una situación habitual.

Cuando las personas construimos nuestro bagaje emocional y sexual recibimos básicamente mensajes de prohibición por un lado y modelos tóxicos por otro, que muchas veces llevamos interiorizados. A veces, problemas derivados del miedo a los juicios sociales, o a la propia represión, interfieren en la vida sexual. Hay pacientes que consultan por un problema sexual que les aparece con una persona nueva que han conocido y, en cambio, no tienen con su pareja habitual, o en casos de nuevas relaciones después de una viudedad. También podemos ver el efecto de la represión y la necesidad del permiso en personas que consideran que su placer sexual es mayor con prácticas que consideran que no son las que tocan y temen plantearlo a la(s) pareja(s), desde prácticas sadomasoquistas hasta, sencillamente, el sexo oral.

Queramos o no, las profesionales de la salud estamos en una posición de autoridad, no siempre escogida, pero muchas veces concedida por la persona que viene a hacer la demanda. Desde esta autoridad, aceptar y legitimar las preguntas y las acciones implica la concesión de un permiso hacia la persona que hace la demanda

HABLAR DE SEXUALIDAD PARA INDICAR PAUTAS CONCRETAS BÁSICAS

CASO: La Sra E. tiene 43 años y ha padecido un tumor ovárico que requirió, entre otras cosas la estirpación de útero y anexos y una zona del colon distal. Lleva una bolsa de colostomía y se ha creado una fístula recto-vaginal pendiente de corrección quirúrgica. Exploramos a los 6 meses del alta los cambios en la dinámica de su vida desde la operación, incluyendo el reinicio de las actividades sexuales. Me comentó que ha ido adaptando su vida sexual personal y de pareja, que hace penetración con preservativo y otras prácticas sexuales. Hablamos de los cuidados de la colostomía y de la posibilidad de un tapón, como al ir a la playa, y del trabajo de la autoimagen.

Debemos considerar la rehabilitación sexual una faceta más de la adaptación de la persona con una enfermedad a su vida. En realidad, la rehabilitación sexual en medicina se ha limitado a una población seleccionada como son los hombres jóvenes, sobre todo lesión medular post-traumática a infarto de miocardio, y dirigida a recuperar

lo que un "hombre debe hacer para ser hombre", a saber, trabajar, conducir y hacer sexo activo. El apartado de rehabilitación sexual debería plantearse en casi todos los casos que aparece una enfermedad que puede interferir la vida sexual llevada hasta el momento de su aparición. No hay necesidad de hacer una intervención muy incisiva, para evitar presiones añadidas a las y los pacientes, lo imprescindible es ofrecer el espacio para hablar de sexo, primero de forma individual y después, si le apetece, con pareja. Suele ser suficiente con frases tipo como "¿Necesitas información o consejo sobre temas de sexualidad después de la enfermedad que has pasado (o estás pasando)?" .Algunos ejemplos de las soluciones que podemos ofrecer: aconsejar sobre el manejo y el cuidado de la colostomía en las prácticas sexuales, indicar posturas cómodas en los ictus o en las parálisis, cómo actuar ante la aparición de rampas en la esclerosis múltiple, reiniciar la actividad sexual después de un infarto con situaciones de bajo gasto energético empezando por masturbación, ajustar los horarios de la medicación según cuando se planifique la actividad sexual (por ejemplo, la L-Dopa en el parkinson). Si tenemos dudas en alguna consulta que podamos recibir, en la actualidad, existen en la mayoría de webs de asociaciones de personas afectadas por una enfermedad, entradas relacionadas con la sexualidad (epilepsia, extrofia vesical, espina bífida, lesión neurológica adquirida...).

(<http://sexualidadespecial.blogspot.com.es/>)

HABLAR DE SEXUALIDAD EN SITUACIONES QUE REQUIEREN UNA ATENCIÓN ESPECIAL

CASO: La Sra MC tiene 25 años, viene acompañada a la consulta por otra mujer joven. Consulta por cervicalgia, al preguntar sobre la situación laboral, empieza a llorar. Trabaja en limpieza y tiene conflictos graves con su encargado y con otras compañeras porque dicen que "las gitanas no son de fiar". Doy tratamiento, Incapacidad Laboral y trabajamos cómo pedir soluciones a una instancia laboral superior. En sucesivas visitas, por la persistencia del malestar exploro orientación sexual. Mi radar y el signo del chándal no fallan. Parece que su homosexualidad no ha sido bien aceptada en la familia, especialmente por su padre. Me presento yo también como lesbiana y le comento los recursos que conozco en Badalona. En alguna visita insinúa la presencia de abusos en la infancia. Decidimos seguimiento conjunto con la psicóloga del centro con mejora importante del malestar a los 6 meses.



MARGARITA
LÓPEZ CARRILLO

Abriendo Los ojos

Hay situaciones que debemos identificar y seguir, sea por su fragilidad o por el malestar que suponen. Estoy pensando en transgresiones de género y identidades o orientaciones sexuales vividas con dolor, en la presencia de abusos o maltrato infantil y en la edad adulta, en situaciones de carencia afectiva o en discriminaciones múltiples.

Con frecuencia, las situaciones de transgresión de género se muestran ya desde pediatría y debemos ser conscientes que, como profesionales depositarias de la confianza de muchas familias, tenemos la responsabilidad de informar de las consecuencias negativas del rechazo, educar a las familias en el apoyo y hacer un esfuerzo de identificación de las situaciones de violencia o rechazo familiar, escolar y social.

En el seguimiento de las personas supervivientes a los abusos y el maltrato muchas veces necesitaremos ayuda externa. En cualquier caso, son situaciones que, preguntando desde el respeto, no son preguntas que molesten porque no es difícil entender la trascendencia que pueden tener y que no podemos dejar de explorar cuando hay un malestar mantenido, ofreciendo al menos un espacio de empatía y escucha.

HABLAR DE SEXUALIDAD PARA OFRECER UN POCO DE SENSATEZ EN LA MEDICALIZACIÓN DE LA SEXUALIDAD

CASO. Viene a la consulta el Sr. JM, de 48 años para pedir la renovación de una receta no financiada de un medicamento que le dio un urólogo para la eyaculación precoz. Preguntando sobre la necesidad de esta medicación, acaba explicando que utiliza servicios de prostitución y que "ya que pago, quiero que me dure más el servicio".

Como profesionales de la salud, debemos frenar nuestra propia ansiedad para ofrecer una solución farmacológica ante cualquier demanda. La filósofa Beatriz Preciado habla de la etapa farmacopornográfica de la sexualidad. Están comercializadas sustancias con las indicaciones de disfunción eréctil, eyaculación precoz y deseo sexual hipoactivo. Los laboratorios han encontrado una mina en la sexualidad "ideal": crean nuevos medicamentos para antiguas y nuevas "enfermedades" y patologizan las variantes de la normalidad o las que no se ajustan a este "ideal" que tiene siempre un fuerte componente de género. Sobre la discutidísima etiqueta de deseo sexual hipoactivo, hay que destacar el trabajo de la Dra. Tiefer y su equipo para frenar la comercialización sin base de fármacos con esta indicación

Dos demandas muy frecuentes son la disminución del deseo en las mujeres y la disminución de la firmeza de la erección en los hombres. Todo esto con unos mensajes sociales de que "más es mejor" y de que la sexualidad es obligatoria y obligatoriamente coitocéntrica, espontánea y apasionada. En la consulta, yo suelo explicar el modelo circular de la Dra Basson, que en relaciones de larga duración no parte del deseo espontáneo sino de la búsqueda de intimidad. Estas demandas permiten cuestionar la "performance" tradicional de la sexualidad femenina y masculina y las relaciones entre géneros porque, desde el momento que las demandas se producen, demuestran que los modelos de funcionamiento no solo son insuficientes sino que provocan presiones y malestar.

¡Ay!, qué difícil me resulta hoy escribir esta columna. Con tantos temas para explorar, compartir con todas y, sin embargo, solo puedo hablar de este peso en el pecho, esta sensación de pérdida, decepción, impotencia, humillación, abuso... Los que gobiernan en nuestro nombre, aquellos en los que confiábamos, nos están vaciando de todo lo que creímos tener, también de fe. Nos están hundiendo y mientras nos hunden miran para otro lado. Son impostores, seres corrompidos que ignoran la compasión porque ignoran el dolor, porque todo lo humano les es ajeno menos la codicia. Obedecen a entes sin alma y sin rostro, y llevan, a nuestra costa, sus miserables vidas de lacayos de miras estrechas y goces groseros. Son como alimañas deseosas de compartir el festín de los leones; títeres cobardes y serviles con los poderosos y crueles con todos los demás. Apenas se esfuerzan ya en las representaciones circenses con que nos mantenían absortos. Sólo, de vez en cuando, envueltos en banderas, nos obsequian con alguna piroeta gastada, ejecutada sin esmero, dejando entrever el truco porque no les importa. Sus caretas de políticos demócratas van cayendo desmoronadas como costras de arena seca y nos van dejando ante la evidencia de nuestro ilusorio poder. Teníamos las manos atadas, éramos siervos, no teníamos voz ni voto, pero no lo sabíamos: acabamos de descubrirlo. Inmersos en la nube tóxica del consumo fácil, embriagadora como una humareda de maría, vivíamos tontamente felices mientras otros sufrían lejos de nuestra vista lo que ahora sufrimos. Me duele nuestra inocencia bovina, me arrepiento de nuestra confianza comodona de adultos deseosos de volver a una infancia sin responsabilidades. Porque habíamos sabido terminar con una tiranía que nos cerraba la boca, creímos neciamente que ya estaba todo hecho mientras permitíamos, sin querer darnos cuenta, que otra, disfrazada, nos cerrara los ojos. Ahora creen que nos han vencido, que aceptaremos encorvados y mansos nuestro papel de esclavos ciegos porque hemos olvidado cómo erguirnos. Se equivocan. Estamos anquilosados, sí, pero hemos empezado a estirar las articulaciones: el ruido de su crujió está llenando el país entero. Por fin, hemos abierto los ojos.



Patricia Rey Artime

Activista Salud Mental

preyartime@gmail.com

“Revuelta EN EL frenopático”

Te habrá ocurrido. A mi al menos me sucede. Casi cada vez que miro atrás: ¿qué sucedió? ¿qué sucedió exactamente? ...bajo el microscopio: ¿cómo fue aquello...o lo otro?

En ocasiones, cuando retornas sobre tu pasado (reestímulos que te conducen de vuelta y/o ¿dónde quedó el cabo suelto de este hilo maestro que hoy volví a encontrar?) descubres en la nueva “visita” detalles en los que, pese a estar allí de siempre construyendo un significado, nunca habías reparado. Y cada vez que miramos, lo hacemos desde el final del camino. El final del camino hasta aquí. El último de nuestros pasos hacia el futuro. “Ese”, imposible de escribir o narrar, que nos ofrece el estímulo de su consistente inexistencia, su pura inconsistencia.

Cuando Ella se enferma, quiebra o desgarras, rompe o parte, bella sabia intangible en rebelión, se oculta al escáner, se escurre de la analítica, se mofa del bisturí.

Y aún sin verla ni oírla, ciegas o sordas con-ciencias o sin-ciencias, la niegan, diagnostican, tratan de encerrar en un “palabro”... Y como los culos claro, no hay consenso. Tras exhaustivos y rigurosos estudios de hasta veinte minutos: cada uno o una tiene el suyo. Es así que, ignorancia, impotencia, negocio, mentira o miedo, la combaten a Ella dislocada, a la críptica peligrosa, con una lucrativa artillería de veneno en pildoritas. Y asesinan millones de aves de un solo tiro. Y dejan afónico, triste y famélico hasta el último pajarillo de tu cabeza. Mientras, una corriente absurda le atribuye consistencia orgánica, derrocha vanamente en descifrar su química: déficits, excesos, desniveles, descompensaciones, defectos de un gen que no aparece... que obviamente, te precipitan a abandonar la realidad de la mayoría y a abrazar otra que solo tu ves, oyes, sientes e interpretas. Así que prescribe, receta con cómplice diligencia, ajustándose a la demanda del mercado del malestar, sus siempre novedosas novedades de nueva generación, “remedos” de remedio. Encapsulados o en polvo. De poderoso efecto súbito o sibilina disolución progresiva. El caso es realizar correctos trampantojos de guante blanco, enmascarando el núcleo de tu molesta “enfermedad mental”.

“¿Qué otra cosa es la ayuda de la medicina, sino amor?” Olvidado ya Paracelso, vejestorio nigromante, la académica psiquiatría universitaria y su escuadrón recaudatorio de “masters del universo”, conceden escasísimo hueco, por mencio-

nar vestigios folclóricos, a la cura por “procesos psíquicos”. Vamos, la psicoterapia. Obsoleta, larga, demasiado costosa para la sanidad pública. “Cincuenta años de estudios ha dedicado la ciencia a mejorar la panacea gracias a la cual pudimos cerrar los manicomios y sacarlos a la calle”, me espetaba el otro día “un” (que por suerte no llegó a “mi”) psiquiatra. Con tal delicada sutileza se expresaba este joven “máquina”, a fin de evitar a la clientela el paso, estancia, y más grave, la marcha (o huida) del establecimiento sin “consumición”.

Y ante mis argumentos, como ya lo estaba escrotando, respondía con coprolitos: “Tú, claro, no eres psiquiatra, y no has visto como yo cien enfermos exactamente iguales, lo que permite diagnosticar en minutos”. Minutos de sentarse medio de espaldas, sin mirarme a la jeta, ojo en pantalla sin escribir nada, moviendo compulsivamente, como por entretenerse, arriba y abajo a la ruedecilla del ratón...

Diagnosticar o tratar en minutos a pesar del cansancio, ¡veinticuatro horas de guardia..!, ruptura de los salubres ritmos necesarios vigilia-sueño-vigilia-sueño.., vete a saber si obli-gado por hipotecas, recibos, pufos, plazos... falto de vocación, lleno de prejuicio...

Y por perversa añadidura: botines que aprietan, botellas que envenenan, bauzás que exprimen, la mano de Mariano, recortes, repagos, “requetesobras” puso hoy el catering a precio inflado, seis euros el parking hospitalario y, ya cobro lo mismo que hace seis años, perdí “el busca”, se jodió la base de datos, el plusmarquismo de los miles de cuadrados “metros libres”, ni un puto box disponible, hoy está repelente el superintendente... y, para colmo, en el último minuto, la puñetera ésta, la “doscientosdiecinueve”, que ayer solicitó ingreso demandando “observación/protección/contención ambiental/ayuda para evitar la progresión a peor o muy peor de su salud mental, pues siente temor, suma experiencia o “historial” y cree que está haciendo crack”. Dice que pactó antes de entrar, con la otra parte, la profesional, consenso sobre tomar o no/qué tomar.

¡Habrase visto! ¡Pregunta sobre el contenido del chupito medicinal, pues no supo aclarárselo ni quien se lo dio a tomar! Sin duda: episodio “maniforme” manifiesto... ¡Pregunta por la razón para tal medicación..! Arguye que ayer, mi colega de guardia, a falta de historial escrito, por foránea, constatando su palabra, incrédulo, le negó la mayor y le ofreció un “diagnóstico retrospectivo” (¿?): “Usted no está psicótica, ni creo lo haya estado nunca” (¿?), “...si usted hubiera conocido delirio alguno, lo recordaría de otra forma...”, “...pero como usted lo afirma, yo no me arriesgo...”, “...de acuerdo pues, la ingreso y no le dispense más que algo para el sueño.” “Pues mira, yo

hoy diagnóstico: "agudamente maniforme", "trastorno esquizoafectivo", "manía de manual", urgentemente necesitada de "antipsicótico" potente...

Y pesar de todo intento, a base de putearla, de hacer saltar a la loca, el cuento acabó feliz, pues la loca se contuvo sola. Aunque entre cuatro paredes y a solas con un enemigo, no es fácil para una demente conseguir guardar las formas, si no fuera porque sabe, en carne propia y muchas ajenas, que si eleva el decibelio, o deja caer malamente la mano sobre la mesa, la invalidará un recitado de invocación infalible: ¡Seguridad! ¡Contención! ¡Inyectable! Con que era preciso más que nunca ser "paciente". "Risperidona. Y ese no gracias, prefiero solicitar el alta voluntaria, debido a que en este momento no observo síntoma que justifique tal prescripción, te respondo (gesto y sonrisa de vengancilla pueril) que como prevalece mi criterio, ahora mismo convierto tu ingreso voluntario en involuntario, te esperarás cinco o seis días a que venga el juez, y luego te pasarás aquí, no dos o cuatro días, sino un par de meses o tres. Tus negativas y críticas son producto de la manía y...te aseguro que poquísimas veces nos equivocamos. Decide ya. Y de telefonar, nada".

Nunca acaba una de aceptar que hecha la ley, hecha la trampa. Caí más que nunca en mi absoluta vulnerabilidad y juro que sentí auténtico miedo. Disimulando mi desesperación interna, lancé un órdago. Y por fortuna vi como se irritaba pensando que quizá no era un farol. Con voz muy suave aludí a: "conducta dudosa o punible", "consentimiento informado", "carta de derechos", "mi abogada", "poner en conocimiento", "no creaque estoysola en el mundo". Él: sudoración excesiva, respiración entrecortada, congestión facial, gran cabreo, aspavientos... y para mi alivio, tregua: ¡Vale, esta noche te libras con "dosconcincodebenzo", que se apañe contigo mañana el psiquiatra que te asignen. Y yo: "ok, gracias, de benzo sugiero la mitad, con eso babearé mi sueño todo el día de mañana..." "¡Dosconcinco y no hablo más, fin de tu tiempo!" Frustradísimo, el mercader del zoco clausuró el chiringuito. Varias tabletas menos, o quizá menos números para otras tabletas, golosinas tecnológicas que deja asomar del "attaché" el marchante de las malas artes de Janssen. Como todas las homicidas de conejos de chistera, o aborteras de "abordajes" piratas, recibí la iatrogenia por la lengua: un concentrado amargo de baja pasión vesicular. "¡No escucho nada más! ¡Je, a la manía hay que saber cuándo y cómo decirle basta!" Lo repetí varias veces... "Usted que puede señor, manía o fobia, es mutua". Se fue ufano. Ni etiología ni etimología, ignora

el necio

que Manía

desnarcotizada es una diosa refulgente. Quien trata de amordazarla, puede que insuffle sus alas... El despacho carecía de "camaras protectoras", por lo que aún resta al lobo del cuento el escudo de su "autoridad profesional", pagar con desagrado que no exista nombre propio o jurisprudencia para sus vergüenzas, y aullar: ¡Delirio! ¡Novela!

El desenlace, mi mucha suerte: en el sótano "menosdos" hay currantes que curan por imposición de manos, y no han visto dos sufrientes iguales, expertas en restauración de almas, personal laboral que ya sospecha de ciertas prácticas, que cuestionan normas absurdas o injustas, morochas dulces de delicados gustos literarios, opositores a la liga profesional antitabaco, respaldada en leyes que obviaron que las virguerías modernas aplicadas a la química cerebral producen tal anhedonia o ansiedad, que justifican el vicio o explican la voracidad. Así, "los loquitos" fuman al raso de la noche invernal, paradójicamente a riesgo de traslado de planta. O se comen monos de tres horas entre cigarro y cigarro... Todo encaja: tamaña violencia aplicada desata otra que precisa litros de doping, ser amarrada a una cama... Dejo mucho para otro día. "Mi" psiquiatra, por suerte era un "clásico": Preguntaba, escuchaba, miraba viendo, feedback, no dar razón a la loca, ni llevarle la contraria, prudencia, lápizero... Nueve horas después: no "psicosis", no "manía", no "maniformas", no "risperidona", poca "benzo" o nada, sabrás tú si Morfeo la precisa...

¡Alivio! Y rebaja del pavor a volver a solicitar ayuda psiquiátrica. Salí en el momento preciso. Me recupero. El sueño acude, el alimento entra. Ensayo el "uso responsable" de todo fármaco. Opinan mis "quereres" que ando de cabeza "extraordinariamente". Guardo un meditado y respetuoso informe de alta y otro diagnóstico más (¡tres en trentaidos



María Fúnez

horas!). Pero este, a mi juicio, ni enfermedad ni insulto. Piropo equivalente a otros: "antisistema", "contestatario", "feminista radical", "sacrílega" o "payasa"...

Otros, en respuesta a la retórica paracelsiana: "Tranquimacines", "tatetranquilina", "manualidades", "jubilación"... "jardinería". ¡Pobre empobrecida la medicina que cree sumar saber olvidando su rudimento, asqueándose de acercar su mano a toda llaga o purulencia, recetando "parches" cual taller de bicicletas! Prostituida esteticien del maquillaje estadístico, tanatopractora de laboratorios cuyo tufo ya apeseta. Provedora sumisa del dato fundamental que aumente las ventas: "¡Eureka\$! ¡Probado contra placebo, mediante simple, doble y triple ciego! ¡La pócima causa tal cie... este...bienestar, que ya no dan ni lata! ¡No se mueven, no se notan, no traspasan! ¡Esclavo esclavizaesclavos: ordena doblar el precio, triplica los "cuencoarrocistas! ¡Más gas a la maquinaria! ¡Truécale a la Most-Most University High Class, el conveniente-académico-estadístico-disfraz! ¡Que lo hagan "a medida", urgente, para mañana...y con fecha de antes-deayer! Y encarga para pasado cien mil titulares que digan: ¡Solución definitiva! Ah... y acércame rápidamente un billete de 500, con la emoción me olvidé que se acabó el higiénico... Total: posología de Lilly o Sanofi que arregla tú "defecto funcional", para cuyo hallazgo nunca nadie jamás te realizó prueba objetiva alguna. Millones en publicidad para promover tu compromiso inquebrantable, lealtad única, adherencia incondicional al "tratamiento" bajo la amenaza de tu miedo, el de tu gente y el de todo el conjunto social, aleccionado y manipulado por mediocres medios comprados para temerte tanto, que si es necesario vote por convertirte en competencia de la "justicia", que ordene inocularte por veredicto. Y hale: "intégrate" por desintegración, "insértate" por miedo a la exclusión, y jódete si te jode el terror del resto de afectados por la propaganda que colorea de amarillo chillón los "decanos de la prensa", y escupen las "megacata-plasmas" del salón familiar. Una sala de eventos que nos cubre todo el "target", ¿eh chicos? Buen lugar para anunciarles a tiernas criaturas su riesgo de inminente vivisección a manos de esa vecina "rarilla", si "no se toma su medicación". Y, peor peorísimo, en ocasiones, quién "cuida" del "TDAH" aprovecha el paso del Pisuerga, tirando de la aversión al peine o el gusto por el pelo "rojo muñeca", y hasta el silencio, risa o canto de esa vecina "que está mal de la cabeza", como recurso para que el "ritalín" sea engullido sin rechistar por la infancia: "Si no te lo tomas, enfermarás, serás mala y además acabarás así de pelucia".

¿Y quién se atreve a bajar de una buena vez del ático o el desván con el legítimo objetivo de vivir humanamente, y exponer su carne día tras día al herraje, a la abrasadura del

estigma y autoestigma que promueve el "mentismo"? (Gracias Thamos Wolfson, por dotarnos del término preciso para nombrar a lo que ya no disimula ni el amparo silente del perverso diccionario).

Muevete. Porque les da igual si el milagro químico engorda tu sangre o tu carne, si te causa diabetes o te condena a sinvivir en anestesia sensorial permanente... si al desbrozar los "malos brotes" de tu jardín mental, destrozan también toda capacidad de hacerlo florecer, si la insufrible acatisia te "motiva" a arrojarte a las vías del tren... Total, no ibas para premio Nobel, y si te mueres de otro mal o prematuramente, formarás parte de una estadística diferente, redondeando así la coartada de la farmafia. (¡Ahora que estaba tan bien que de lo suyo, gracias al "ajustodopaminin"...) Y el mundo dormirá tranquilo, librándose de elaborados o inconexos exabruptos sobre sí mismo. Y el Nobel, claro, se lo darán al "Señor Pfizer", porque gracias a él no degollaste, trituraste y pasaste por la sartén a nadie. Pura tecnología social. Contra paranoia individual, paranoia colectiva. Logro humano de pura humanidad.

Ahora relájate. Descansa. El miedo al padecimiento, es mayor cuanto más lo es nuestro desconocimiento. Y no es muy rentable hacer pedagogía sobre esto, así que la fórmula exige aplicar buenas dosis de autodidactismo, el imprescindible apoyo de quienes valientemente combaten al enemigo desde dentro, el amoroso acompañamiento de quien comparte experiencias similares: mezclar, agitar, revolver. Y decir basta.

Compañerita: no estés sola, no me dejes sola, vente a la asamblea de majaras. Empleemos nuestra minidosis de "libertad" por segundo, donde y como estemos, en tratar de aflojar todas las tuercas. Hay mucha "pieza" suelta, mucho tornillo herrumbroso, demasiado maltrato a "piñazos". Subamos todas del sótano, bajemos todas del ático y liberemos entre todas a millones de "princesas incas" del injusto sacrificio cotidiano. No te avergüences. No te calles. En memoria de muchas y por las muchas que vienen. Seamos millones de obstinadas gotas chinas erosionando sin descanso millonarios muros contruidos para oprimirnos. Exijamos nuestra parte: "Nada sobre nosotras sin nosotras". Cuídate mucho, tú. La revolución de las "locas" nos necesita bien "cuerdas". Te envío un abrazo. Me asiste la comfortable tranquilidad de saber que existes y estás ahí. Querida, te re-quiero. Y espero encontrarte para siempre en todas partes. Y mañana: Sol.

¡Ay Leonor Pachamama!

¡Qué revolución tan larga!

¡Nuestros cuerpos! ¡Nuestras vidas!

¡Nuestras vidas! ¡Nuestras almas!



Ibone Olza

Psiquiatra infanto-juvenil
en un hospital público de Madrid
<http://iboneolza.wordpress.com/>

Como psiquiatra infantil creo que es importante aclarar por qué opto por trabajar en la sanidad pública y por qué deseo que ésta sea gestionada por empresas públicas.

En salud mental es imprescindible trabajar en equipo. En psiquiatría infantil necesitamos bastante tiempo para conocer en profundidad a nuestros pequeños pacientes. Si queremos hacer las cosas bien, nuestra primera entrevista debe durar mínimo una hora y a ser posible ser atendida por un mínimo de dos profesionales, una se suele centrar en observar y jugar con la niña o el niño, otro en escuchar a los padres. Por si a alguien esto le parece un exceso, aclarar que cuando siendo estudiante de quinto de medicina roté por un servicio de Psiquiatría Infantil en el Montreal Children's Hospital de Canadá, llegamos a ser 13 (entre profesionales de todo tipo y algún estudiante como yo) para entrevistar a una familia de cinco miembros. Allí la primera sesión de consulta duraba dos horas y media.

Tenemos que estar muy atentos a observar la interacción familiar mientras hacemos la historia clínica. Muy a menudo tras una entrevista de una hora seguimos sin poder emitir un diagnóstico: son precisas varias entrevistas más para hacernos una idea y poder realizar un estudio psicológico y psiquiátrico completo. Y por supuesto el trabajo en equipo es fundamental, imprescindible. Los psiquiatras infantiles tenemos que trabajar en equipo no sólo con pediatras o médicos de familia y enfermeras sino con psicólogos, trabajadores sociales, educadores, terapeutas familiares, profesores, etc... Necesitamos dedicar tiempo a la coordinación, a comentar los casos con otros profesionales, a pensar y reflexionar no sólo sobre como ayudar mejor, también sobre cómo cuidarnos nosotros para poder cuidar, para poder soportar tanto dolor como sostenemos a veces. Desde luego que es difícil medir nuestros resultados de forma directa. Cuando atendemos a un menor deprimido igual tenemos que descartar que en su casa esté viviendo una situación de violencia. A veces tratar una cefalea en una niña significa identificar el alcoholismo de su madre y coordinarnos con su médico de familia para que le anime a comenzar un tratamiento. Otras veces nos toca acompañar a las hermanas de un chaval que se ha suicidado o a los padres y hermanos de un bebé que ha fallecido accidentalmente. A veces detec-

curar CON PALABRAS

SALUD MENTAL INFANTIL, TRABAJO EN EQUIPO Y SANIDAD PÚBLICA

tamos abusos sexuales o malos tratos gravísimos y tenemos que contactar de forma urgente con servicios de protección a la infancia... O nos encontramos con que la niña o el niño remitido a la consulta es en realidad el síntoma de un problema familiar. Casi siempre intentamos curar con las palabras, con la escucha, nombrando y explicando para que la familia lo entienda y puedan crecer, cambiar... Se llama psicoterapia. Acompañar, sostener, cuidar, decirles todo lo que hacen bien, ayudarles a entender el daño que producen ciertas palabras, silencios o cachetes... En ocasiones, pocas, usamos medicaciones para aliviar síntomas graves.

En fin. Lo que quiero decir es que necesitamos trabajar en equipo, en la comunidad, de forma absolutamente multidisciplinar. No necesitamos apenas pruebas ni análisis, pero si equipos amplios, con profesionales muy bien formados, que sepan de terapia de familia, de desarrollo infantil, de vínculo y de resiliencia. Conocemos mejor a las niñas y a los niños a través del juego y del dibujo, pero todo esto lleva su tiempo. Estos equipos pueden parecer muy caros a quien acostumbra a gestionar la sanidad con criterios economicistas o con ánimo de lucro. En la sanidad privada no conozco equipos así. Sé que en algunos lugares públicos con gestión privada los equipos de salud mental se sustituyen por "consulta de psiquiatría o psicología infantil". Sin trabajadores sociales, sin enfermería, sin equipos, sin coordinación. Con poco tiempo, apenas 30 minutos para una primera valoración, con exigencia de en ese tiempo además hacer diagnóstico y tratamiento, receta incluida, con posibilidad de volver a verles muchas semanas después durante apenas quince o veinte minutos...

Yo no podría trabajar así, no sabría. Cuidar la salud mental, ofrecer una atención cercana, en equipo, a enfermos mentales graves, y a todas las personas que lo pueden necesitar, es una inversión social, a medio y largo plazo. Lo que hacemos en salud mental previene violencia, fracaso escolar, toxicomanías, suicidios... y sobre todo alivia el sufrimiento, algo muy intangible e imposible de medir, pero ¿a qué todos lo conocemos muy bien? Por eso me sumo a esta huelga, porque creo que sería una pésima idea que la atención a la salud mental y muy especialmente a la infantil dependiera de empresas privadas, gestionada por personas que parecen no tener ni idea de lo importante que es cuidar la salud mental, incluida la de los trabajadores sanitarios.



Francesca Zapater

Médica de familia de un ABS de Catalunya
cesca.zapater@gmail.com

UN DÍA CUALQUIERA

CARTA ABIERTA A LOS RESPONSABLES DE LA SANIDAD CATALANA

Soy una médica de atención primaria que hace más de treinta años que trabajo en el sistema público de salud en el ámbito rural o urbano. Viví con ilusión y compromiso la reforma de la atención primaria; he sido tutora de médicos MIR; he hecho varios cursos de formación continuada y trabajos de investigación; he accedido al cuarto nivel de carrera profesional del ICS; he publicado varios artículos en revistas profesionales; soy socia de honor de la CAMFIC y otras cosas no demasiado importantes. El motivo por el que me dirijo a ustedes públicamente es porque la consulta de hoy ha estado llena de paradigmas de cuál es la situación de la sanidad catalana y de los enfermos. Cada día de consulta pasan cosas, pero hoy se han concentrado demasiado.

He llegado al centro a las 8 de la mañana, como siempre desde hace muchos años. La primera visita la tenía programada a las 8.12, pero he empezado a las 8.20 porque el ordenador ha tardado unos quince minutos en ponerse en marcha. Quiero explicar en síntesis algunas de las 26 visitas que he hecho.

- He recibido el resultado de una colonoscopia que pedí a una señora de 50 años que tenía diarreas crónicas. En dos minutos le he dicho que era normal, pero la señora me ha explicado, y yo he escuchado, su difícil situación en casa: tres personas viven de su sueldo de media jornada y cada fin de mes tiene que pedir ayuda a su madre que vive de una pensión de viudedad pero, como la casa es de propiedad, todavía tiene un "rinconcito".
- He atendido a tres o cuatro personas con cuadros gripales que he tratado como debía tratar, aunque una persona me ha dicho que era injusto que recetáramos agua para la gripe.
- Un chico con una rinitis que hacía un año que esperaba la visita del servicio de alergia.
- Una mujer joven con una episcleritis.
- Una señora que me pedía hacer una analítica que le había pedido el médico de un hospital y que no había entendido que era en ese mismo hospital donde se le tenían que hacer (ni en el hospital se lo habían informado).
- Una señora con un túnel carpiano que he infiltrado.
- Una crisis de asma que hemos estabilizado.
- Una chica con una celulitis de piernas.
- He hecho un par de altas laborales.
- Una derivación a optometría (una de las dos derivaciones del día).
- Una señora que había derivado hacía dos días por una sospecha de desprendimiento de retina y que me llevaba el informe del oftalmólogo confirmando el diagnóstico, pero se ha puesto a llorar por miedo a que la despidieran del trabajo si le hacía la baja laboral. He hecho contención y hemos planteado posibles afrontamientos del problema.
- Un señor (con EPOC, HTA, cardiopatía isquémica, polimialgia reumática y gonartrosis avanzada) que venía a buscar el resultado de un TC torácico por estudio de una posible masa pulmonar.
- Un señor que había sido atendido en una mutua privada y me pedía recetas de eso que usted (señor conseller) dice que no es eficiente pero que no tiene la valentía de decirlo a las mutuas.
- Un resultado de una ecocardiografía para seguimiento de una cardiopatía hipertensiva.
- Una señora que me exigía un certificado para "pasar" los comprimidos de los medicamentos en el aeropuerto para ir a París.
- Una neuralgia postherpética.
- He hecho recetas "extra" a una señora a la que no le servía la receta electrónica desde que había muerto su marido.
- Una chica con una fractura nasal que no le daban visita en el hospital, aunque le habían dicho que le harían un seguimiento, y he tenido que llamar al servicio de atención al usuario para solucionarlo.
- La hija de una señora que me pedía un "volante" para una silla de ruedas para su madre con artrosis avanzada de rodillas y otras patologías, a la que el traumatólogo del hospital, que la visitaba por una fractura de codo, no le había hecho porque él le visitaba sólo el brazo. He tenido que hacer una nueva derivación porque yo no puedo hacer el PAO.
- Un señor que "sólo" me llevaba un informe de alta hospitalaria donde constaban cuatro fármacos desaconsejados por diferentes organismos científicos y por el propio departamento de salud, que no es capaz de imponer unos criterios de calidad de prescripción a los médicos de hospital como sí nos hacen a nosotros.



Del resto de las visitas a la consulta no me acuerdo.

- Sí me acuerdo de la visita a domicilio (a tres kilómetros del centro) que he hecho a un señor de 80 años que era alta de hospital por una fractura de fémur, cuyo informe no estaba añadido a la historia clínica compartida. Tenía varias lesiones por presión y un dolor de características neuropáticas en el pie que no le dejaban dormir ni a él ni a su familia.

Para analgesia llevaba paracetamol y ibuprofeno.

También llevaba una sonda uretral desde hacía más de un mes. Los hijos explican que lo tuvieron unas 20 horas en quirófano porque había hecho complicaciones cardíacas,

cosa de la que nadie les informó hasta que decidieron bajar a quirófano a preguntar, lo que no habían hecho antes por prudencia. Después de visitar al padre he visitado la hija que estaba con fiebre, y al terminar he atendido al hijo que tenía una sobrecarga emocional y necesitaba llorar y que alguien la escuchara

- A las tres menos cuarto he ido al pueblo grande del ABS (a 4 kilómetros) donde tenía consultoría con el equipo de salud mental para comentar el caso de una señora que estaba desestabilizada, y aún he ido un rato a un grupo de trabajo del equipo. Al terminar una compañera me ha explicado que había recibido dos reclamaciones de pacientes: una por no "pasar" una receta de una mutua y otra por decir a una persona que había sufrido un accidente laboral que tenía que ir a la mutua. También me ha explicado que había recibido una carta del director de AP diciendo que no cumplía el horario.

Esta compañera hace mucho tiempo que la conozco y es de las que dan su teléfono personal los fines de semana a los familiares de enfermos terminales. No tenía claro cuál sería su futuro profesional tras los cambios que se han anunciado en el ICS.

Un día completo.

Es fácil deducir que me he ido del trabajo un poco tarde, más allá de lo que llaman mi horario, como muchos otros días, y algo cansada.

A media tarde, al mirar la prensa leo: el plan de salud quiere que los médicos de primaria sean más resolutivos, que no deriven tanto, que asuman patología del aparato locomotor, de oftalmología, de otorrino... y les organizaremos sesiones con los especialistas para enseñarles. Hace unos días anunció que nos bajarían el sueldo.

Señores responsables de la sanidad catalana: ¿son conscientes de lo que están hablando y lo que están haciendo? ¿Saben cómo está realmente la sanidad que atiende a la mayoría de la población? ¿Saben qué es la Atención Primaria y el trabajo que estamos haciendo? ¿Conocen nuestras dificultades? ¿Saben que pueden destrozar un sistema y una práctica que nos ha costado muchos años y muchos esfuerzos construir? ¿Saben cómo nos sentimos los profesionales?

Yo ahora no me siento cansada, me siento profundamente triste y preocupada.

Si quieren entender por qué tantos profesionales y tantos ciudadanos nos quejamos de su política, los invito a pasar consulta un día conmigo si los pacientes los autorizan.



CARME VALLS LLOBET

privatizar viene de privar

La creciente ola de decisiones "políticas" de la Asamblea de la Comunidad de Madrid, privatizando centros de salud públicos, desoyendo las multitudinarias manifestaciones de los profesionales de la salud codo con codo con la ciudadanía plural y diversa, nos pone de manifiesto la frivolidad y superficialidad con la que algunos representantes toman decisiones en contra de los intereses de sus representados.

Mientras se estaba debatiendo el futuro de la Sanidad de la Comunidad de Madrid, el futuro de como deberían ser atendidos los ciudadanos y ciudadanas, dos diputados de la Asamblea fueron sorprendido jugando al Apalabrado. Lo hacían desde un ordenador y un móvil, y estaban tan absortos que se dejaron sorprender. Mientras su mano izquierda votaba a mano alzada la privatización de la sanidad madrileña, su mano derecha se entretenía con un juego banal, quizás para no pensar que estaban vendiendo a sus conciudadanos. Daban la triste imagen de lo bajo que han caído algunos de los representantes, totalmente ausentes del acto en que simulaban participar, ¿quizás como un reflejo inconsciente para no saber, para no decidir realmente lo que estaban votando?

La privatización declarada de la Comunidad de Madrid y la encubierta de Cataluña y Valencia obedecen a intereses de partido pero PRIVAN a la ciudadanía de sus derechos al acceso universal a la salud y a una asistencia de calidad. No obedecen a ningún criterio científico porque sólo consultando la literatura científica sabrían que cuando el gobierno de Nueva Zelanda llevó a cabo la privatización asistencial y, luego, evaluó los resultados, tuvo que cambiar sus políticas por el incremento de mortalidad y morbilidad de la población. Esto mismo lo podemos comprobar con la privatización de Alzira, con el agravante de que la entidad gestora pide que salvemos sus números rojos con el dinero de todos los contribuyentes. En lugar de privatizar sus pérdidas nos privan de nuestros derechos.



Teresa Forcades i Vila

Médica, Doctora en salud pública

<http://teresafortcades.wordpress.com>

una REFLEXIÓN y una PROPUESTA

EN RELACIÓN A LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

De VPH existen más de 100 tipos que se encuentran habitualmente en la piel y las mucosas y que no sólo se transmiten por vía sexual: el contacto habitual entre padres e hijos, por ejemplo, puede transmitir el virus; no haber tenido relaciones sexuales no es ninguna garantía de que no se esté infectado con este virus.

Hay unos 12 tipos de este virus que se denominan de alto riesgo porque pueden ser causa de un cáncer, pero incluso cuando se tiene una infección con uno de estos tipos, lo habitual es que no se produzca un cáncer; el cáncer de cuello de útero se produce en mucho menos del 1% de los casos de infección¹.

Los tipos del virus que causan cáncer con más frecuencia son el VPH-16 y el VPH-18; en España la diferencia de lo que ocurre en la mayoría de países del mundo el porcentaje de cánceres causados por el VPH-16 y el VPH-18 no es del 70%, sino sólo del 56% (el VPH-16 causa el 51% de los casos y el VPH-18 el 5%; en España hay como mínimo 8 tipos más de VPH que causan cáncer)².

La citología vaginal (test de Papanicolaou) realizada cada 2-3 años es capaz de detectar en una fase temprana el cáncer de cuello de útero causado por todos los tipos de VPH de manera que se pueda eliminar con una intervención de láser antes de que dé ningún problema; el test de Papanicolaou es sin duda la mejor medida preventiva para el cáncer de cuello de útero³.

La mortalidad de cáncer de cuello de útero en España es de 3,2 casos por cada 100.000 mujeres; 712 mujeres mueren cada año en España debido a este cáncer; la mayoría de estas muertes se podrían prevenir si estas mujeres se hicieran el test de Papanicolaou (en la mayoría de países que hacen el test, la mortalidad es la mitad que en España).

En cambio, dado que las vacunas disponibles no tienen proteínas de todos los VPH que causan cáncer sino sólo de los tipos 16/18, la máxima eficacia preventiva de estas vacunas en España es del 56%; en la práctica, no sólo no han demostrado su eficacia, sino que, como veremos a continuación, han demostrado que pueden causar la muerte o la invalidez permanente en niñas sanas⁴.

DATOS DE EFICACIA Y DE SEGURIDAD DE LAS VACUNAS VPH

El VPH consta de una doble cadena de ADN circular protegida por una cápside que tiene 2 proteínas: la L1 y la L2; para fabricar las vacunas se aísla el fragmento del ADN del VPH que codifica la proteína L1 y se introduce en el genoma de la levadura; cuando la levadura se replica, se replica también la proteína L1 del VPH; las proteínas L1 así obtenidas se combinan entre ellas para formar unidades más grandes que se denominan VLP-L1 (en inglés: virus-like particles L1, es decir, no son virus de verdad sino partículas parecidas al virus que contienen la proteína L1); estas partículas

VLP-L1 se adsorben en un preparado de sales de aluminio que se denomina adjuvante y que está destinado a excitar de forma artificial el sistema inmunitario para que el cuerpo fabrique más anticuerpos contra la proteína L1 y para que éstos sean más potentes y duren más tiempo.

Actualmente hay dos vacunas VPH disponibles: la Gardasil (2006) y la Cervarix (2009); la Gardasil es cuadrivalente (tiene proteína L1 de 4 tipos virales diferentes: 6/11/16/18); la Cervarix es bivalente (tiene proteína L1 de 2 tipos virales: 16/18) - dado que el cáncer de cuello de útero tarda de 20 a 40 años a desarrollarse, a día de hoy no se puede saber si las vacunas del VPH son capaces de prevenir el cáncer de cuello de útero; para saberlo, habrá que esperarse hasta los años 2026-2046⁵.

Mientras nos esperamos, usamos lo que se denomina un marcador indirecto: en lugar de medir los casos de cáncer, medimos los casos de displasia (quiere decir los casos en que la infección del VPH ha provocado que las células del cuello de útero tengan una forma anormal); las vacunas del VPH han demostrado hasta ahora una eficacia por debajo del 41% para prevenir la displasia moderada o grave (CIN 2/3+); en los casos con infección previa por VPH-16/18, la vacuna puede aumentar los casos de displasia e incluso de cáncer de cuello de útero⁶.

En cuanto a la seguridad, según el registro VAERS de los EEUU, las vacunas del VPH son responsables del 60% de los efectos secundarios serios causados por el conjunto de todas las vacunas: esto incluye el 64% de las muertes y el 82% de la inva-



lidez permanente; en números absolutos esto son 37 muertes y 464 invalideces permanentes en chicas previamente sanas que tienen de 16 a 29 años⁷.

Los investigadores Tomljenovic y Shaw acababan de demostrar la presencia de las partículas VLP-16L1 de la vacuna Gardasil en el cerebro de dos chicas de 14 y de 19 años que estaban previamente sanas y que han muerto después de que se les administrara la vacuna; la causa de la muerte parece ser una vasculitis cerebral autoinmune causada por el adyuvante de aluminio de la vacuna; este adyuvante excita el sistema inmunitario de forma tan potente que éste fabrica anticuerpos contra la proteína L1 del VPH-16 en una cantidad 10 veces superior a lo que es normal; estos anticuerpos hiperexcitados por el aluminio parecen ser la causa de la vasculitis autoinmune que ha matado a estas niñas⁸.

IRREGULARIDADES QUE DEBEN SER EXPLICADAS

Los adyuvantes de aluminio hace más de 90 años que se usan en las vacunas, pero existe una irregularidad gravísima en los estudios realizados hasta ahora sobre su seguridad que hace que estos adyuvantes puedan tener efectos neurotóxicos e inmunogénicos incluso mortales sin que nos hayamos dado cuenta; la irregularidad es que en los estudios de seguridad de las vacunas que contienen adyuvantes de aluminio se han usado de forma sistemática grupos control a los cuales en lugar de inyectarles una sustancia inerte como correspondería se les inyectaba un pseudo-placebo que contenía las mismas sales de aluminio que la vacuna; así, los problemas neurológicos, los problemas de autoinmunidad y las muertes eran los mismos en el grupo que se vacunaba que en el grupo control, pero esto no era porque la vacuna no tuviera efectos secundarios sino porque a ambos grupos se les estaba inyectando aluminio⁹.

Otra irregularidad que hay que explicar es que las autoridades sanitarias hablan de la vacuna del papiloma como si sus efectos duraran de por vida, cuando se ha demostrado que más de un tercio de las niñas vacunadas con Gardasil pierden los anticuerpos para el VPH-18 al cabo de 5 años¹⁰.

Una tercera irregularidad: en los estudios de eficacia sólo se ha publicado el valor del intervalo de confianza, pero no el valor de la *p* (una medida estadística sin la cual los resultados del estudio no se pueden interpretar)¹¹.

Una cuarta irregularidad: la frecuencia de los efectos secundarios se ha medido a menudo como porcentaje del total de vacunas distribuidas en lugar de medirse como porcentaje del total de vacunas administradas; esto da porcentajes de efectos secundarios falsamente bajos porque el total de vacunas distribuidas siempre es mucho más elevado que el total de vacunas administradas¹².

Una quinta irregularidad que puede tener consecuencias legales para las autoridades sanitarias catalanas y españolas es que a los padres se les ha dicho que la prevención esperada es del 70% de los cánceres cuando en España la máxima posible es del 56%, se les ha dicho que la vacuna ha demostrado su eficacia en la prevención del cáncer del cuello de útero cuando no es verdad, y se les ha dicho que la vacuna es segura cuando hay muertes e invalidez permanentemente documentadas.

La sexta irregularidad es la manera como el personal médico trata en general a las niñas que tienen efectos secundarios graves y a sus familias: ignorando los miles de casos de todo el mundo que describen síntomas de tipo neurológico asociados a la vacuna, a muchas de estas niñas se les dice que sus síntomas tienen un origen psicológico y se responsabiliza a ellas o a sus

padres del drama que están viviendo¹³.

La séptima y última irregularidad es que una vacuna como ésta, que no tiene demostrada su eficacia y que tiene efectos secundarios tan graves, haya sido incluida en el calendario de vacunaciones infantiles de más de 100 países y que en muchos de estos países, incluido el nuestro, se administre en las escuelas, de forma que son los maestros y no los médicos los que informan de la vacuna a los padres y les piden su consentimiento informado.

UNA REFLEXIÓN

El día 8 de septiembre de 2012 murió en Asturias una niña de 13 años tras recibir la segunda dosis de la vacuna¹⁴. El riesgo de morir debido a la vacuna del papiloma es menor que el riesgo de morir debido al cáncer de cuello de útero, pero hay una diferencia esencial: las que mueren o se quedan inválidas de por vida debido a la vacuna son chicas jóvenes y sanas que mueren por culpa de una intervención de salud pública recomendada por las autoridades sanitarias; las que mueren por el cáncer de cuello de útero son mujeres mayores que si tuvieran acceso al test de Papanicolau seguramente no morirían. No

tiene ningún sentido exponer a una invalidez permanente o a la muerte a una niña sana para prevenir un cáncer que se puede prevenir con una intervención inocua (el test de Papanicolaou seguido de la ablación con láser).

Hay que recordar que en 2007 la misma compañía farmacéutica que fabrica la vacuna Gardasil (Merck), fue condenada por un tribunal penal de los EEUU por el hecho de haber escondido información de vital importancia en relación a la seguridad de su medicamento anti-inflamatorio Vioxx; este medicamento causó infarto de miocardio o embolia cerebral a más de 30.000 personas antes de que finalmente fuera retirado del mercado (se aprobó en 1999 y se retiró en 2004); la compañía Merck recibió una sanción multimillonaria por este delito, pero el coste de la multa a pesar de ser multimillonaria fue inferior a los beneficios que Merck había conseguido con la venta de Vioxx; ninguno de los responsables de este delito que costó la vida a más de 3.000 personas no fue a la prisión¹⁵.

UNA PROPUESTA

Mi propuesta es clara:

Que se retire inmediatamente la vacuna del papiloma del calendario de vacunaciones infantiles en nuestro país y se pidan responsabilidades a las autoridades sanitarias, a las compañías farmacéuticas y a los médicos que corresponda.

Mientras no pase esto:

Que el personal sanitario encargado de administrar la vacuna informe correctamente a los padres de la incertidumbre y los peligros de esta vacuna; mi recomendación es que ningún padre ni madre dé su consentimiento para que su hija sea vacunada del papiloma; si la niña ya ha recibido la primera dosis, que no le pongan la segunda; si ya ha recibido la segunda, que no le pongan la tercera.

En caso de que la niña ya haya sido vacunada:

Que los padres sepan que los efectos secundarios de tipo autoinmunitario se pueden presentar muchos meses después de la administración de la última dosis y que reaccionen enseguida ante síntomas neurológicos porque hay tratamiento y la niña se puede salvar.

En caso de que haya padres que a pesar de todo quieran poner esta vacuna a sus hijas:

Que sobre todo se aseguren antes de que las vacunen que las niñas no están infectadas con el VPH-16/18; en caso de que lo estén, la vacuna puede hacer que el riesgo de cáncer de cuello de útero aumente (recuerdo que el hecho que una niña esté infectada con el VPH no implica que haya sido sexualmente activa, puesto que el virus se puede contagiar de otras maneras).

- 1 Harper DM, Vierthaler SL. Next generation cancer protection: the bivalent HPV vaccine for females. ISRN Obstet Gynecol 2011. doi: 10.5402/2011/457204
- 2 WHO/ICO HPV Information Center. Human papillomavirus and related cancers. Summary report update. November 15, 2010. Datos sobre España. Accesible el 20 de noviembre de 2012 en: http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/ESP_FS.pdf?CFID=6953469&CFTOKEN=42986681
- 3 Harper DM, Williams KB. Prophylactic HPV vaccines: current knowledge of impact on gynecologic premalignancies. Discov Med 2010; 10(50): 7-17.
- 4 Tomljenovic L, Shaw CA. Death after Quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) Vaccination: Causal or Coincidental? Pharmaceutic Reg Affairs 2012, S12:001. doi: 10.4172/2167-7689.S12-001.
- 5 Gerhardus A, Razum O. A long story made too short: surrogate variables and the communication of HPV vaccine trial results. J Epidemiol Community Health. 2010 May; 64 (5): 377-8.
- 6 Tomljenovic L, Shaw CA, Spinosa JP. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an Option for Preventing Cervical Malignancies: (How) Effective and Safe? Current Pharmac Design, 2013 (19) ya es accesible via Internet.
- 7 U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). WONDER VAERS Request. <http://wonder.cdc.gov/vaers.html> (consultado en marzo de 2012)
- 8 Tomljenovic L, Shaw CA. Death after Quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) Vaccination: Causal or Coincidental? Pharmaceutic Reg Affairs 2012, S12:001. doi: 10.4172/2167-7689.S12-001.
- 9 Tomljenovic L, Shaw CA. Aluminum Vaccine Adjuvants: Are they Safe? Curr Med Chem 2011; 18 (17): 2630-7.
- 10 Harper DM, Williams KB. Prophylactic HPV vaccines: current knowledge of impact on gynecologic premalignancies. Discov Med 2010; 10(50): 7-17.
- 11 Tomljenovic L, Shaw CA. Human papillomavirus (HPV) vaccine policy and evidence-based medicine: Are they at odds? Ann Med 2011. doi: 10.3109/07853890.2011.645353.
- 12 Tomljenovic L, Shaw CA, Spinosa JP. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an Option for Preventing Cervical Malignancies: (How) Effective and Safe? Current Pharmaceutical Design, 2013 (19) ya es accesible via Internet.
- 13 Ver la pág. web de la Asociación de las Afectadas por la Vacuna del Papiloma: <http://www.aavp.es>
- 14 Europa Press. Muere una menor con asma en Gijón tras administrarle la vacuna del virus del papiloma. 14 setiembre 2012 (<http://www.europapress.es/sociedad/sucesos-00649/noticia-mueremenor-asma-gijon-administrarle-vacuna-virus-papiloma-20120914224259.html>)
- 15 Voreacos D, Johnson A. Merck paid 3,468 Death Claims to resolve Vioxx Suits. Bloomberg, 27 julio 2010.

MANIFIESTO: “Retirar La vacuna del vph es invertir en salud”

En otoño de 2.007, cuando el Ministerio de Sanidad tomó la decisión de incluir la Vacuna del Virus del Papiloma Humano a cargo del Sistema Sanitario Público, más de diez mil profesionales de la salud y varias asociaciones científicas expresaron su desacuerdo en el manifiesto “Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del VPH en España”. Un movimiento profesional sin precedentes por su posicionamiento y amplitud, que cuestionaba el costo oportunidad de la medida, con serias dudas sobre su capacidad, eficacia y elevado precio. Mientras que, en sentido contrario, **los métodos de prevención ya existentes - cribado con citología – mostraban alta efectividad y bajo coste**, y deben seguir practicándose incluso en la población vacunada.

Se argumentaba además que **España es un país con baja frecuencia y mortalidad de cáncer de cérvix**; que la vacuna no es efectiva contra todos los serotipos cancerígenos; que se desconoce la duración de la inmunidad (aún no se sabe si serán necesarias dosis de recuerdo)... Pese a ello, y desde el principio, la vacuna del VPH fue promocionada ante la opinión pública, como eficaz en la prevención del cáncer de cuello uterino; una hipótesis que no ha podido demostrarse por la propia historia natural de la enfermedad, que tarda de 20 a 30 años en desarrollarse.

Por otra parte, cuando la vacuna salió al mercado, los estudios poblacionales que documentaban su seguridad eran insuficientes, lo que en su día denunció Diane Harper, investigadora de la vacuna y crítica con la decisión de la vacunación intensiva por su carácter “experimental”. Ahora, cuando empezamos a conocer los problemas de seguridad de la vacuna, aún con la opacidad de las agencias sanitarias, sabemos que **en España hay notificados 737 efectos adversos hasta el 10 de enero de 2012, algunos muy graves**. Con todo, las complicaciones no parecen ser impedimento para que el Ministerio y la Industria Farmacéutica estén contemplando en estos momentos **la extensión de la vacuna a los niños, lo que carece de racionalidad clínica, epidemiológica y económica**.

La Asociación de familiares de las niñas con efectos adversos por la vacuna (AAVP, nacida en Valencia) ha reclamado insistentemente el reconocimiento del daño ocasionado, la incorporación del consentimiento informado (ante la evidencia de complicaciones graves) y, finalmente, la retirada de la vacuna de la cartera de servicios del SNS. **El reciente fallecimiento de una niña de 13 años en Gijón**, por una crisis asmática asociada a la administración de la vacuna, es el último evento adverso, absolutamente inaceptable desde cualquier consideración que pueda hacerse. **¿Qué justificación tiene pagar el precio de una reacción adversa grave, en niñas con toda la vida por delante, para prevenir un hipotético cáncer al cabo de 30 años?**

En consecuencia, PEDIMOS a los profesionales que informen adecuadamente a las familias antes de administrar la vacuna y EXIGIMOS al Ministerio de Sanidad la retirada de la vacuna del VPH del calendario de las niñas - y por ende la no extensión a los niños -, por dos motivos fundamentales:

- Por los riesgos innecesarios que acarrea la vacuna a una población joven y sana, cuando se dispone de medidas preventivas, eficaces y seguras, como la citología, el preservativo y la educación sexual.
- Por los injustificados costes que representa para el SNS, mientras padecemos recortes indiscriminados que amenazan las prestaciones sanitarias y comprometen la equidad.

PARA FIRMAR: www.aavp.es/inicio/



Asociación de Afectadas por la
Vacuna del Papiloma



Plataforma
NOGRACIAS



Vicen Laguna
 Enfermera
 EAP Sanllehy (Barcelona)
vlaguna@gencat.cat

ENFERMERAS en acción comunitaria

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud más prevalentes, como son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos cánceres, están relacionados en gran medida con hábitos de vida. Un estilo de vida sedentario y una alimentación desequilibrada son factores de riesgo para padecer algunas de estas enfermedades crónicas.

En el Pla de Salut de la Generalitat de Catalunya 2011-2015¹ algunos de los objetivos prioritarios son: aumentar la esperanza de vida vivida con buena salud en hombres y mujeres, reducir la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, reducir la prevalencia del sedentarismo, del sobrepeso y de la obesidad. Los hábitos saludables figuran como prioritarios en los planes de salud de todas las comunidades autónomas, así como en las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Por ello sigue siendo necesario potenciar programas de promoción de la salud.

La efectividad de las diferentes intervenciones grupales de promoción de la salud descrita en la literatura existente es variable. Estos programas suelen combinar un enfoque de cambio de estilo de vida con el de una alimentación sana, el aumento de la actividad física y la modificación de la conducta. La crítica que se realiza a algunos estudios basados en programas educativos para fomentar el cambio de hábitos, se centra en la falta de eficacia a largo plazo; suelen ser estudios que abordan aspectos específicos pero no contemplan todos los aspectos que influyen en los comportamientos, en la salud y en el bienestar de las personas.

Por ello un grupo de enfermeras nos planteamos una intervención comunitaria que contemplase no solamente aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Como marco teórico de la propuesta hemos utilizado el modelo conceptual de enfermería de Virginia Henderson² que ha resultado útil en los cuidados individuales, y nuestra hipótesis es

que este modelo conceptual es igualmente útil para orientar las actuaciones de promoción de la salud, ya que contempla a la persona de manera integral dando importancia tanto a aspectos físicos como psíquicos, emocionales, culturales y espirituales. Henderson define a la persona como un todo que presenta 14 actividades de vida que ha de satisfacer para mantener su salud, su bienestar y desarrollar todas sus capacidades³.

El objetivo que nos planteamos era evaluar la efectividad de una intervención comunitaria en términos de calidad de vida, alimentación y actividad física.

Para ello utilizamos un ensayo clínico: "Efectividad de una intervención grupal de promoción de la salud mediante un ensayo clínico"^{4 y 5}. Se trata de un ensayo clínico aleatorio multicéntrico desarrollado en Atención Primaria en Barcelona. Los participantes fueron personas de 18 a 65 años que dieron su consentimiento para participar.

La intervención consistió en lo que denominamos "Taller de Salud" que consta de una sesión semanal de 1h 30', durante 8 semanas, en las que se trabajan herramientas para incorporar y mantener hábitos de vida saludables. Las 14 actividades de vida de Virginia Henderson las hemos agrupado de la siguiente manera:

- > **Presentación del taller. Normas de funcionamiento. Respiración. Tabaco.** Normas de funcionamiento y evaluación inicial. La respiración como herramienta útil en situaciones de estrés. Mantenimiento de buenos hábitos. Evitar la contaminación ambiental. Ejercicios de atención a la respiración, respiración abdominal. Pasear por espacios libres de contaminación y cantar.
- > **Comer y beber adecuadamente. Dieta equilibrada.** Alimentación equilibrada. Nutrición. Conservación de los alimentos. Decálogo de la dieta mediterránea. Recomendaciones generales.
- > **Eliminación. Higiene.** Recomendaciones de la eliminación urinaria e intestinal. Alimentos ricos en fibra. La higiene. Cuidado de nuestro cuerpo, de la boca, de las uñas, etc.
- > **Moveirse y mantener posturas adecuadas. Utilizar prendas de vestir adecuadas.** El ejercicio físico integrado en las actividades de la vida cotidiana, sus beneficios. Ejercicios recomendados y cómo iniciarlos. Atención a la respiración

durante el ejercicio. Escuchar y sentir el cuerpo. Disfrutar del bienestar proporcionado. Cómo utilizamos las prendas de vestir, qué significado social y cultural tienen. Recomendaciones generales sobre las prendas de vestir y zapatos. La influencia psíquica, física y emocional que ejercen los colores. El significado de los colores.

- > **Dormir y descansar. Actividades recreativas.** El sueño y sus fases. Cómo mantener buenos hábitos al acostarse. Cuidado del entorno. Actividades para mejorar la calidad del sueño. El juego como función elemental de la vida humana. El juego como relación. Los mandalas con la finalidad de relajar la mente y conectar con el niño interior.
- > **Evitar peligros físicos y psicológicos. Autoestima.** Factores que influyen en la seguridad en el trabajo, vial y en el hogar. Mantenimiento de audífonos, gafas, etc. Concepto de autoimagen y autoestima. Seguridad psicológica. Actividades y situaciones que nos producen bienestar. Cuidarse una misma y cuidar la relación con los demás. Evitar la violencia y malos tratos. La autoestima. Ejercicios para fomentar la autoestima. Las percepciones. Las ilusiones ópticas. Cuentos con moraleja.
- > **Comunicar e interactuar con el entorno. Manejar las propias emociones. Sexualidad.** La comunicación verbal y no verbal. El paralenguaje. La expresión de sentimientos. La participación en asociaciones, ONGs o actividades lúdicas. Mantener y preservar la memoria. La sexualidad. La sensualidad. Herramientas para mejorar la comunicación con una misma y con el entorno. La escritura y formas de utilizarla. Listados de temas pendientes.
- > **Trabajar y sentirse útil. Importancia de realizar actividades que produzcan satisfacción. Despedida del grupo y evaluación final.** Cualquier persona quiere que se la necesite. Proceso de evolución y maduración de la persona. Los roles. Recomendaciones. Despedida del grupo y evaluación final.

Cada punto corresponde a una de las sesiones; las realizamos el equipo investigador para garantizar la unificación de criterios en su desarrollo y además hemos elaborado el material de apoyo del taller (7). Cada sesión se inicia con un ejercicio respiratorio, que ayuda a los participantes a centrarse en el grupo, y además sirve de recordatorio de la práctica propuesta en la primera sesión.

A continuación se comparten experiencias de la semana y se aclaran dudas. Seguidamente se presenta el contenido teórico de la sesión semanal y los ejercicios prácticos que deben realizar durante la semana y se comparten reflexiones.

Los ejercicios propuestos para cada semana se continúan practicando y cada semana se añade una nueva propuesta, de esta manera conseguimos que, una vez finalizado el taller, se vayan incorporando los hábitos saludables y las prácticas de autocuidado.

Al final de cada sesión los participantes reciben unas hojas de recordatorio para archivar que constituye un Manual de Salud.

DISCUSIÓN

Las mejoras obtenidas al finalizar la intervención en calidad de vida percibida y alimentación saludable se mantienen a los 6 meses lo que permite afirmar que es una buena herramienta de promoción de la salud ⁶.

La estructura de Taller de Salud supone un valor añadido a las intervenciones habituales de promoción de la salud ya que ofrece un abordaje integral y holístico de la salud.

Este ensayo clínico estaba dirigido a la población general y las que más se interesaron fueron mujeres. Cabe destacar que el 86,25% de participantes fueron mujeres con una media de edad de 58,57 años.

En los dos grupos, a los que he impartido el "Taller de Salud", todas las participantes fueron mujeres. Las relaciones que han establecido, tanto dentro como fuera de los talleres, han sido muy importantes. Algunas de las participantes han constituido grupos para ir a caminar juntas cada día y continuaban haciéndolo al finalizar el taller. Otras iban juntas a bailar. Asimismo cabe destacar la buena relación con nosotras.

Los motivos de pérdida de participantes, sobretudo en el grupo intervención, los desconocemos, pero al menos en dos casos se trata de mujeres de mediana edad que estaban en situación de paro y afortunadamente encontraron trabajo.

La edad media es elevada, sin embargo algunas de las mujeres jóvenes expresaron su satisfacción, no solo por los conocimientos adquiridos, sino porque les permitía tener más herramientas para su propio cuidado y el cuidado de los/as hijos/as. Consideramos que es importante llegar a grupos de edad más joven por lo que actualmente estamos trabajando en una oferta online que facilite la participación sin necesidad de desplazamientos.

1. Pla de Salut 2011-2015:86 Generalitat de Catalunya http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/documents/plasalut_vfinal.pdf

2. Henderson V. La naturaleza de la enfermería Reflexiones 25 años después. McGraw-Hill Interamericana, 1994

3. Campo Osaba MA; Laguna Fernández V Talleres de salud: guía para su desarrollo, Enfermería Comunitaria II: 1018-1043, DAE colección Enfermería 21, 2ª edición Octubre 2008

4. Trial registration: Clinical Trials.gov Identifier:NCT01440738

5. Campo Osaba MA, Del Val García JL, Lapena Estella C, Laguna Fernández

V, Garcia García A, Lozano Randón O, Martín Díaz de Mendivil Z, Rodríguez Aira R, Borrás Gallart E, Orfila Pernas F, Tierno Ortega MT. The effectiveness of a health promotion with group intervention by clinical trial. Study protocol. BMC Public Health 2012, 12:20928

6. <https://encuentros.isciii.es/murcia2012/index.html> Libro de ponencias pag. 279-283

7. Estudio realizado gracias a una ayuda de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de la Salud concedida por el Instituto de Salud Carlos III (PIO09/90746) y una ayuda XB del Àmbit de Barcelona del Institut Català de la Salut



Montserrat Casado Prieto

Educadora social.

Villamarco, (León)

montserrat1957@gmail.com



TALLERES DE SEXUALIDAD De una mujer de pueblo y feminista

Soy desde hace ya 30 años educadora afectivo sexual de mujeres en el mundo rural, a veces viejitas y, también, jovencitas. Ahora llevo varios años de cuidadora de la "mía mamma"- y sin comentarios, lo llevo fatal. El trabajo voló, dejó de ser interesante para el Ayuntamiento trabajar la educación sexual como prevención de violencia y para alcanzar la igualdad, aunque para lo que me dejaban hacer, tallercitos de 3 y 4 horas ... Bueno el voluntariado sigo haciéndolo y es muy gratificante informar y mimar a mis "chicas doloridas" que digo yo.

El jueves me encontré con Mounia* en el parque; ella me abraza con fuerza y después me besa tres, cuatro veces; me toca la cara, sonrío y me pregunta, "¿Conoces trabajo?, sólo tengo una casa, es poco..." Lleva un carrito con su bebé junto a su otro hijo de cinco o seis años. Es una de mis chicas doloridas del último taller que dedicamos íntegro a hablar de nuestra salud/higiene genital/sexual; quince o veinte horas hablando de un tema que parece que en poco tiempo se resuelve y sin embargo ¡cuánto da de sí!. A veces comento que pasaré a la historia no como educadora de la sexualidad y de la afectividad; más bien como aquella que enseñaba a lavarse el culete, jaja!

Mis talleres siempre han estado rodeados de mujeres de pueblo, mujeres afectadas y doloridas por este sistema patriarcal; ellas no utilizan este lenguaje, claro está, ni lo comprenden, evidentemente, y a mí me califican enseguida de feminista, como un regaño o una queja.

He ido aprendiendo de ellas a descubrir mis dolencias, a destapar mis cicatrices, a reconocer mis contradicciones, ¡nos parecemos tanto! Todavía no me dejo cuidar y ahora estoy de cuidadora, en este proceso madre/hija que tanto me duele y me lastima.

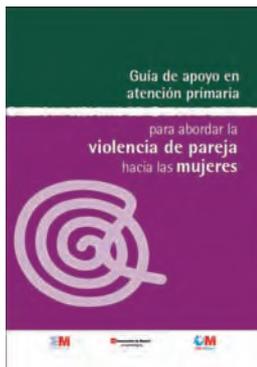
Isabel estaba obsesionada con sus picores, ¡qué risa pasamos! Es avivada y charlatana. Su candidiasis la traía por la calle de la amargura; cuando nos explicaba sus síntomas, se nos escapaba la risa cómplice de conocerlos, ¡qué conmoción supuso la receta del yogur para las candidas! y, de paso, cuánta información sobre los yogures.

Sé que tengo facilidad para el encuentro, sé que la cercanía la leen en mis pupilas y en mis dedos cuando las acaricio como una brisa, para no hacerles daño, para no hacerles recordar otros roces.

Cerramos un círculo que nos da sosiego y nos tomamos un café con leche y galletas que nos acercan a la confidencia de nuestro cuerpo. Hablo despacio, la pluralidad de las lenguas lo hace necesario y de repente una expresión las sobresalta y las hace levantar la mirada de la taza de café, "¿cómo?" y repito: "vamos a quitarnos las bragas" (con una sonrisa ingenua) y ante su perplejidad y el silencio, certifico, "es una forma de hablar".

Sonreímos, nos reímos. ¡qué susto! y comenzamos.

* Derivado del sustantivo árabe Munya (Muna plural) que significa el deseo, lo que se desea. Este nombre, en sus distintas ortografías, es bastante común en las familias del norte de África.



La *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención de la violencia de pareja hacia las mujeres** (VPM) está basada en la experiencia de las tres ediciones de cursos de formación de formadoras/es en VPM en Atención Primaria que se desarrollaron en la Comunidad de Madrid los años 2006, 2007 y 2009, organizados por la próximamente extinta Agencia Laín Entralgo.

Durante estas tres ediciones, cerca de cincuenta profesionales de Medicina, Enfermería y Trabajo Social de Atención Primaria se formaron para, a su vez, formar en sus centros de salud sobre este complejo problema de salud.

Desde la también extinta Dirección General de Salud Pública, se coordinaron acciones muy importantes que permitieron que la formación en VPM fuera acompañada de dos herramientas fundamentales: estudios cualitativos y cuantitativos del estado de la VPM en la Comunidad de Madrid y la Guía de apoyo en atención primaria para abordar la VPM, material práctico que se distribuyó a la mayoría de centros de salud de la Comunidad de Madrid para facilitar una correcta atención a las mujeres que sufren violencia de pareja que acuden a dichos centros de salud. La obra nace con la intención de ser un material teórico-práctico que permita la formación en este tema. Va dirigida a profesionales sociosanitarios, especialmente de Atención Primaria, que vayan a desarrollar actividades formativas en el ámbito sanitario, o que vayan a coordinar o poner en marcha programas de formación en VPM.

La guía aborda la violencia de pareja hacia las mujeres como un problema de salud. Desde esa perspectiva, aporta materiales didácticos que permiten, a través del aprendizaje significativo, integrar conocimientos, modelar actitudes y desarrollar habilidades que posibiliten un manejo adecuado de este complejo problema desde los servicios sanitarios.

La perspectiva de género se encuentra integrada en todas sus dimensiones y los contenidos relacionados con la metodología de la educación grupal se solapan e integran con los de género y violencia.

Queremos dar las gracias en esta breve presentación a todas las personas que han caminado junto a nosotras estos años, a todas y todos los profesionales sanitarios que han hecho posible la progresiva integración de la perspectiva de género en la formación en ciencias de la salud y la visibilización del impacto de las desigualdades de género en salud.

Y al movimiento feminista cuya lucha ha hecho posible el reconocimiento de la violencia hacia las mujeres como un problema social y de salud.

* La puedes encontrar en la web del CAPS



En la última década han aparecido numerosos documentos de ayuda para la atención sanitaria la mujer que sufre maltrato por parte de su pareja o expareja. Muchos hospitales, servicios médicos, sociedades científicas y diferentes organismos estatales

o locales han editado trabajos propios. Esta cantidad de documentos responde, probablemente a la dificultad que representa para las y los profesionales de la salud visibilizar y atender las consecuencias de la violencia de de el modelo médico de atención.

(...) El grupo de trabajo de la CAMFiC "Violència de Gènere i Atenció Primària" se creó en 2004 con el objetivo de promover la reflexión sobre la asistencia, la formación, la investigación y la participación en relación a la asistencia en salud a la mujer que sufre violencia machista.

Estas reflexiones son fruto de esta tarea común y conserva las peculiaridades del grup. Además de los capítulos habituales referidos a la detección o a las formas de violencia aguda, hemos querido detenernos de manera especial en aspectos menos atendidos en las guías habituales, como la forma en que la violencia estructural nos afecta a todos y todas, o bien la complejidad que entraña la atención a largo plazo y también, en el reto que representa atender al hombre que maltrata, a la vez que a la víctima, por citar algunas de las características que nos parecen diferenciales el en texto que presentamos.

Algunas de las reflexiones que se citan tienen diferentes grados de evidencia científica, otras son fruto de nuestra reflexión. Este hecho, poco usual en la literatura científica actual, se justifica porque hay poca o muy poca evidencia de la mayoría de las actuaciones en relación a las mujeres que sufren violencia y que, sin embargo, es impensable retrasar la asistencia.

(...) En toda la elaboración del documento hemos hecho un esfuerzo especial en no olvidar el paisaje de la consulta, un paisaje no siempre idílico, ya que parte y va dirigido a las personas que prestan asistencia de salud.

(Extraído de la introducción de Pilar Babi)

TRATAMIENTO DE FERTILIDAD, LEUCEMIA Y MALFORMACIONES FETALES



A los estudios ya existentes que demuestran la relación de los tratamientos de fecundación asistida con cáncer de mama, útero o ovario, se suma ahora este estudio francés que concluye que los niños, nacidos de mujeres sometidas para quedar embarazadas a tratamientos de estimulación ovárica, son dos veces más propensos que otros a desarrollar leucemia.

De hecho, los investigadores del instituto francés INSERM en Epidemiología y Salud Poblacional, estudiaron a casi 2.500 niños y se centraron en la historia obstétrica de las madres. Encontraron que en las mujeres que tomaron medicamentos para estimular los ovarios, el riesgo de que su hijo sufriera de leucemia linfoblástica aguda (ALL) -la forma de la leucemia más común en los niños- fue de 2,6 veces mayor que en el resto, y 2,3 veces mayor el riesgo de sufrir una forma más rara de leucemia, la leucemia mieloide aguda (LMA). Puesto que se trata de un estudio grande, ya que hasta ahora los que había sobre este tema eran demasiado pequeños para ser concluyentes, estos resultados muestran por primera vez una relación clara entre el uso de medicamentos contra la infertilidad y la leucemia infantil. El estudio también encontró que los niños de padres que tienen dificultades para concebir de forma natural, que necesitaba por lo menos un año en llegar, el riesgo de desarrollar leucemia linfoblástica aguda fue 50% mayor en comparación con los niños parejas fértiles. Esto sugiere que en sí misma la infertilidad o sus causas subyacentes, puede jugar un papel en la aparición de la leucemia infantil.

Rudant J, Amigou A, Orsi L, Althaus T, Leverger G, et al. Fertility treatments, congenital malformations, fetal loss, and childhood acute leukemia: The ESCALE study (SFCE). *Pediatr Blood Cancer*. 2013 Feb;60(2):301-8.

EL USO CONTINUADO DE ANALGÉSICOS AUMENTA EL DOLOR DE CABEZA



La advertencia la ha hecho el Instituto Nacional para Salud y la Excelencia Clínica (NICE), el organismo que regula el consumo de fármacos en el Reino Unido, en una guía para profesionales de atención primaria publicada en 2012.

En esta guía NICE establece cuáles son los criterios para considerar que una persona está en riesgo de sufrir una "cefalea por abuso de medicación". Para ello, establece directrices par dos grupos de medicamentos:

El formado por paracetamol, aspirina y antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno. Los cuales, si se toman 15 días o más al mes, pueden aumentar el dolor de cabeza en lugar de aliviarlo.

Y el grupo formado por medicamentos más fuertes, como los triptanos, opiáceos o una combinación de analgésicos. Los cuales pueden generar una cefalea constante en las personas que ya la padecen o tienen migraña si se consumen 10 días al mes o más.

La guía va dirigida especialmente a los médicos de primaria ya que la cefalea es el problema neurológico más frecuente con que se enfrentan pero a menudo tienen dificultades para hacer un diagnóstico adecuado que impida caer en el abuso de analgésicos que, en palabras del profesor Martin Underwood de la Escuela Médica de Warwick en Inglaterra, quien dirigió el panel de NICE, "puede terminar convirtiéndose en un círculo vicioso en el que el dolor empeora y tú tomas más analgésicos y entonces el dolor se vuelve aún peor y así sucesivamente".

Headaches. *Diagnosis and management of headaches in young people and adult*. September 2012. NICE clinical guideline 150. www.guidance.nice.org.uk/cg150

LAS MUJERES QUE CAMINAN LIGERO TIENEN MENOS RIESGO DE PADECER UN DERRAME CEREBRAL

Esta es la conclusión a la que llega un estudio que relaciona la actividad física con la posibilidad de sufrir accidentes cerebro vasculares.

El estudio, realizado en España por el equipo de Murcia del EPIC España (Estudio Prospectivo Europeo sobre Dieta y Cáncer), liderado por el Dr. José María Huerta, comprobó que las mujeres que caminan a paso ligero al menos tres horas por semana son menos propensas a sufrir un ictus que aquellas que andan menos o nada.

Trabajos anteriores ya habían relacionado la actividad física con la posibilidad de sufrir menos derrames cerebrales. Ahora, el nuevo estudio demuestra que las mujeres que caminan ligero unos 210 minutos a la semana no sólo tienen menos riesgo de derrame cerebral que aquellas con una vida sedentaria, sino también que las que andan en bicicleta o hacen otros ejercicios cuya intensidad es más elevada en poco tiempo.

Huerta y su equipo pasaron, a aproximadamente 33.000 mujeres y hombres, cuestionarios que incluían preguntas sobre su actividad física y los siguieron durante 12 años. Registraron un total de 442 accidentes cardiovasculares entre los participantes. Las mujeres que caminaban regularmente presentaron un 43% menos de riesgo de padecer estos percances en comparación con el grupo inactivo, ha señalado Huerta.

European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Spain Study. Physical activity and risk of cerebrovascular disease in the European prospective investigation into cancer and nutrition-Spain study. Stroke. 2013 Jan;44(1):111-8.

Subvencionado por:

