

MAMAS

- reconstrucción mamaria: Luces y sombras
- mamografías periódicas a examen

TERAPIAS

danza y palabras contra el dolor

VACUNA VPH

Las medias verdades ocultas

MEDIOAMBIENTE

- mercurio y bombillas de bajo consumo
- cosméticos y parabenos

DOSSIER:

viaje al fondo
de ti misma



sumario

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS
Carme Valls Llobet,
Directora del Programa Mujer Salud y
Calidad de Vida

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Núria Agell,
Secretaría de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

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

COMITÉ ASESOR

Charo Altable
Lucía Artazcoz
Vita Arrufat
Consuelo Catalá
Emilce Dio
Mari Luz Esteban
Anna Freixas
María Fuentes
Asunción González de Chávez
Neus Moreno
Isabel Matamala
Judy Norsigian
Carmen Sanchez-Contador
Fina Sanz
Victoria Sau
Verena Stolcke
M^a José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
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

Déposito legal: PM 765-1996

editorial. EL MyS Lo hacemos todas. Carme Valls-Llobet	3
hablamos. Noemia Loio y Vicky Moreno	4
cosas que nos pasan. AL rico MyS! Margarita López-Carrillo.	5
ARTÍCULOS:	
Aborto, de La denuncia a La acción. Montserrat Cervera	6
genealogía feminista. BBR	7
La dictadura de La bur(r)ocracia. Gracia Serrano	8
juntas y también revueltas. Silvia Elgarrista-Vives. Corina Hourcade Bellocq . .	10
vacuna HPV	
Las medias verdades ocultas sobre La vacuna deL papiloma. Enrique Gavilán..	14
Noticias HPV	18
EL síndrome de ASIA. Carme Valls-Llobet	19
MAMAS	
Las mamografías periódicas a examen. Guadalupe Martin Martin	20
Luces y sombras de La reconstrucción mamaria. Ana Porroche	29
MEDIOAMBIENTE	
bombillas de bajo consumo. ¿son perjudiciales para La salud. Eduard Rodriguez Farré	34
cosmética en eL punto de mira. Los parabenes. Carme Valls-Llobet. . .	37
NUESTRO LINAJE	
sobre sabina spielrein. Clara Bermant.	39
MY S LIBROS	41
DOSSIER "VIAJE AL FONDO DE TI MISMA"	
presentación. Leonor Taboada.	43
cosas que quiero decir cuando digo "Autoconocimiento". Vita Arrufat Gallén	43
La conspiración contra La vulva. Ana Moltó Molina	45
tenemos eL placer de presentaros a La clibioquina. Noemia Loio.	52
La educación de nuestros cuerpos y nuestra vida sexual. Alba Martínez Rebolledo	54
MINIDOSIS	55

myses publicados

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.	8 OTRO MUNDO ES POSIBLE	18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.	26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.	9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.	19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.	27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.	10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.	20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.	29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.	11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.	21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres Sí.	30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.	13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.	22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA?	31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.	15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.	23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!	32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.	16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.	24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.	33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA
	17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.	25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN	

on

MALALA YOUSAFZAI
¡¡Necesitamos
muchas malalas!!!



No es que seamos fanáticas de los premios Nobel ni que todos nos parezcan puros y dignos. Tampoco es que no apoyemos la destrucción de las armas químicas y de todas las armas... , pero está claro que al dárselo a la Organización para la destrucción de las armas químicas y no a Malala, una vez más, ha prevalecido "lo que interesa" a los poderosos para quedar bien.

Por eso nosotras le damos nuestro On a Malala, que no será un Nobel pero sí un MYS DE ORO con todo nuestro amor y agradecimiento, felices de que mujeres jóvenes como ella sepan desde niñas que luchar por sus derechos es lo más importante para vivir una vida realmente digna de ser vivida y que gracias a su lucha muchas niñas y mujeres seguirán aprendiendo para cambiar este mundo...

off



Facebook elimina a feministas ácidas

Nuestro off de hoy es contra facebook y la censura de páginas feministas: feministas ácidas ha sido eliminada por facebook.

Publicamos sus propias y acertadas palabras: Facebook ha dado un paso más para perseguir los contenidos que muchas publicamos y que no se adaptan a sus normas machistas, retrogradas y censoras. Ahora más que nunca se nos hace más importante no ceder, y seguir colgando aquellas publicaciones susceptibles de censura que hacen temblar el patriarcado. ¡No nos autocensuremos! Si nos eliminan las páginas, como ha sido nuestro caso, volveremos con más y más y más y más, porque somos muchas!

TODAS SOMOS FEMINISTAS ÁCIDAS

Tiembla patriarcado, todas las brujas nos hemos enterado!!!!

www.feministasacidass.com

editorial



Carme Valls-Llobet

caps@pangea.org

eL mys Lo hacemos todas

Las mujeres han sido y son consideradas en la sociedad patriarcal objetos de mercado para ser manipuladas o controladas. La gran cantidad de contradicciones sobre la salud, la nutrición, la aparición de nuevas enfermedades, tratamientos mágicos y rejuvenecedores que se encuentran en las revistas de salud, y en las páginas de salud de los periódicos, han generado mucha confusión entre las mujeres, destinatarias de la mayoría de estas páginas. El gran número de información contradictoria genera más bien desinformación y grandes dosis de angustia, además de la dependencia que genera la sensación de que sobre la salud de las mujeres no existen ideas claras.

Frente a esta confusión, he podido constatar, con diversos testimonios que nos llegan a la revista, el gran papel que juega la revista MYS en la devolución a las mujeres de su papel de protagonistas de su propia salud.

Nos agradecen en primer lugar la información que les ha permitido identificar el conjunto de síntomas que tenían debido a una determinada patología benigna, por ejemplo, o cuando les habían dicho que tenían una fibromialgia incurable, o una depresión que necesitaba psicofármacos. La información rigurosa les ha permitido tomar decisiones, alejarse de la medicalización de procesos fisiológicos y, gracias a los artículos de la revista, recuperar la confianza en sí mismas, defender la realidad de sus síntomas: no negar lo que dicen sus cuerpos pero sin convertirse en víctimas por ello.

Nos consta que aumenta el número de foros que, utilizando las nuevas tecnologías, están organizándose como grupos de ayuda mutua virtuales, en los se buscan respuestas a las dudas y discordancias que perciben y que las relaciones de poder en las consultas médicas no les permiten aclarar. En estos foros de pacientes con hipotiroidismo o endometriosis, entre muchos otros, por citar un ejemplo, se busca, se estudia, se informa, y nos obligan a las y los profesionales a estudiar cada vez más y a afinar en nuestros tratamientos. Nos ha llenado de orgullo saber que la revista MYS les ha sido útil y que les hemos ayudado a sobrevivir pese a nuestras dificultades económicas. La revista se ha ido convirtiendo en una escuela de formación en salud sin angustia, sin obsesiones, ampliando nuestra mirada sobre el cuerpo-mente y la vigilancia sobre el entorno agresor. La revista está ayudando a que las mujeres dejen de ser víctimas de su cuerpo y de la industria para convertirse en mujeres protagonistas de salud que deciden y se rebelan contra medicalizaciones inútiles y en cambio utilizan los recursos que pueden mejorarlas. Esperemos que entre todas las mujeres podamos mantener la revista, y la red informativa que supone, por todos los medios a nuestro alcance.



MARGARITA
LÓPEZ CARRILLO

maestras contra La vacuna

A iniciativa de esta amiga maestra, Vicky Moreno, Carme Valls fue a dar una charla a los padres y madres de una escuela de Vilanova i la Geltrú sobre el papiloma virus. Asistieron muchas madres, padres y docentes. Fue un éxito de convocatoria y sirvió para aclarar el tema.

**En agradecimiento,
Vicky nos envía esta carta:**

Querida Carme,

Hoy 7 de octubre, se han llevado a cabo las vacunaciones para el alumnado de 6º de primaria. Las niñas, además de para la hepatitis B, también tenían programada la vacuna para la prevención del virus del papiloma humano.

He hablado con las tutoras y me han comentado que sólo se han vacunado el 50% de las niñas. Me comentan que la mayoría de las niñas no vacunadas son hijas de las familias que asistieron a tu charla y, también, algunas añadidas después de tu información, que se ha ido transmitiendo entre ellas.

Creo que ha sido todo un éxito, teniendo en cuenta que el curso pasado, se vacunó la mayoría. Lo que nos reafirma en la convicción de que si las familias disponen de toda la información, pueden decidir libremente. Como así ha sido. Desde nuestra escuela, queremos agradecer tu participación. Asimismo quiero hacer patente el agradecimiento del profesorado que estuvo presente. Me ha comentado que te haga llegar que tu charla, además de aportar datos e informaciones respaldadas científicamente, resultó cercana y comprensible para todos.

Personalmente, para mí, representa un paso adelante en el trabajo conjunto de las redes de mujeres feministas: Yo desde mi trabajo y vosotras apoyando iniciativas como estas. Iniciativas que espero se esparzan y tengan eco, para ir sumando opiniones y decisiones críticas.

Tan sólo me queda agradecer a todas, compañeras del CAPS, y a las mujeres y amigas de la Xarxa de Dones per la Salut, el apoyo y la fuerza que transmitís. Como feminista, si no hubiera tenido la seguridad que me da vuestro apoyo, no habría tenido tanta fuerza para sacar adelante este tema. Me siento orgullosa y satisfecha de ser mujer feminista y de poder contar con todas vosotras .

Vicky Moreno. Maestra de la escuela Ítaca

¡AL RICO MYS!

¡Llévate un kilo, reina, que es barato y nutritivo!!!

Leo me ha dicho que en este número me deje de tontearias (*de esas cosas místicas que te gustan a tí*) y dedique mi columna a clamar a voz en cuello por el sostenimiento de la revista.

Cuando ha visto todos los artículos juntos en nuestra última reunión antes de ir a imprenta, ha arrugado la nariz y ha sentenciado "*En este número hay poca resistencia, nadie diría que estamos agarradas a un tablón en medio del océano rodeadas de tiburones, ¡que es exactamente como estamos!. Si no lanzamos un buen S.O.S. esto se hunde*" (con un golpe en la mesa).

Bueno bueno sí, no es verdad, me lo estoy inventando, pero, ¿a que mola?. He cogido alguna palabrilla de Leo aquí y otra allá y he pergeñado el retrato de una Señora Directora severa, quisquillosa e implacable (ahora mismo me está insultando por mi villanía) pero, también, el de una capitana de barco (digo de balsa) con el pulso firme a pesar de los embates del mar (los mercados), de las fieras que han probado nuestra sangre y vienen a por más (los gobiernos) y de las quejas de las pusilánimes que lloran por las esquinas (yo).

Vale, vale, no hace falta gritar (¡jo!, es tan apasionada), ya me pongo, a ver qué me sale.

¡¡¡¡MUJERES! ¡QUE EL MYS ES MUY BUENO Y NO PUEDE MORIR! ¡Que os suscribáis, que regaléis suscripciones, que lo llevéis siempre encima para dar el coñazo non-stop a las hermanas, amigas y colegas, que hagáis colectas por la calle como las del Domund, que montéis mesas petitorias ataviadas con abrigos de visón, que os pongáis collares de perlas, que deis cachetitos cariñoso-bordes a los niños que se os acerquen, ¡lo que sea!, pero que coloquéis el Mys a todo bicho (y bicha) viviente!!!.

He dicho.



Montserrat Cervera

ABORTO: de La denuncia... a La ACCIÓN!!

Ya estamos hartas de llantos y cóleras por tanto descaro de los gallardones de turno contra los derechos de las mujeres... en nuestro caso más de 30 años gritando ¡aborto libre y gratuito!

Nuestros argumentos y nuestros avances son tan claros como el agua pura (cuando no estaba contaminada)... y están escritos y son conocidos.

Además, están ratificados por convenciones y tratados internacionales, por la ley actual, por la evidente mejora de la vida de las mujeres cuando pueden ejercer el derecho a decidir sobre su cuerpo y su maternidad... y por la acción de millones de mujeres en todo el mundo que desde el feminismo no dejan de actuar a favor de este "derecho" tan "sagrado" (palabra que han puesto de moda las Femen).

Por eso, nos cuesta creer que de nuevo tengamos que repetir los mismo argumentos... y que a los medios de comunicación les haga más gracia el debate de la utilización del cuerpo de las mujeres como instrumento de lucha (algo, por lo demás, superlegítimo y utilizado desde siempre por el feminismo), que la posibilidad de volver a las catacumbas gallardónicas de la clandestinidad, de pedir permiso a las autoridades y convertir cada año a 100.000 mujeres en delincuentes...

Pero además de protestar, rabiar y seguir denunciando estamos de nuevo auto-organizándonos, que es nuestra mejor manera de seguir adelante, **de hacer realidad nuestros derechos**.

Grupos de autoconocimiento se están volviendo a reunir en toda la península; profesionales de la salud están impidiendo que los abusos de los recortes no recaigan sobre las mujeres más vulnerables sin tarjeta sanitaria etc.; jóvenes mujeres feministas que pensaban que en este tema ya no haría falta actuar...pero que por si acaso ahí están, ahí estamos, juntas.

La desobediencia civil organizada y no violenta, que busca el sostenimiento de una vida digna para las mujeres, garantizando prácticas sanitarias expertas y de calidad, va avanzando y no se ha perdido; muchas mujeres sanitarias están aprendiéndose todo sobre anticoncepción y aborto como en los años 70 y 80.



Incluso algunos parlamentos (el catalán y el vasco de momento, que conozcamos), a iniciativa de mujeres de izquierdas y de las campañas por el derecho al aborto, han firmado resoluciones de apoyo a la actual ley DDSR y contra la propuesta del PP:

*"La Cámara de Vitoria recuerda al Gobierno del PP la aconfesionalidad proclamada en la Constitución" (y) "rechaza cualquier injerencia en el derecho a una maternidad libremente decidida al dictado de ninguna moral religiosa". Y en Cataluña "...acuerda iniciar el proceso para la elaboración y desarrollo de una ley propia de derechos y salud sexual y reproductiva e insta al Gobierno a: Desarrollar en su totalidad, y con la máxima eficiencia y efectividad real, la Ley actual garantizando la aplicación del texto legislativo tanto en materia de educación sexual, como de anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo y **Blindar** las garantías que la Ley actual establece para proteger el derecho, la seguridad y confidencialidad de las mujeres y profesionales que efectúan una interrupción voluntaria del embarazo limitando cualquier intento de retroceso del Gobierno del Estado en esta materia".*

Si se atreven (cosa que parece muy probable), no nos va a paralizar el miedo, ni leyes injustas. Si el feminismo ha sobrevivido ha sido precisamente por atreverse a decir alto y claro que estas leyes no nos representan y, no sólo a decirlo, también a actuarlo. Así hemos alzado la voz y cambiado leyes injustas en el pasado y, con ello, las vidas de las mujeres. Y así seguiremos.

Cuando decimos ni un paso atrás, no es solo un grito de justicia, es que somos muchas, viejas y jóvenes, que estamos comprometidas con nuestras vidas, con el derecho a nuestro cuerpo, a una maternidad libre y al derecho a decidir. Si acaba produciéndose la reforma de la ley, se encontrará con nosotras. Señor Ministro, le avisamos, nuestros cuerpos insumisos seguirán actuando a favor de la libertad de las mujeres.

genealogía feminista*

B.B.R.



Mi genealogía feminista es mi madre dando un taller de carpintería durante todo un curso en el cole cuando yo tenía 5 años. Mi madre llevándome de la mano a las manis del 8 de marzo y mi padre llevándome a hombros en las mismas manis, cuando todavía no estaba de moda que los hombres fuesen.

Mi genealogía feminista son las vacaciones de verano de mi infancia en playas nudistas donde cuerpos diversos se encontraban para disfrutar del sol y el mar. Mi madre, esa madre que no se pintaba (y a mi me parecía mal, porque "las madres se pintan") y conducía el coche.

Mi genealogía feminista es una charla en casa, cuando tenía 6 ó 7 años, en la que me explicaron que masturbarme era muy gustoso y era estupendo que siguiera haciéndolo, pero que en algunos espacios públicos (como el metro), había gente a la que le daba vergüenza verlo y se sentía un poco violenta, y esa charla fue tan inteligente y tan cuidadosa, que cuando mis amigas hablan de la primera vez que se masturbaron, yo tengo que reconocer que no me acuerdo de ese momento, sino que ha sido un continuo en mi vida.

Mi genealogía feminista son "Clara, la chica que tenía sombra de chico" y "Las botas amarillas", dos cuentos infantiles muy raros (sobre todo el segundo) que mostraban chicas fuertes y chicos empáticos, y por supuesto, la colección de libros infantiles de la librería de mujeres.

Mi genealogía feminista son los mil pliegues del cuerpo de mi madre, gordo, suave y tibio, que siempre me han acogido con ternura, pero que también han montado en cólera siempre que lo consideraban necesario.

Mi genealogía feminista mi abuela que creció en la Extremadura profunda pobre y aprendió a leer sola a escondidas (de su tío, con quien vivía, y que consideraba que las mujeres no debían tener cultura) por las noches con un trozo de pizarra, una tiza y el periódico, cuyo nombre y titulares conocía y de ahí

iba desgranando las letras para buscar nuevas palabras.

Mi genealogía feminista la huelga estatal de encuestadoras (de casi un año) de 1986, de la que formaron parte varias mujeres de mi familia, y durante la cual fui a mi primer "femblock", que organizaron las huelguistas durante una huelga general.

Mi genealogía feminista son las amigas con las que empecé a ir (por mi cuenta) a las manis del 8 de marzo.

Mi genealogía feminista son tantas mujeres de los pueblos, a los que iba acompañando a mi madre a trabajar, que eran capaces de compartir su tiempo, su mesa y sus saberes con personas desconocidas que llamaban a su puerta. Mujeres que siempre tenían mucho que hacer, muy poco tiempo para ellas, que (casi) siempre decían "Ay, hija!, yo no tuve estudios, y por eso no tengo trabajo". Mujeres fuertes que probablemente no saben que forman parte de mi genealogía feminista, pero que son un trozo importante de ella.

Mi genealogía feminista es "la mujer habitada" de Gioconda Belli, que aunque ya no me gusta tanto, en su momento me impactó mucho y del que me acordé bastante al leer, años después "Las hijas de Sandino" de Margaret Randall.

Mi genealogía feminista son la casa de mujeres del CSO el Laboratorio, la Eskalera Karakola y la casa Okupada de la calle Fray Ceferino, donde el feminismo politizaba los conflictos y los afectos.

Mi genealogía feminista es Violeta, amiga hasta la médula, albañil, técnico de sonido, viajera incansable, fortaleza andante con una empatía y una conciencia ética como he conocido muy pocas, ella que ha practicado el feminismo desde que la conozco (y ya son muchos años) y tuvo que avanzar mucho en la treintena para pensar que igual sí que era feminista.

Mi genealogía feminista es haber visto las casas autónomas de mujeres en Alemania y emocionarme, y traerle un poster de la Walpurgisnacht (noche de brujas) autónoma, a mi hermana pequeña.

Mi genealogía feminista son las feministas sicilianas (las que están en Sicilia y las que se exiliaron) por reafirmarme en que el cuidado de una misma y de las otras, el disfrutar de los placeres y el ser fuerte y no dejarse amedrentar... que la coraza no te robe la vida, es parte de la misma lucha.

Mi genealogía feminista son las mujeres (y algunos hombres) que me apoyaron, abrazaron, no me cuestionaron, me escucharon, me hicieron un hueco en sus casas y me acompañaron durante mi tránsito por la violencia machista.

Mi genealogía feminista son las mujeres del periódico Diagonal, que me han abierto puertas a un montón de debates feministas en los que yo ni había pensado y de las que aprendo desde el cariño y la empatía cada vez que las veo.

Mi genealogía feminista es mi hermana pequeña (que ya no es pequeña), que me obligó a cuestionarme mis prejuicios hacia la hiperfeminización como lucha feminista y a leer y a pensar y a darme cuenta de que las resistencias son muy amplias.

Mi genealogía feminista es el documental "La Memoria interior" de María Ruido, una genealogía propia que me hizo pensar mucho.

Mi genealogía feminista son las feministas indignadas, que son la razón principal de que yo siga en Catalunya, porque en dos años he aprendido y me he cuestionado y reafirmado tanto, que ahora no quiero parar.

Mi genealogía feminista soy yo, que cuando estoy baja de fuerzas y ánimos, me miro y sigo aprendiendo de mí.

* Esta preciosa genealogía se presentó en l'Escola Feminista d'Estiu 2013 en Ca la Dona de Barcelona <http://www.xarxafeminista.org/archives/407>



Gracia Serrano

Médica de familia de zona rural
gracia334@hotmail.com

LA DICTADURA DE LA BUR(R)OCRACIA

entre La risa y La indignación

Lo que está sucediendo en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva es para reír o llorar, según se mire.

Es para llorar e indignarse por las sanciones injustas que se les están aplicando a varias personas que ejercen la medicina de familia en esta zona. Es para reír por los motivos que originan dichas sanciones, que son exclusivamente administrativos.

En el expediente sancionador del Dr. Oscar Rubio, compañero de mi centro de Salud en Aracena, pone que se le sanciona por las siguientes faltas, que califican como graves (revisando un periodo de 8 meses de trabajo):

1. 60 recetas manuales mal cumplimentadas (principalmente no anotar año de nacimiento).
2. 60 prescripciones no anotadas en la historia clínica informática.
3. Historias clínicas que no reflejan el diagnóstico que justifica la prescripción en 15 ocasiones.
4. 37 recetas asignadas a su cupo utilizadas por otros dos facultativos.

Mi compañero, ante la instrucción del expediente, presenta una serie de alegaciones que, de forma resumida, son:

- La imposibilidad de cumplir con todos estos puntos ya que, en los avisos domiciliarios o en atención en las residencias de ancianos, no puede reflejar estos datos en el ordenador que está en la consulta y, además, son muchas las ocasiones en las que falla dicha herramienta informática
- No anotar el año de nacimiento en nada altera la prescripción ni la dispensación
- Y, ocasionalmente, se pueden intercambiar por confusión algunas recetas cuando nos sustituimos y/o compartimos las consultas.

Ninguna de estas alegaciones las han tenido en cuenta a la hora de aplicar la sanción que consiste en un mes sin empleo y sueldo considerando que el expediente sancionador es la consecuencia de que ha cometido unas faltas grave. Hay que reseñar también que no se le advirtió previamente nada sobre sus fallos administrativos ni se le amonestó a corregirse. Recibió directamente la resolución de sanción grave hecho este que nos puede inducir a pensar que lo que se ha buscado es el castigo y no aquello de "el que avisa no es traidor".

A parte de lo que argumenta el Dr. Oscar, pienso que no se ha considerado algo fundamental como es: la causa principal de estas presumibles faltas, que califican de graves, y de las que no es responsable la persona sancionada.

Nuestras agendas están organizadas de modo que tenemos asignada la atención a una persona cada 6 minutos. No hay que ser una eminencia para comprender que ese espacio de tiempo no es suficiente para:

- *Llamar a las personas que están en la sala de espera*
- *Que se levanten y lleguen a la consulta (con sus minusvalías o el peso de los años, algunas portando carritos de bebés, etc.)*
- *Se sienten*
- *Nos cuenten por lo que han venido (la mayoría, planteando varios problemas para que se les ayude a resolver)*
- *Se desnuden*
- *Explorarlo*
- *Informarle de nuestro juicio clínico*
- *Pedir que se le practiquen pruebas diagnósticas*
- *Explicarle nuestras recomendaciones o tratamientos*
- *Responder a sus preguntas o dudas*
- *Y, finalmente, escribir todo en el ordenador.*

En nuestra zona, por cortes de luz y otras incidencias, es bastante habitual la desconexión con el sistema informático y a veces, sin cerrar el proceso, ocurre esto y a volver a empezar.

Como es lógico, después de todas estas tareas el tiempo ha corrido y para la atención de la mayoría de las/los pacientes necesitamos mucho más de 6 minutos (10, 20, 30 o el tiempo que sea necesario si la situación lo requiere). Por tanto el retraso en la atención es lo normal, la gente lo entiende así y es muy raro que reclamen aunque algunas protesten. A todo esto hay que añadir que también tenemos que atender a la demanda urgente no demorable y la que no es tan urgente y atendemos por diferentes razones ("mi niño tiene fiebre", "me falta la medicación del corazón de mi madre" y ya no hay citas" etc.). Y lo que hacer rebosar el vaso es que muchas de las urgencias ocurren fuera del centro, en la calle, en los domicilios, en la carretera, en el campo, en una aldea u otro pueblo donde no hay personal sanitario, situación que cada vez se da con más frecuencia porque hay que recordar que los contratos que se les

están haciendo a algún@s medic@s con reducción de jornada al 50% y al 75% conllevan que la población se encuentre, en los espacios de tiempo no remunerados, a merced de l@ profesional@ que estén más cerca (8, 10, 15 y a veces hasta 20 km) y, además, se nos sobrecarga con acumulaciones de otros cupos por libranzas de guardias, bajas laborales, jubilaciones, permisos y vacaciones (todo ello no sustituido).

Este personal que ha sancionado a mis coleg@s parece olvidar que en la práctica del buen hacer en el ejercicio de la medicina de familia, necesariamente se establece una relación de continuidad en el cuidado basada en la confianza y en la flexibilidad. Por tanto, hacemos recetas que no anotamos luego en el ordenador principalmente porque nuestra prioridad son nuestr@s pacientes (lo son y mucho), porque tenemos cerrado ya el ordenador o no funciona o estamos a 4km-8km o, en muchas ocasiones incluso, fuera del horario laboral y por no dejar la atención a medias les atendemos ya sea por responsabilidad y/o humanidad.

No me parece una falta grave que se nos acaben las recetas y se le pidan algunas al coleg@ de al lado cuando estamos, como es mi caso, a 18km del suministro de las mismas, ni que por querer atender tantos frentes nos dejemos olvidadas algunas en la impresora y venga otra persona a sustituirnos utilizándolas sin darse cuenta, máxime cuando las firmamos e identificamos con nuestro sello personal (lo que le ha ocurrido al Dr. Oscar quien lo ha aclarado perfectamente, en las dos ocasiones una al desplazarse a otra consulta por no funcionar su ordenador y la otra en un saliente de guardia, en que otro compañero entra en su consulta y usa sus recetas).

No me parece una falta grave no poner el año de nacimiento cuando la identidad del paciente queda perfectamente registrada por su número de la seguridad social individual su nombre y apellidos. Menos aún cuando la receta ha permitido la dispensación del medicamento y, a su vez, no consta que haya existido perjuicio para el paciente (que ha recibido su tratamiento) ni para la farmacia (que ha recibido el importe del medicamento por parte de la administración).

No me parece una falta grave no reflejar el motivo de una prescripción, de forma ocasional, por las causas que habitualmente lo impiden y, sobre todo, cuando se trate de algo no relevante. Si pienso que es importante registrar lo que consideremos que puede ayudar tanto a las personas que atendemos como lo que nos pueda servir para un mejor seguimiento y atención a las mismas; lo que hacemos normalmente cuando y como podemos.

No me parece una falta grave que nuestra prioridad sean l@s pacientes.

Sí me parece una falta grave por parte de nuestra Gerencia que se les pida a l@s trabajador@s, sin facilitarles los medios necesarios, algo que no se puede cumplir y encima se les castigue por ello.

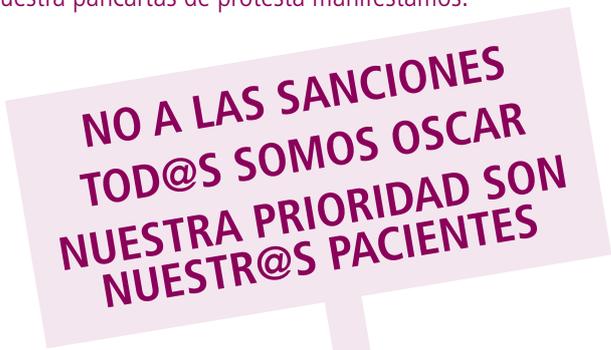
Sí me parece una falta grave no tener en cuenta que la escucha y la buena relación médic@/usuari@ es una herramienta básica en la atención primaria de salud (como primer acto terapéutico, en muchas ocasiones el principal y único instrumento) y que para ello l@s profesionales, que también somos personas, necesitamos, además de tiempo, apoyo confianza y seguridad.

Sí me parece una falta grave y de responsabilidad, que por este camino, se nos induzca a practicar una medicina en donde solo se pueda ver a las personas en pocos minutos, hacer diagnósticos, derivaciones y tratamientos precipitados e innecesarios por la presión y las prisas, lo que conllevaría a un mal trato además de un incremento en el gasto sanitario.

Sí me parece una falta grave que nuestra Gerencia se dedique a este tipo de "control" en lugar de tratar arreglar y/o paliar los grandes problemas que en la actualidad afectan al sistema sanitario y por lo que se les paga.

No tenemos claro cuáles son los objetivos de estas sanciones aunque nos olemos algo. De momento, lo que han conseguido es que tomemos conciencia de cuál es nuestra verdadera función, que nos hayamos reencontrado como grupo, que esto nos haya permitido airear en la calle nuestras problemas, que hayamos conseguido (creo) un sustituto para Oscar y que hayamos recibido el apoyo de la población. Por parte de la Gerencia no hemos recibido respuesta de un escrito firmado por todas las personas del Centro de Salud con fecha 2 de abril del mes pasado en el que manifestábamos nuestro asombro y rechazo a la sanción de Oscar y con fecha 12 de abril remitimos por buro fax a la Delegada de Salud de Huelva solicitando una reunión y todavía a fecha de 24 de mayo no hemos recibido ninguna respuesta. Seguimos realizando medidas de presión con el fin de que se anulen las sanciones y gritando a los cuatro vientos que no se puede estar en misa y repicando porque no tenemos el don de la ubicuidad como ha dicho un compañero en la radio de Aracena.

En nuestra pancartas de protesta manifestamos:



**NO A LAS SANCIONES
TOD@S SOMOS OSCAR
NUESTRA PRIORIDAD SON
NUESTR@S PACIENTES**

Epílogo:

En el momento de corregir este texto, 1 de octubre, la situación es esta:

Oscar cumplió la sanción que se le impuso a pesar del movimiento del personal sanitario y ciudadanía. Lo que sí se ha conseguido, por ahora, es que no siguieran con más sanciones y no aplicasen las que habían iniciado. Las personas implicadas han llevado a cabo, individualmente, sus correspondientes recursos.

JUNTAS Y TAMBIÉN REVUELTAS

EL MOVIMIENTO
Y LA PALABRA
PARA ABORDAR EL DOLOR
DE LAS MUJERES.

LOS COMIENZOS...

Corina. Desde mi experiencia como psicoterapeuta y específicamente, en el trabajo con mujeres, he ido transitando diferentes caminos... Cada uno de ellos me ha aportado, ha sumado a la hora de acercarme a ellas y a sus malestares. Ya desde el inicio incorporé el concepto de lo **biopsicosocial** y a lo largo de mi práctica clínica he ido incorporando diferentes herramientas y soportes.

En España, trabajando en el equipo de la Dra. Carmen Valls i Llobet, fui conociendo y trabajando con mujeres y diversas patologías crónicas.

Silvia. Yo he bailado desde siempre, ya en el vientre de mi madre bailaba al son de su respiración, y la danza me ha acompañado durante los momentos felices y no tan felices de mi vida, pero siempre ha dado significado en mi camino, siempre salgo distinta de cómo entré de una sesión de danza. Por ello, en mi recorrido profesional como danzaterapeuta trato de acercar los beneficios de la danza a todas las personas posibles. En el caso de estas mujeres, acompañarlas con el movimiento ofreciéndoles un espacio de confianza y cuidado donde el cuerpo es el protagonista, genera cambio en sus procesos. No sólo cambios físicos, sino que se involucra en su cuerpo interno y les ayuda a canalizar las emociones y mejorar así la relación con ellas mismas y con los demás.

C- La perspectiva psicológica/emocional, no se puede dissociar de la salud física. Es **indisociable**. Esto implica un abordaje desde un concepto integral y dinámico, que integra tres tipos de experiencias: **cognitivas** (percepciones, procesos mentales diversos, sistemas de creencias), **afectivas** (emociones, estados de ánimos y sentimientos) y las **relacionales** (la forma que las personas interactuamos con otros/as y con el medio ambiente).



Silvia Elgarrista-Vives
Danzaterapeuta
selgarristav@gmail.com



Corina Hourcade Bellocq
Psicóloga
corina.bellocq@telefonica.net



Todo proceso terapéutico, en un principio interviene o actúa en la esfera de lo cognitivo/racional, esto implica tomar conciencia de cómo "entendemos lo que nos pasa", a nivel racional. Poco a poco, el objetivo siguiente es llegar a "darse cuenta" (concepto desarrollado por la Terapia de la Gestalt), que implica una esfera emocional. El proceso terapéutico entendido como si se fueran sacando capas de una cebolla: la dimensión más racional, la emocional/afectiva, ésta dentro de la biografía personal, la historia, y ésta, a su vez, enmarcada en las relaciones familiares y/o otros vínculos significativos que conforman el "aquí y ahora" de cada una.

S- Los procesos terapéuticos con mujeres que padecen patologías crónicas, son de largo recorrido, el dolor físico y emocional, y la dependencia que sufren de medicamentos y de controles médicos, les lleva a un estado de fatiga físico y emocional, a un estado de desesperanza y falta de proyección de futuro, y a menudo a evitar progresivamente la realización de actividades que antes hacían habitualmente.



EL DESCUBRIMIENTO MUTUO

C- Las mujeres con patologías crónicas, llevan un largo recorrido de especialistas con múltiples tratamientos y medicación. Cada uno/a es un experto de una parte del cuerpo, que duele, se tensa y que cada vez, se queda más quieto. Un cuerpo pasivo que sigue esperando que algo externo a él, lo haga sentirse aliviado.

Me fui dando cuenta de que, en el transcurso de muchos de los tratamientos que seguía, había un momento donde este proceso entraba como en un parón, una especie de bloqueo. El cuerpo de cada una de estas mujeres, seguía expresándose a través de síntomas, en algunos casos de forma muy aguda. Ellas se refieren a estos momentos, como un retroceso o recaída. Reconocen haber adquirido más conciencia de sus formas de funcionar y de relacionarse e, incluso, haber conseguido una perspectiva diferente de muchas situaciones; sin embargo, el cuerpo sigue doliendo... y se agota...

Decían no ver cambio a nivel del cuerpo y de sus síntomas: dolor agudo, tensión, inmovilidad, y una emoción, que se repite en los diferentes relatos: la desesperanza.

Desde este punto de vista, los síntomas corporales, en general, tienen un sentido que trasciende el problema inmediato de salud... La cuestión era cómo modificar esto.

Me fui dando cuenta de que aquello que estaba faltando tenía que ver con un espacio vivencial donde el cuerpo fuera el protagonista y, sobre todo, que no estuviera centrado en la palabra. Las señales que enviaba el cuerpo expresadas como síntomas, no estaban siendo escuchados de forma adecuada.

Actualmente superviso con Silvia la terapia de muchas de estas mujeres y de estos bloqueos y ella me va introduciendo, poco a poco, en muchos conceptos de la danzaterapia.

He comprendido que cuando hablamos del **cuerpo**, nos referimos al cuerpo vivo, **en movimiento**, y aún en aquellas per-

sonas con parálisis, siguen presentes, mientras dura la vida, los **impulsos internos** para moverse.

Todas nuestras emociones tienen un correlato en lo corporal, incluso aquellas que no logramos expresar. El dilema es poder descifrar el mensaje que muchos de nuestros síntomas nos traen acerca de los que nos está pasando. Nuestros pensamientos y emociones tienen un efecto profundo en nosotras porque están físicamente ligadas a nuestro cuerpo a través del sistema endocrino, inmunitario y nervioso central.

S- En los inicios de mi acompañamiento a mujeres con dolores crónicos, me encontré con que sus cuerpos ya no eran un lugar seguro o cómodo, sino corazas, cuerpos que reaccionaban al dolor defendiéndose para continuar viviendo en el mundo, y ese mecanismo de defensa, a la vez, las iba desconectando conscientemente de su cuerpo. Me fui dando cuenta de que el sentir y escuchar al cuerpo es un "derecho" todavía difícil para la mayoría de estas mujeres, y de que el espacio donde la mente consciente no se halla en el centro de la acción, es importante introducirlo gradualmente y cuidando el ritmo de cada una. Por lo que he me di cuenta de que resultaba muy beneficioso y efectivo para sus procesos, alternar con sesiones de terapia verbal donde se focaliza la palabra y el cuerpo no está tan expuesto. Así las mujeres tienen dos espacios con dos lenguajes que les permite dejar salir a la escena de la conciencia los movimientos sentidos,



intuidos, en las sesiones corporales y enfrentarse a ellos directamente. Para mí, reflexionar sobre cada proceso y buscar cada camino conjuntamente con la mirada de Corina, sigue siendo un enriquecimiento personal y profesional que se traduce en cada sesión, en cada proceso.

LA SUMA

“Nuestro cuerpo es nuestro aliado, y siempre nos va a señalar la dirección que necesitamos seguir”

Cuerpo de mujer, Sabiduría de mujer.
Christiane Northrup

En un principio, el espacio de la danza terapia para una, y el de palabra para la otra, significó agregar otra perspectiva a la hora de abordar el tratamiento de mujeres con este tipo de patologías. Progresivamente nosotras, como terapeutas, pudimos ir haciendo un cambio vital: pasamos de sumar espacios a INTEGRARLOS dentro de una misma mirada.

En las sesiones de danza terapia no se anula la palabra, pero sí se prioriza la comunicación y expresión a través del lenguaje del movimiento. Hemos observado que, especialmente en los procesos con mujeres que padecen patologías crónicas, supone una intervención más efectiva dar dos espacios y dos profesionales diferenciados donde se focalice en uno la palabra y en el otro el movimiento.

Este abordaje que integra la palabra, las emociones y el movimiento, tiene un hilo conductor fundamental que incluye la

perspectiva de género en el trabajo terapéutico de las mujeres con sus “dolores”. Su inclusión permite entender, visibilizar y trabajar el malestar de las mujeres.

Desde esta perspectiva de género se ve cómo las pautas de socialización femenina, marcan una manera de ser mujer centrada en su capacidad para “aguantar”. Cuando aguanta y aguanta y no puede ya más, comienza a quejarse de su dolor, del agotamiento, del desgano, etc. Cuando no tiene palabras para expresar su profundo malestar, vinculado a las condiciones que tienen que ver con su vida cotidiana y sus relaciones interpersonales, es **el cuerpo el que habla**.

Encerradas en un cuerpo y encerradas en un diagnóstico, no hay muchas escapatorias y lo que se escucha antes de comenzar el trabajo terapéutico es: “Me duele todo”.

El dolor en todas sus manifestaciones corporales, es la primera causa de abandono de la actividad principal y es la primera causa de consulta en atención primaria.

Testimonio: - *“...voy a peor, voy a durar poco, mi cuerpo me coarta...”*

“...cuando suelto duele”. “...no puedo con mi alma”

Como consecuencia del dolor, se produce en nuestro cuerpo una mala distribución del esfuerzo muscular, que provoca sobrecarga y fatiga, que a su vez produce más dolor, más tensión muscular, contracturas, rigidez articular y desencadena una incapacidad funcional.

Al inicio las mujeres se presentan como víctimas de algo incontrolable y desconocido que las enferma, las angustia e inseguriza.

No sólo existen movimientos que nos defienden de los dolores de que somos conscientes, sino también automatismos de defensa contra los **dolores ocultos**. Para defendernos de ese dolor oculto, adoptamos actitudes que a su vez, originan dolores en otra parte. Y son estos dolores, que experimentamos conscientemente, los que deseamos que se nos curen. En realidad, para atacar la causa y no el efecto, habrá que localizar y curar el dolor oculto. (Thérèse Bertherat, 1976) (“El dolor oculto” Malen Cirerol, 2002 MyS 10)



CÓMO LO HACEMOS

¿Cómo se traduce todo este abordaje en la práctica clínica? ¿Qué le proponemos a las consultantes?



Los síntomas son **mensajeros** que nos transmiten que algo no va bien, que existen situaciones, relaciones afectivas que no se están pudiendo gestionar de manera adecuada. A través de la terapia con la palabra, trabajamos el darse cuenta, en el sentido de descifrar esos mensajes que traen los síntomas a cada mujer, en ese momento de su vida y en sus circunstancias vitales. La etapa siguiente en este proceso implicará el poder rediseñar un proyecto de vida que potencie y active sus recursos personales, capacidades y, sobre todo, su sentido de **autocuidado**.

A su vez, la terapia con movimiento busca estimular el aspecto creativo-expresivo de la paciente, mientras relaja, alivia y libera. Además, el **movimiento** genera **cambio**, no solo físico, sino que involucra a nuestro **cuerpo interno**. Este modelo de intervención apunta la mirada al interior y, con el uso del movimiento, favorece un proceso de transformación y crecimiento. No se trata únicamente de moverse libre o de una determinada manera, sino de utilizar la experimentación y vivencias con el movimiento, para investigar nuevos caminos de estar y sentir, y acceder a emociones que no se pueden verbalizar. El movimiento puede ser, desde un masaje hasta una danza, entendida como lenguaje expresivo y creativo que permite a las mujeres desarrollar las capacidades de forma integral, **descubrir y descubrirse**.

Mediante sesiones individuales y alternativas de psicoterapia y danzaterapia, la consultante va haciendo su proceso, permitiendo así que las crisis de dolor agudo se vayan espaciando e incluso que sean menos intensas. La frecuencia de estas sesiones variará de acuerdo al momento en el que se encuentre y a las circunstancias personales de cada una de las mujeres.

La relación terapéutica en una co-terapia constituye un instrumento fundamental para las profesionales y para la consultante. La mirada, desde dos espacios, uno para la palabra y otro para el movimiento, no sólo enriquece sino que permite a la mujer realmente (no en la teoría) vivenciar un enfoque **integrador**. Estas mujeres llegan con mucho desgaste y una vivencia de sí mismas y de su cuerpo, fundamentalmente, **fragmentado y fuera de control**.

Progresivamente, implica un cambio de posición en su terapia y va tomando un rol más activo y protagónico. Ella es la más "experta" en sí misma y podrá ir marcando sus tiempos, necesidades, límites y sobre todo, aquello que le va haciendo sentir mejor.

Enfocamos el trabajo terapéutico desde la calidad de la relación y de comunicación entre las terapeutas, donde se establece un entorno seguro, de confianza y con un acercamiento cuidadoso, sensible y de respeto a aquello que necesitan y desean estas mujeres.

Sesiones alternadas semanalmente, y una constante supervisión entre las co-terapeutas, brinda no sólo una información constante de cada uno de los espacios sino también la posibilidad de coordinar estrategias y dinámicas que tienen que ver con la etapa del proceso en que se encuentra.

A su vez, las mujeres relatan sentirse muy aliviadas de no tener que repetir muchas veces lo que les pasa y sentir que su proceso es personalizado a su manera particular de ser, funcionar, moverse, sentir, etc...

Nuestro cuerpo somos nosotras mismas y es fundamental el poder escucharnos...



Las MEDIAS VERDADES OCULTAS sobre La vacuna del PAPILOMA⁽¹⁾



Enrique Gavilán

Médico de familia

enrique.gavilan@yahoo.es

Las grandes compañías farmacéuticas no suelen mentir, sino contar medias verdades. Lógicamente, lo que cuentan es lo bonito, lo que les favorece, aunque sea poco relevante. Sus departamentos de mercadotecnia se encargan de adornarlo bien y de exponerlo en los mejores escaparates, de manera que todo el mundo ilumina con sus focos la cara amable que resulta de su trabajo. Cualquier nuevo producto, fármaco, aparato tecnológico o vacuna adquiere una dimensión científica y social tan grande que toda objeción parece fuera de lugar.

A menudo ocurre que el producto, a pesar de la apariencia, no les sale tan bueno-bonito-barato, y que además hay alguien que se empeña en desvelar esa realidad. Suele pasar que lo que se trata de ocultar puede ser incluso más importante que lo que se publica. Aunque la Verdad -así, en mayúsculas- no existe en medicina, nos podemos acercar bastante. No conocer toda la información ni hacer un uso crítico de la misma es en realidad una forma sutil de mentira.

La vacuna del virus del papiloma humano (VPH) es uno de esos productos-estrella de los que hasta hace poco sólo conocíamos su lado más amable. Todo el mundo (no sólo las propias compañías fabricantes, sino periodistas, científicos, expertos en salud pública, médicos, sociedades profesionales, asociaciones de pacientes, políticos y gerentes) repite como un mantra que "la vacuna es totalmente segura" y que es un

"arma imprescindible" para "proteger a las mujeres contra el cáncer de cérvix". Y a decir verdad, los datos publicados hasta ahora sobre dicha vacuna son espectaculares². Pero, ¿y si no supiéramos todo lo que hay sobre este tema?

La doctora Lucija Tomljenovic es una comprometida investigadora canadiense que ha dedicado los últimos años de su vida a investigar y publicar artículos muy críticos con las vacunas, especialmente las del virus del papiloma. En uno de los últimos, publicado en la revista *Current Pharmaceutical Design*, da a conocer datos reveladores que hacen dudar de la bondad e inocuidad de estas vacunas³.

¿Qué argumentos defiende Lucija?

Beneficios limitados...

En 2006 la compañía estadounidense Merck solicitó la comercialización de su vacuna tetravalente del VPH, Gardasil. En el expediente de solicitud aportó datos procedentes de varios ensayos clínicos que se habían efectuado con la vacuna⁴. Parte de esos datos fueron luego publicados en varios números de la misma revista, la prestigiosa *New England Journal of Medicine*⁵, y en dos análisis combinados⁶, todos ellos financiados por la propia compañía. Precisamente, los datos que se publicaron en dichas revistas fueron los

que dejaban en mejor lugar a la vacuna, con porcentajes de resolución de lesiones precancerosas cercanos al 100%. Pero omitieron otros. Concretamente, los concernientes a resultados más relevantes desde el punto de vista clínico⁷. Y en ellas, la vacuna parece ser efectiva sólo en uno de cada 3 casos, en el mejor de los escenarios posible. Cifras, por tanto, muy alejadas de las que habían sido publicadas anteriormente, y que nos aventuran a pensar que la vacuna podría tener mucho menos impacto en la reducción última del cáncer de cérvix que lo que hasta ahora sabíamos.

Esta omisión de información tan relevante (técnicamente se conoce como “sesgo de comunicación selectiva de resultados”), desvelada por Lucija y sus colaboradores, deja a las claras dos opciones, a cual peor:

- 1/ los investigadores conocían los datos y se plegaron a los intereses de la compañía farmacéutica divulgando sólo los resultados más favorables;
- 2/ la compañía los engañó ocultándoles dicha información.

En cualquier caso, todo un ejercicio de ocultismo impropio de una ciencia que pretende ser ecuánime, rigurosa y neutral.

... y seguridad en entredicho

La obstinada mirada crítica de Lucija también ha permitido develar datos que apuntan a que las vacunas del VPH no son del todo seguras.

Sus argumentos se basan en la idea de que los ensayos clínicos que han evaluado la vacuna contenían diversas anomalías a resultas de las cuales los posibles perjuicios de las vacunas quedaban minimizados. En primer lugar, los estudios no estaban diseñados para detectar problemas de seguridad, con lo cual ya incluso antes de que se desarrollaran los mismos se sabía que muy probablemente no iban a encontrarse diferencias significativas entre las personas a las que se les puso la vacuna y las que recibieron el placebo.

Por otro lado, **el suero que recibieron las personas que estaban en el grupo del placebo estaba enriquecido con sales de aluminio**, el mismo adyuvante que se utiliza para potenciar el efecto de la vacuna sobre la inmunidad y que se cree puede estar involucrado en muchos de los efectos adversos graves de la vacuna. Así pues, si ambos grupos

iban a recibir la misma cantidad de sales de aluminio, era bastante probable que fuesen a tener el mismo perfil de efectos adversos, llegándose a la conclusión preconcebida de que la vacuna no ofrecía desventajas si se le comparaba con el placebo. Y esas fueron finalmente las conclusiones de los ensayos clínicos... Resulta difícil defender la decisión de la composición del suero que recibía el grupo placebo (algunos autores lo desaconsejan explícitamente⁸), y de hecho ninguna publicación oficial de las vacunas se ha parado a discutir este hecho.

Uno de los efectos adversos que se vincula con la vacuna del papiloma es la aparición de problemas autoinmunes y fenómenos inflamatorios (artritis reumatoide, lupus, diversos tipos de hepatitis, etc.). Ante la preocupación sobre la aparición de casos en mujeres vacunadas, agencias reguladoras públicas como la Agencia Europea del Medicamento y la FDA estadounidense hicieron un estudio que concluía que la vacuna no tenía relación con dichos casos⁹. Lucija, sin embargo, pone en duda la validez de las evaluaciones realizadas por el comité de seguridad (que se encarga de revisar la veracidad de las notificaciones de efectos adversos y que establece finalmente el juicio de si éste es atribuible o no a la vacuna). De hecho, imputa dichos efectos adversos no sólo a los adyuvantes¹⁰, sino también a la propia composición de la vacuna. Como ella misma me confesaba por correo electrónico, “se han observado partículas empleadas en la vacuna (partículas *virus-like* compuestas por la proteína L1 del tipo VPH-11, concretamente) en lesiones musculares de biopsias y autopsias de mujeres que sufrieron efectos adversos. Dichas partículas se encontraron incluso años después de la administración de la vacuna, lo cual indica que el efecto persiste a largo plazo”. Y añade más adelante: “Estas observaciones han sido corroboradas por otros grupos de investigación independientes y están a punto de ser publicadas en una revista científica”.

Además de los ensayos clínicos, otra fuente de información importante para conocer si una vacuna es segura a más medio o largo plazo son las bases de datos de efectos adversos. Aunque no es una fuente del todo válida (puesto que no se suele notificar más que un pequeño porcentaje de los efectos adversos, y además no nos permite determinar si hay relación causa-efecto), nos aporta datos que pueden ser útiles. Pues bien, Lucija ha computado, una por una, las notificaciones a una base de datos estadounidense de efec-



tos adversos de vacunas (VAERS), más de 20000 mil desde el comienzo de las campañas de vacunación. Y resulta que de todas las vacunas administradas a mujeres entre 6 y 29 años, la del VPH acapara más del 60% de las reacciones adversas serias notificadas. Muchas de ellas condujeron a la invalidez o incluso a la muerte de las mujeres, previamente sanas, a las que se había puesto la vacuna.

Por último, Lucija desvela en su revisión un dato inquietante de los ensayos clínicos que no había sido divulgado en las publicaciones oficiales: la vacunación contra el virus del papiloma en aquellas mujeres previamente infectadas podría estar asociada a un leve aumento de los casos de displasia moderada/grave. Algunos datos apuntan que la vacuna podría incluso, paradójicamente, no sólo aumentar los casos de cáncer¹¹, sino acelerarlos hacia formas de cáncer muy agresivos. La propia Lucija me comunica que en la base de datos de reacciones adversas a vacunas norteamericana se han contabilizado "360 notificaciones de citologías anormales, 112 casos de displasias de cuello de útero y 11 de cáncer cervical relacionados con la vacunas del papiloma". Comparado con la enorme cantidad de dosis administradas desde su comercialización son casos por ahora muy aislados, de los que no sabemos si son directamente causados o no por las vacunas, pero no hay que dejarlos de lado ya que se trata de efectos muy serios.

Críticas a las críticas de Tomljenovic

A pesar de que los argumentos de Lucija parecen en muchos casos verosímiles, cuando no fácilmente verificables, no podemos caer en el error de abrazarlos sin guardar cierta distancia que nos permita analizarlas con lupa. Algunas de las críticas esgrimidas por Lucija son débiles, como por

ejemplo cuando trata de oscurecer los resultados de los comités de seguridad simplemente por considerar que la dedicación profesional de sus componentes no es la más adecuada para esclarecer la causalidad de los efectos adversos atribuidos a las vacunas. El que haya partículas de la vacuna en los tejidos de las mujeres vacunadas que han sufrido problemas inflamatorios o autoinmunes no significa que la vacuna sea la causa de dichas lesiones. Muchos de sus razonamientos se basan en evidencias indirectas o marcadores biológicos, cuando no en meras conjeturas. Así pues, sembrar la duda es buen aliado para replantearse las hipótesis hasta ahora hegemónicas, pero lejos de probar definitivamente nada, lo que desvela es el hecho de que nos queda aún mucho por conocer.

Por otro lado, acusa a los elaboradores de los informes y publicaciones que aconsejan la vacunación contra el virus del papiloma de "silenciar" datos que cuestionan su eficacia y alertan sobre sus problemas de seguridad. Y es cierto que lo hacen. Aunque Lucija comete el mismo sesgo: no suele contraponer a sus observaciones datos y referencias que apuntan en el sentido contrario. Lo mismo podemos decir sobre la financiación. Se declara investigadora independiente, cuando en realidad sus trabajos están financiados por fundaciones privadas como la *Katlyn Fox Family Foundation*, cuya finalidad es buscar los puntos débiles de las vacunas. Además, su habitual colaborador, el Dr. Shaw, es fundador de una empresa (Neurodyn) con intereses en la investigación sobre marcadores de inflamación cerebral y el desarrollo de agentes neuroprotectores. No son sesgos que invaliden sus hallazgos y razonamientos, pero sí son a tener en cuenta.

Por tanto, la discusión sobre este tema parece estar muy polarizada entre "pro" y "antivacunas", cada uno con sus prejuicios y sesgos. El ambiente está un tanto enrarecido,

con acusaciones cruzadas que a veces superan los límites del cauce por el que el debate científico debe transcurrir. A resultas de todo esto, a veces cuesta ver las cosas con claridad. Lógicamente, son luchas de David contra Goliat, y no todas las informaciones tienen el mismo peso ni la misma credibilidad. Tratar de conservar el máximo rigor no implica que haya que mantener equidistancias calculadas. A pesar de todo, hay espacios en los que analizar con cautela todas las fuentes de información -contrarias o desfavorables, con notable carga crítica o sin casi capacidad de filtro-

Conclusiones: ni tanto ni tan calvo

Se han vertido no ya arroyos, sino ríos, gigantes como amazonas, de tinta sobre la utilidad de la vacuna del papiloma. Y más que en el futuro se verterán. No es oro todo lo que reluce, y las apariencias engañan. Ni tan buenos son unos ni

tan malos los otros (bueno, los hay que sí que obran intencionadamente muy pero que muy mal...). Ni las vacunas del papiloma son la solución definitiva para erradicar el cáncer de cérvix ni éstas resultan ser tan venenosas o tóxicas. Ahora bien: es cierto que la vacuna probablemente no sea ni tan necesaria ni tan altamente efectiva ni tan inocua ni tan rentable como nos han tratado de convencer.

En la medicina no hay blancos ni negros, sino muchos grises, y por tanto debemos habituarnos a distinguir las miles de tonalidades de gris que existen. No nos queda más remedio que acostumbrarnos a que hay mucha más incertidumbre de la que quisiéramos. Todo el que quiera que veamos su blanco o su negro peca de querer vender sólo su propia moto, su propia verdad. Y aquí no sólo no hay verdades, certezas, sino que además el que crea estar en posesión de ellas simple y llanamente miente. Pero no somos tan crédulos ni tan ignorantes ni tan ingenuos, ¿verdad?

Bibliografía y Notas

- Muchos de los argumentos y datos recogidos en el presente artículo, publicado originariamente en el blog de Miguel Jara el 6 y el 7 de Abril de 2013, están basados en la siguiente publicación científica: Gavilán E, Padilla J. Novedades en la vacuna del papiloma humano. Actualización en Medicina de Familia. 2013;9(4):201-7. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1130.
- Lu B, Kumar A, Castellsagué X, Giuliano AR. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: A systematic review & meta-Analysis. BMC Infect Dis. 2011, 11:13. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/13>.
- Tomljenovic L, Shaw CA, Spinosa JP. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an option for preventing cervical malignancies: (How) effective and safe? Curr Pharm Des. 2013;19(8):1466-87.
- Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee (VRBPA) Background Document. Gardasil™ HPV Quadrivalent vaccine. Food and Drug Administration. VRBPA Meeting, 18 Mayo 2006. Disponible en: <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/07p0210/07p-0210-ccp0001-14-VRBPAC-Background-Document-vol3.pdf>
- Se trata de los estudios FUTURE I y FUTURE II.
 - FUTURE I: Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, Tang GW, Ferris DG, Steben M, Bryan J, et al.: Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. N Engl J Med. 2007;356:1928-1943.
 - FUTURE II: The FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. N Engl J Med. 2007;356:1915-27
- Los dos análisis que combinan los resultados de todos los ensayos clínicos realizados con la versión cuadrivalente de la vacuna del papiloma son:
 - Joura EA, Leodolter S, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Koutsky LA, et al. Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulvar and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. Lancet. 2007;369:1693-702.
 - Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen OE, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, et al. A pooled analysis of continued prophylactic efficacy of quadrivalent human papillomavirus (Types 6/11/16/18) vaccine against high-grade cervical and external genital lesions. Cancer Prev Res (Phila). 2009 Oct;2(10):868-78.
- Las problemas relacionados con las infecciones por el virus del papiloma que mayor importancia clínica pueden tener, aparte del cáncer de cérvix, son 1/ las lesiones displásicas o premalignas más avanzadas, las CIN-3, que tienen menor capacidad para regresar espontáneamente y por tanto mayor capacidad para evolucionar a cáncer invasivo; y 2/ las lesiones provocadas no sólo por los tipos de virus cubiertos por la vacuna sino por todos los tipos con capacidad para evolucionar a cáncer invasivo de cuello de útero.
- Exley C. Aluminium-based adjuvants should not be used as placebos in clinical trials. Vaccine. 2011;29(50):9289.
- Chao C, Klein NP, Velicer CM, Sy LS, Slezak JM, Takhar H, et al. Surveillance of autoimmune conditions following routine use of quadrivalent human papillomavirus vaccine. J Intern Med. 2012;271:193-203.
- Tomljenovic L, Shaw CA. Mechanisms of aluminum adjuvant toxicity and autoimmunity in pediatric populations. Lupus. 2012 21:223-30.
- Beller U, Abu-Rustum NR. Cervical cancers after human papillomavirus vaccination. Obstet Gynecol. 2009;113(2 Pt 2):550-2.

NOTICIAS HPV: De suspensiones, demandas y compensaciones

JAPÓN suspende la vacuna del papiloma

El ministro de salud japonés ha notificado que la vacunación contra el virus del papiloma no debe seguir recomendándose para niñas entre 12 y 16 años debido a las reacciones adversas que se han recogido, hasta tanto se revise su seguridad.

EN ESPAÑA, la AAVP (Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma se puso en contacto el pasado 6 de septiembre de 2013 con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la Subdirección de Atención al Ciudadano, con objeto de conocer su posicionamiento sobre la decisión del gobierno japonés. El pasado 16 de septiembre, Francisco Salmerón García, Jefe de la División de Productos Biológicos y Biotecnología del Departamento de Medicamentos de uso humano de la AEMPS, contestó argumentando que la comercialización de las vacunas VPH es responsabilidad de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). ¿Lavándose las manos? <http://www.aavp.es/inicio/>

Compensaciones

Estados Unidos paga 6 millones de dólares a Víctimas del Gardasil

El Programa de Compensación por Daños causados por Vacunas ha destinado 6 millones de dólares a 49 víctimas de severas reacciones adversas provocadas por Gardasil, la vacuna contra el papiloma producida por Merck Sanofi que se comercializa en USA.

<http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/stress-and-health-dr-lind/2013/apr/10/us-court-pays-6-million-gardasil-victims/>

<http://sanevax.org/gardasil-us-court-begins-paying-damage-awards-to-victims/>

Se reclaman compensaciones **en España**

Gran repercusión del artículo "Razones para un programa de vacunas en España" de J.Tuells en Medicina Clínica. El autor identifica los países que cuentan con programas específicos de compensación por efectos adversos causados por la vacunación sistemática, siendo Alemania y Francia los primeros en implantarlo y las características para lo que sería imprescindible la voluntad política para acometerlo. La articulación del fondo compensatorio se podría resolver mediante una participación a partes iguales entre la administración y la industria farmacéutica. Tuells J. Med Clin (Barc) 2013;140:554-557

INDIA: Demanda de afectadas por graves efectos adversos

El 29 de octubre de 2012, Kalpana Metha y Nalini Bhanot, dos jóvenes afectadas, junto con el Dr. Rukmini Rao, Presidente del Centro de Recursos para la Mujer Gramya de la India, presentaron una demanda escrita ante el Tribunal Supremo de la India, en virtud del Artículo 32 de la Constitución. Esta petición se efectuó contra la Agencia General de Medicamentos de la India, El Consejo Indio de Investigación Médica, El estado de Andhra Pradesh, El Estado de Gujarat, PATH International, y las dos empresas fabricantes, Glaxo Smith Kline Asia y MSD Farmacéutica. En la demanda se recogen graves denuncias sobre las vacunas contra el VPH Gardasil® y Cervarix®.

La demanda describe cómo los organismos antes mencionados permitieron la vacunación de varios miles de niñas de edades comprendidas entre los 10 a 14 años, sin que informasen de posibles reacciones adversas, ni se estableciese un seguimiento o un tratamiento posterior a la vacunación. **SUSPENSIÓN DE LA VACUNACIÓN**

El Gobierno de la India, a través del Consejo Indio de Investigación Médica (ICMR), ha suspendido la vacunación contra el virus del papiloma tras haberse producido cuatro muertes y 120 casos de reacciones adversas relacionados con el preparado.

PARLAMENTO INDIO : A FAVOR DE LAS AFECTADAS

El parlamento Indio considera el ensayo clínico de la vacuna del VPH como abuso y violación de derechos humanos, dando la razón a las demandantes.

http://articles.economicstimes.indiatimes.com/2013-08-31/news/41642159_1_hpv-vaccine-house-panel-gardasil/

URUGUAY: El Ministerio de Salud Pública no recomienda la vacuna contra el HPV

El subsecretario de Salud Pública, Leonel Briozzo, aseguró que "nunca fue un objetivo llegar con la vacuna" de HPV "a todas las adolescentes de 12 años" y aseguró que la cartera no tiene intención de que sea obligatoria pero tampoco "recomendada" por las autoridades porque indicó que siguen las dudas científicas sobre la efectividad de la vacuna contra el virus del papiloma humano, y que países con muy buenos sistemas sanitarios, como Japón o Finlandia la bajaron de la lista de "recomendadas".

<http://www.elpais.com.uy/informacion/briozzo-msp-no-campana-ni.html>

<http://www.nogracias.eu/tag/vacuna-vph/>

eL SÍNDROME de ASIA

o síndrome inflamatorio / autoinmune inducido por adyuvantes

Carme Valls-Llobet

caps@pangea.org

En el año 2011 un grupo de investigadores encabezado por el Dr Yehuda Shoenfeld del Chaim Sheba Medical Center de Tel Hashomer (Israel) definió un nuevo Síndrome en Medicina relacionado con la respuesta de algunas personas que se presentaban en relación a la presencia de algunas infecciones, o a la administración de vacunas, en especial las que contenían adyuvantes que podían ser potencialmente distorsionadores del sistema inmunológico normal del organismo. A este nuevo síndrome se le ha denominado con el acrónimo Síndrome de ASIA, (Autoimmune/inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants). La presencia de diversas enfermedades autoinmunes después de algunas vacunaciones, o de la colocación de implantes de silicona, se han considerado como causas del Síndrome especialmente en relación a los adyuvantes. Una de las vacunas que ha sido relacionada con este Síndrome de ASIA ha sido la vacuna del papiloma virus humano que contiene aluminio en las dos presentaciones comerciales.

En un publicación reciente, hay tres casos de adolescentes que presentaron amenorrea secundaria después de la administración de la vacuna del Papiloma virus humano, que menstruaban previamente bien, desarrollaron autoanticuerpos contra el ovario y contra el tiroides, y dejaron de menstruar. Los niveles de hormonas en sangre cambiaron a un patrón parecido al de la menopausia con LH y FSH aumentadas y

estradiol disminuído en sangre. Estas pacientes desarrollaron una insuficiencia primaria de ovario en los tres casos, irreversible. Los autores entre los que se cuenta la investigadora Lucija Tomljenovic, ha demostrado que los tres casos que cumplía los criterios del Síndrome de ASIA o también denominado Síndrome de Shoenfeld.

Se considera que una persona puede tener este Síndrome si presenta dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores.

CRITERIOS MAYORES:

1. Exposición a un estímulo externo (infección, vacuna, silicona y /o adyuvantes) antes de las manifestaciones clínicas.
2. Aparición de manifestaciones clínicas típicas:
 - Mialgias y debilidad muscular.
 - Artralgia y / o dolor articular.
 - Fatiga crónica, trastornos del sueño y sueño no reparador.
 - Manifestaciones neurológicas.
 - Trastornos cognitivos.
 - Fiebre o febrícula.
3. La eliminación del agente provocante induce una mejoría.
4. Biopsia típica de los órganos implicados.

CRITERIOS MENORES:

1. La aparición de autoanticuerpos (antiovarios, antitiroideos, anti-TPO).
2. Otras manifestaciones clínicas (p. ej. amenorrea).
3. HLA específicos (p. ej. HLA DRB1, HLA DQB1).
4. Desarrollo de una enfermedad autoinmune (Insuficiencia ovárica primaria u otras).

En la literatura científica ya existen varios casos publicados sobre mortalidad asociada a la administración de la vacuna del virus del papiloma después de haber desarrollado una enfermedad autoinmune. También se han descrito una proporción mayor de enfermedades autoinmunes que con otras vacunas: Síndrome de Guillain-Barré, neuropatías desmielinizantes, lupus eritematoso sistémico, pancreatitis, vasculitis, púrpura trombocitopénica y hepatitis autoinmune. El efecto adverso más prevalente después de la administración de la vacuna es la enfermedad neurológica autoinmune con desmielinización atípica multifocal del cerebro y del sistema nervioso.

Los autores recomiendan que dada la baja incidencia del cáncer de cérvix y la necesidad de continuar realizando citologías repetidas para evitar la enfermedad, los profesionales valoren adecuadamente los riesgos y beneficios antes de recomendar la vacunación.

LAS MAMOGRAFÍAS PERIÓDICAS A EXAMEN:

¿superan realmente los beneficios a los perjuicios en el programa de cribado del cáncer de mama?



Guadalupe Martín Martín

Radiofísica Hospitalaria
upitamartin@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

En España fallecen unas 6.000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en nuestro país, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. Se estima que 1 de cada 8 mujeres (12%) desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida.

Es evidente que se trata de un problema sanitario grave, que justifica la intervención de las autoridades políticas y sanitarias para la implantación de programas de prevención del cáncer de mama. Con este objetivo se pusieron en marcha los programas de cribado mamográfico entre las décadas de los 70 y 80 en diversos países a nivel mundial, que consisten en realizar una prueba a las mujeres de un determinado rango de edad de riesgo, cada 2 o 3 años.

La mamografía, que es considerada como la prueba óptima para la detección precoz del cáncer de mama, cumpliría con el objetivo principal de ofrecer a estas mujeres un tratamien-

to precoz de su enfermedad. La efectividad de los programas de cribado quedaría demostrada por tanto, con la reducción de la mortalidad o del número de cánceres de estadios avanzados en la población cribada.

LA POLÉMICA SOBRE LOS BENEFICIOS DEL CRIBADO MAMOGRÁFICO

Desde la década de los 90 se empezó a cuestionar desde diversos foros científicos la supuesta efectividad de estos programas de cribado, aunque la comunidad científica internacional parecía aceptar de forma unánime sus beneficios. Se llevaron a cabo ocho ensayos clínicos aleatorios bien documentados, que incluían en total a una población de más de 600.000 mujeres de EEUU, Edimburgo, Escocia, Canadá y Suecia¹. La mitad de los ensayos se llevaron a cabo en Suecia y en particular, hubo uno especialmente influyente, que consistía en una revisión de los ensayos

suecos, que mostraba que los programas de cribado mamográfico disminuían la mortalidad por cáncer de mama en un 29% ². Pero en el año 1999, con la publicación de un novedoso artículo sobre el tema del cribado mamográfico, se puso de manifiesto un hecho sorprendente: en un estudio epidemiológico realizado en Suecia, país donde se había implantado el programa desde el año 1985, no se había encontrado reducción alguna en la mortalidad por cáncer de mama en la población cribada.

A pesar de las críticas que suscitó esta publicación, sirvió para reavivar la polémica sobre la efectividad de los programas de cribado mamográfico. En el año 2000, la iniciativa *Cochrane* (organización independiente internacional que analiza la evidencia científica), marcó el punto de inflexión al debate con la publicación en la revista *Lancet* ³, de una cuidadosa revisión sobre la metodología empleada en los estudios considerados los "pilares" para la implantación de los programas de cribado a nivel mundial. Su análisis mostraba que de los 8 ensayos clínicos analizados, 6 presentaban defectos de forma de tal magnitud que invalidaban sus resultados y los 2 únicos ensayos cuya metodología era correcta, una vez aislados del resto, tampoco reflejaban una reducción en la mortalidad por cáncer de mama.

Por otro lado, la *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*, otra reconocida organización de investigaciones independientes, identificó problemas similares en la revisión que realizó sobre la metodología de los 8 ensayos clínicos "pilares" del cribado ⁴. Estas dos revisiones sistemáticas, tanto la de la organización *Cochrane* actualizada en el año 2009 ⁵, como la de la *USPSTF*, encontraron un efecto en la mortalidad por cáncer de mama que fue solo la mitad del efecto notificado en la primera revisión sueca de 1993. Aún así, la revisión *Cochrane* reveló que estos porcentajes de alrededor del 15%, no tenían impacto en la mortalidad total si se expresa ésta en términos absolutos, y esto se debe a que el beneficio neto es muy pequeño: durante un periodo de 10 años, en torno a un 10% de mujeres con edades comprendidas entre 50-69 años morirán por cualquier causa, mientras que solo un 0.3% morirán por cáncer de mama en ese periodo. Aunque el cáncer de mama es una importante causa de muerte en las mujeres, la mayoría de las mujeres morirán por cualquier otra causa distinta (96-97%).

Además, expresar el efecto de la reducción del cáncer de mama en términos relativos, si no va acompañado de la información sobre el riesgo en términos absolutos, puede dar lugar a equívocos. Por ejemplo, la probabilidad de ser "salvada" de morir de cáncer de mama por participar en un pro-

grama de cribado durante 10 años expresada como un 33%, equivale en términos absolutos a decir que esta probabilidad de "salvarse" será de un 0.1%, o de un 0.05% en el caso de una reducción relativa del 15%.

Por lo tanto, **parece que las mujeres que se realizan una mamografía no viven más que las mujeres que no**. Desde que los ensayos aleatorios se llevaron a cabo, ha habido importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de mama. Esto significa que el efecto de la detección es menor en la actualidad. De hecho, recientemente estudios rigurosos sugieren que el cribado ya no es eficaz ⁶. En Dinamarca, por ejemplo, el cribado se introdujo en sólo dos regiones, que corresponden a una quinta parte de la población. A lo largo de 17 años, a las mujeres que vivían en el resto del país no se les ofreció cribado, y muy pocas de estas mujeres se habían realizado una mamografía. Las conclusiones del estudio fueron que la escasa disminución anual de la mortalidad por cáncer de mama registrada en el grupo de mujeres cribadas (reducción del 1%) no fue causada por el cribado mamográfico, sino por un mejor tratamiento ⁷. En otro estudio en el que se hizo una comparación de tres pares de países europeos vecinos que habían introducido el cribado mamográfico con 10-15 años de diferencia, no se mostró relación entre el inicio del programa y la reducción de la mortalidad por cáncer de mama ⁸. Lo mismo ocurrió en un estudio llevado a cabo en Almería, en el que no se encontró disminución de las muertes por cáncer de mama en la población cribada, desde que se implantó el programa en 1996 hasta el 2006 en que se realizó la evaluación ⁹. Un estudio australiano encontró que la mayoría, si no toda, de **la reducción de la mortalidad del cáncer de mama podría atribuirse a la mejora del tratamiento** (hormonal y quimioterapia) ¹⁰. Además, si con el cribado mamográfico no se reduce la incidencia de cánceres avanzados, entonces no es efectivo.

Una revisión sistemática de estudios de siete países mostró que **la tasa de cánceres de mama avanzados** (definidos como los tumores malignos de más de 20 milímetros) no **se vio afectada por el cribado** ¹¹

Entonces, si no se disminuye la mortalidad con los programas de cribado ni el número de cánceres en estadios avanzados, pero existe alrededor de un 20% más de diagnósticos de cánceres de mama en los países donde se han implantado estos programas (y en eso coinciden todas las publicaciones), ¿qué es lo que sucede con esos miles de casos de más detectados, que no habrían visto nunca la luz sin los programas de cribado, y que no contribuyen a disminuir la mortalidad ni los cánceres avanzados?

CARCINOMA DUCTAL IN SITU (CDIS) Y BIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

Para dar respuesta a esta pregunta primero hay que entender algo sobre la biología del cáncer de mama y su diagnóstico. Existe un tipo de cáncer de mama poco frecuente y por tanto poco estudiado, denominado carcinoma ductal in situ (CDIS), que es una lesión que puede que no progrese nunca a un cáncer de mama invasivo¹², y que no tendría efecto por tanto en la salud de la mujer que lo padezca a lo largo de su vida. El CDIS, que representa actualmente hasta un 25% del total de los cánceres de mama diagnosticados, suponía tan solo el 2-5% del total antes de la implantación de los programas de cribado. De hecho, este gran incremento de casos de CDIS diagnosticados se debe a la introducción de los programas de cribado, ya que el 85% de los CDIS se diagnostican por una mamografía¹².

Cuando se detecta esta lesión, que **puede no tener ningún efecto sobre la salud de la persona hasta en un 70% de los casos**, supone un dilema para el tratamiento clínico, ya que una vez confirmado el diagnóstico, se tratará siempre como si fuera un cáncer de mama invasivo y esto, tiene graves consecuencias para la mujer afectada. La persona diagnosticada con un CDIS, que hasta ahora era una mujer sana, se convierte en una paciente con cáncer de mama y todo lo que ello implica: tratamiento de cirugía conservadora seguida de radioterapia en la mayoría de los casos, e incluso, en algunas mujeres la realización de una mastectomía (alrededor de un 30% de los casos). Además, una vez detectado un cáncer de mama, la mujer diagnosticada tendrá que realizarse un "sinfín" de revisiones a lo largo de su vida, no exentas del estrés asociado a estas pruebas. La detección y tratamiento de estos tumores malignos, que no habrían causado ningún síntoma y por tanto no habrían sido descubiertos durante la vida de una mujer si no se hubiera sometido a las pruebas del cribado, es lo que se denomina **sobrediagnóstico** y **sobretratamiento**.

Como estos cánceres no habrían supuesto nunca un problema de salud para estas mujeres, su detección y posterior tratamiento solo pueden ser perjudiciales para la salud.

Por otro lado, aunque parezca inverosímil, también existe la posibilidad de que un cáncer invasivo remita espontáneamente. Así se ha demostrado en estudios de autopsias en los que se ha encontrado un número significativo de mujeres que murieron sin saber que tenían cáncer de mama invasivo¹³, y en diferentes estudios de la literatura científica¹⁴. En este sentido, se publicó un ingenioso estudio realizado en Noruega, país en donde el programa de cribado se fue introduciendo

paulatinamente en diferentes regiones. Esto permitió la comparación del número de cánceres de mama invasivos detectados en mujeres que se habían sometido solo a una ronda de cribado con respecto a las mujeres que se habían sometido a 3 rondas. Los dos grupos analizados estaban formados por mujeres del mismo rango de edad (50-64 años) que se encontraban en regiones colindantes, y con los mismos factores de riesgo asociados, por lo que era de esperar que el número de tumores de mama invasivos detectados en un periodo de 6 años fuera el mismo en ambos grupos. Sin embargo, el número de casos diagnosticados en el grupo que se había sometido a una única ronda de cribado fue de un 22% menor que en el otro grupo, en el que se habían realizado 3 rondas de cribado. La única explicación posible ante esta peculiar situación, fue que la mayor incidencia de cánceres invasivos encontrada en el grupo con mayor cribado fue debida a cánceres que habrían remitido espontáneamente en ausencia del cribado¹⁵.

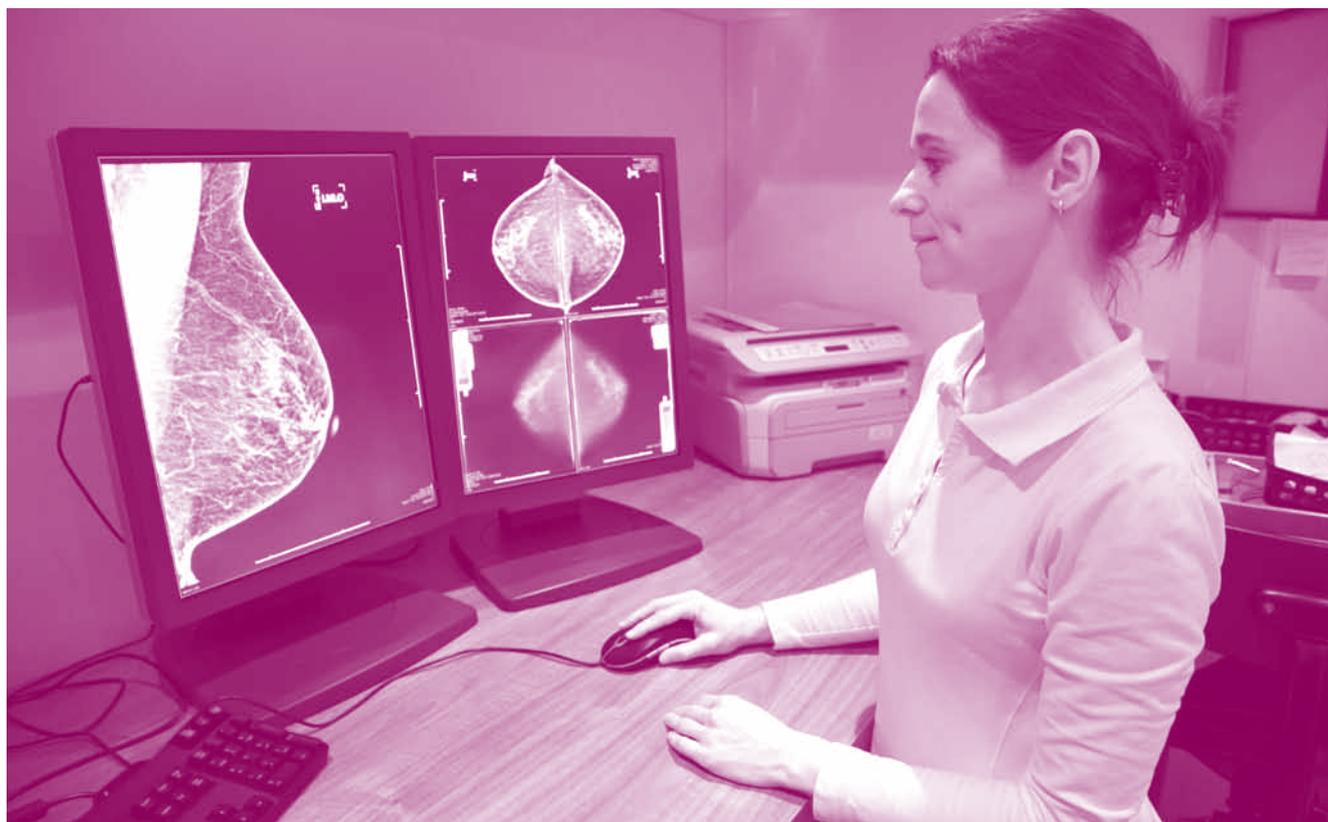
Este estudio, que fue criticado por grupos afines al cribado por su metodología, se repitió haciendo incidencia en los puntos cuestionados. Para ello se realizó un estudio más sólido, con una mayor población de Suecia, con un mayor rango de edades, con un seguimiento de mayor duración y teniendo en cuenta los efectos de la terapia hormonal sustitutiva, llegando a las mismas conclusiones que en el estudio anterior¹⁶.

En resumen, parece que el cribado ha conseguido un incremento importante de diagnósticos de CDIS y cánceres invasivos pequeños, mostrado tanto por investigaciones europeas¹⁷ como norteamericanas⁶, cuya detección precoz no ha llevado a un alargamiento de la vida de las pacientes.

SOBREDIAGNÓSTICO Y SOBRETAMIENTO

El sobrediagnóstico representa el daño más importante del cribado mamográfico y pone en cuestión la continuidad de estos programas. Algunos cánceres indolentes no producirían nunca síntomas ni siquiera en personas muy longevas. Aunque estas lesiones cumplieran todos los criterios patológicos del cáncer, se comportan de forma muy diferente, pero debido al cribado estos "cánceres" ahora se detectan y se tratan.

Su diagnóstico y tratamiento provoca los mismos perjuicios físicos y psicológicos que los cánceres sintomáticos. De hecho, se ha producido un aumento en los tratamientos de radioterapia para el cáncer de mama que ha sido proporcional al



aumento de diagnósticos debidos al cribado y que no es otro que el sobretatamiento de mujeres sanas con una terapia de graves consecuencias para su salud. La radioterapia, no solo es fuente de dolores agudos e irritación de la piel durante y tras la finalización del tratamiento, sino que también produce daños irreparables en algunos tejidos y vasos sanguíneos, además de producir un aumento de la mortalidad asociada a la toxicidad cardiopulmonar del tratamiento.

Además, por extraño que parezca, el adelantar la detección del cáncer de mama puede resultar desafortunado. Cuando se adelanta el diagnóstico sin que esto afecte al pronóstico, es decir, si la muerte se produce en el mismo momento que se hubiera producido de no haber sido detectada la enfermedad con esta antelación, el alargamiento de vida es solo aparente, y el resultado neto es que la paciente ha pasado más tiempo (meses o años) en tratamiento. Esto es lo que se denomina sesgo por latencia (del inglés "Lead Time bias") (figura 1).

El sobrediagnóstico en el cribado mamográfico tiene cada vez mayor aceptación como un problema significativo¹⁸⁻²¹, a pesar de la oposición que provoca en ciertos sectores²². Aunque algunas personas partidarias del cribado han reconocido que si hubiera sobrediagnóstico, este se debería solo a lesiones in situ y que el problema por tanto no sería muy grave, un estudio reciente para cuantificar el sobrediagnóstico debido exclusivamente al cáncer de mama invasivo, estimó que se salvarían 2 casos por cada caso sobrediagnosticad¹⁷. **Paradójicamente, las mujeres que experimentan el sobrediagnóstico y el sobretatamiento, creerán que el cribado ha salvado sus vidas, aunque la realidad es que habrán sufrido daños innecesarios en su salud.** Por ese motivo se da la circunstancia de que cuanto más sobrediagnóstico se registra, mayor aceptación tienen los programas de cribado.

ESTUDIO REVELADOR SOBRE EL PROGRAMA DE CRIBADO EN EEUU

Cualquiera que hiciera una búsqueda en la literatura científica sobre este tema, se vería perdida o perdido ante la infinidad de artículos que hay a favor y en contra del cribado mamográfico, y el debate de cifras generado en torno a la reducción de la

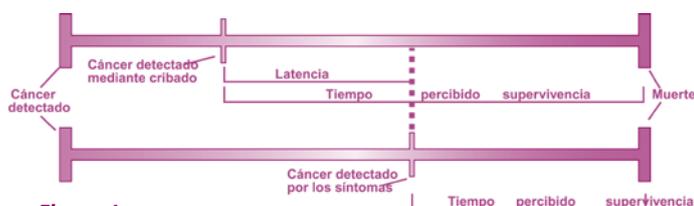


Figura 1: Sesgo por latencia en el cribado. Se da cuando el cáncer es detectado antes por el cribado, lo que aumenta el tiempo de supervivencia percibido, sin tener efecto alguno en el tiempo en el que se produce la muerte.



mortalidad y al sobrediagnóstico. No obstante, llama la atención que la mayoría de las publicaciones a favor del cribado están publicadas por grupos de interés, en revistas médicas especializadas relacionadas con el cribado, y muchos de los autores de estos artículos poseen conflictos de interés con estos programas²³. Pero como argumenta de forma convincente Manuel Vilches en su análisis sobre la polémica del cribado mamográfico²⁴, *"para resolver objetivamente este debate, sería necesario realizar un gigantesco ensayo que abarcara al menos treinta años y en el que se pudiera valorar el impacto poblacional del programa. Pero resulta que discutiendo y discutiendo, ¡ya han pasado esos treinta años! Y tenemos, no un ensayo, sino el experimento completo, con cientos de miles, millones de mujeres, cribadas durante largos periodos de tiempo. Esto es lo que el estudio de Bleyer y Welch²⁵ ha realizado con datos de mujeres de los EE UU de América, donde el programa lleva 30 años implantado (...). Los resultados demuestran que **más de un millón de mujeres han sido sobrediagnosticadas y sobretratadas** en estos 30 años, entre un 33 y un 22% de todos los cánceres de mama diagnosticados es ese periodo (...). En la discusión los autores recuerdan que a pesar de ello, la muerte por cáncer de mama ha decrecido en estos treinta años de forma muy importante, y debe atribuirse a la mayor efectividad de las nuevas terapias (...). Lo que hace a este artículo especialmente demoledor es, (...) que se trata de un estudio observacional de ámbito nacional, que abarca un largo periodo de tiempo, pacientes de toda índole y una gran variedad de protocolos, lo que hace sus resultados más próximos a lo que realmente ha ocurrido con la introducción de los programas. Es,*

como los propios autores señalan, una vista desde el espacio. (...) El artículo ha sido prontamente aplaudido pero también criticado, aunque de forma muy moderada, en una correspondencia reciente a la que los autores replican²⁶.

Los resultados del sobrediagnóstico en EEUU que muestra este estudio, servirían para justificar la retirada de un programa de prevención del cáncer de mama, que presente un nivel tan elevado de importantes efectos adversos para la salud. Esta misma conclusión, ya había sido planteada previamente desde el Centro Nórdico Cochrane: Peter Gotzsche, referente internacional en cuanto a estudios críticos sobre los programas de cribado mamográfico, manifestó tras un riguroso análisis sobre el tema, que *"si el cribado fuera un medicamento ya habría sido retirado del mercado. Por lo tanto, ¿cuál va a ser el primer país en detener su programa de cribado mamográfico?"²⁷.*

POSIBLES ALTERNATIVAS AL CRIBADO CON MAMOGRAFÍAS:

Si nos planteáramos una alternativa para la detección precoz del cáncer de mama que evitara las mamografías y sus consecuencias desfavorables, podríamos valorar otras tecnologías de imagen, como es el caso de la resonancia magnética nuclear (RMN), que permite la detección de lesiones incluso más pequeñas sin necesidad de irradiar la mama. Aunque es tentador pensar que esto mejoraría el cribado por su capacidad de de-

tectar el cáncer de forma más precoz todavía, los beneficios no están claros. La posibilidad de detectar lesiones cada vez más pequeñas podría dar lugar a un incremento en la detección de lesiones no dañinas para la salud y su consiguiente seguimiento, además de un aumento de sobrediagnóstico²⁸.

En cuanto a otras posibles alternativas, parece que los marcadores genéticos podrían ser la solución para diferenciar la agresividad de los tumores malignos de mama, con el fin de ofrecer un tratamiento individualizado para cada paciente. Sin embargo, todavía no se ha desarrollado ninguno y su posible beneficio ha sido ya puesto en duda: si pudiéramos llegar al punto en el que se le comunicara a una paciente, por ejemplo, "su tumor se convertirá en agresivo en 10-14 años", esto tampoco reduciría el sobrediagnóstico, ya que la mayoría de las mujeres elegirían tratarse lo antes posible ante la presencia de un cáncer en su organismo²⁸. Además, conviene señalar el caso del cribado del cáncer de próstata, para el que sí existe un marcador tumoral (el conocido PSA). Este programa ha sido cuestionado precisamente, por el sobrediagnóstico y sobretratamiento que provoca, y ya existen varias guías internacionales con recomendaciones en contra de él^{29,30}.

Según la Coalición para el Cáncer de Mama Norteamericana (*National Breast Cancer Coalition*), **la mejor "línea de ataque" para poner fin a esta enfermedad, no es la de la detección temprana, sino la de dirigir la investigación a su prevención y a cómo evitar que la enfermedad se propague a otras partes del organismo**. No hay que olvidar que la mayoría de las muertes por cáncer de mama no se deben al tumor primario. En un 90% de los casos la muerte se produce por la propagación de la enfermedad a otros órganos como huesos, pulmones y cerebro. En este sentido, un grupo de investigación nacional, ha publicado recientemente un estudio sobre una nueva vía de ataque para frenar el crecimiento de tumores cerebrales³¹. Mediante experimentos realizados con ratones, han conseguido bloquear la proteína responsable del crecimiento de estos tumores. Señalan además, que los resultados constituyen un punto de partida muy importante para el diseño de nuevas estrategias terapéuticas para los tumores cerebrales, que podría hacerse extensivo a tumores de pulmón y de mama.

En definitiva, aunque ninguna guía internacional sobre cribado de cáncer de mama haya desaconsejado estos programas, muchas de ellas ya han incorporado importantes cambios, como la retirada del programa para mujeres menores de 50 años y unas recomendaciones más equilibradas y acordes con la nueva evidencia científica³². Algunas de

estas guías además, desaconsejan la autoexploración rutinaria de las mamas, tanto por las propias mujeres como por profesionales de la salud, y la RMN como cribado rutinario para el cáncer de mama. Para el caso de las mujeres con factores de alto riesgo para padecer esta enfermedad, para las que pudiera parecer justificado el programa de cribado, ya **ha sido publicado un estudio sobre el aumento del riesgo de cáncer radioinducido** en este grupo, **debido a la radiación de las mamografías**³³. En estas mujeres, en las que se empieza el cribado a edades más tempranas y con mayor periodicidad, se incrementará el riesgo de falsos positivos y posiblemente de sobrediagnósticos. Por tanto, antes de tomar una decisión sobre la conveniencia del programa de cribado en el grupo de mujeres de alto riesgo, deberían hacerse estudios aleatorios consistentes que mostrasen su beneficio para este grupo²⁸.

Parece razonable entonces, que mientras no poseamos otras herramientas menos dañinas para la salud de las mujeres, el descubrimiento del cáncer de mama durante las actividades de la vida diaria como la ducha, vestirse, etc, podría ser quizás una forma sensata de detectarlo.

CONCLUSIÓN

La implementación de los programas de cribado mamográfico está basada en estudios de hace más de 30 años, cuyos resultados sobrestimaron los beneficios y no mencionaron el perjuicio más importante, el sobrediagnóstico o diagnóstico de cáncer de mama en mujeres sanas.

El sobrediagnóstico es un hecho constatado en los programas de cribado, que cuestiona seriamente la justificación de un programa de prevención de la salud, en el que la máxima debería ser "*primum non nocere*" (Lo primero es no hacer daño). Aunque el nivel de sobrediagnóstico es un asunto sometido actualmente a debate por la comunidad científica, es fundamental la re-evaluación de la justificación de los programas de cribado, en los que los beneficios son pequeños y los daños son numerosos e importantes, y en particular, cuando nuevas evidencias contradicen las creencias previas bajo las que se implantaron dichos programas.

Ningún país ha retirado todavía sus programas de cribado mamográfico del cáncer de mama, aún así, cada vez son más los estudios científicos publicados que denuncian los perjuicios de estos programas y que cuestionan la justificación de su continuidad.

Referencias:

- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD001877 (available at www.cochrane.dk).
- Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993;341:973–8.
- Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable?. *The Lancet*. 355: 129-1333. 2000.
- Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(5 Part 1):347–60.
- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD001877 (available at www.cochrane.dk).
- Jørgensen KJ, Keen JD, Gøtzsche PC. Is mammographic screening justifiable considering its substantial overdiagnosis rate and minor effect on mortality? *Radiology* 2011;260:621-6.
- Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.
- Autier P, Boniol M, Gavin A, et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2011;343:d4411.
- José Luis Díez Vigil. Evaluación y análisis del programa de detección precoz de cáncer de mama y de los carcinomas de intervalo en el distrito de Almería entre los años 1995 y 2006 (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Medicina 2010. Disponible en <http://hera.ugr.es/tesisugr/18895657.pdf>
- Burton RC, Bell RJ, Thiagarajah G, et al. Adjuvant therapy, not mammographic screening, accounts for most of the observed breast cancer specific mortality reductions in Australian women since the national screening program began in 1991. *Breast Cancer Res Treat*. Epub 2011 Sep 29.
- Autier P, Boniol M, Middleton R, et al. Advanced breast cancer incidence following population based mammographic screening. *Ann Oncol* 2011;20.
- Anita Bane. Ductal Carcinoma In Situ: What the Pathologist Needs to Know and Why. Anita Bane. *International Journal of Breast Cancer* Volume 2013, Article ID 914053, 7 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/914053>
- Welch HG, Black WC. Using autopsy series to estimate the disease “reservoir” for ductal carcinoma in situ of the breast: how much more breast cancer can we find?. *Ann Intern Med*. 1997 Dec 1;127(11):1023-8.
- Larsen SU, Rose C. [Spontaneous remission of breast cancer: a literature review]. *Ugeskr Laeger*: 1999;161:4001-4.
- Zahl PH, Mæhlen J, Welch HG. The natural history of breast cancers detected by screening mammography. *Arch Intern Med* 2008;168:2311-6.
- Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancer detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol* 2011 doi:10.1016/S1470-2045(11)70250-9.
- Duffy SW, Tabar L, Olsen AH, Vitak B, Allgood PC, Chen THH, Yen AMF, Smith RA. Absolute numbers of lives saved and overdiagnosis in breast cancer screening, from a randomised trial, and from the Breast Screening Programme in England. *J Med Screen* 2010;17:25-30.
- Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking Screening for Breast Cancer and Prostate Cancer. *JAMA* 2009;302:1685-92.
- Welch GH. Should I be tested for cancer? California: University of California Press, Ltd; 2004.
- McNeil C. Magnitude of Overdiagnosis in Cancer Indicate Need for Strategies to Address the Problem. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:583.
- Welch GH, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:605-13.
- Kopans D. Why the critics of screening mammography are wrong. They distort data, rely on weak evidence, but refuse to defend when challenged. *Diagnostic Imaging* 2009;31:1-7.
- Rasmussen K, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Citations of scientific results and conflicts of interest: the case of mammography screening. *Rasmussen KEvid Based Med*. 2013 Jun;18(3):83-9.
- M vilches. *Revista de Física Médica* 2013;14(1). Revisión de artículos.
- A. Bleyer and H. G. Welch. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *N Engl J Med* 2012; 367:1998-2005.
- Bleyer A, Welch HG. Effect of screening mammography on breast cancer incidence. *The New England journal of medicine*. 2013;368(7):679.
- Peter C. Gøtzsche. Time to stop mammography screening. *CMAJ*, 2011. 183 (17).
- K.J. Jørgensen. Mammography screening. Benefits, harms, and informed choice. *Dan Med J*. 2013 Apr;60(4):B4614.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Available at: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/draftrec3.htm>.
- Borre M, Andersen JR, Iversen P. [Screening for prostate cancer – what does the evidence and the Danish Urological Society say?]. Available at: http://www.urologi.dk/rapporter/prostatacancer/PC_screening_sst_2008.pdf.
- Natividad Pozo et al. Inhibition of DYRK1A destabilizes EGFR and reduces EGFR-dependent glioblastoma growth. *J Clin Invest*. 2013;123(6):2475–2487
- Tria Tirona M. Breast cancer screening update. *Am Fam Physician*. 2013 Feb 15;87(4):274-8.
- Berrington de Gonzalez A, Berg CD, Visvanathan K, Robson M. Estimated risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening for young BRCA mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 2010;101:205-9

CONTENIDO DE LAS INVITACIONES A LOS PROGRAMAS DE CRIBADO MAMOGRÁFICO

Guadalupe Martín Martín

La mayor parte de los programas de cribado utilizan como método de invitación el envío de una carta personalizada, acompañada en muchos casos de un folleto informativo. Al tratarse de una prueba de prevención, en la que la mayoría de las mujeres que participan en el programa no padecen un cáncer de mama en el momento de la prueba y no obtienen por tanto ningún beneficio para su salud, deberían de quedar muy claros tanto los beneficios como los efectos adversos del programa, para que las mujeres puedan tomar una decisión informada de participación en él.

Sin embargo, la personas responsables de los programas de cribado son generalmente las encargadas de proporcionar esta información a las participantes y aquí estriba el potencial conflicto de intereses: para el éxito de estos programas es necesaria una alta participación de la población diana y la información sobre los posibles daños derivados de las pruebas puede reducir el nivel de participación.

Estos efectos adversos asociados a las pruebas del cribado incluyen el dolor y la radiación de la mama debidos a la mamografía, los cánceres de intervalo (que son aquellos que se detectan en el intervalo de tiempo entre un resultado negativo de una prueba de cribado y la siguiente cita), los resultados de falsos positivos y falsos negativos, y la posibilidad de sobrediagnóstico y sobretratamiento (1). Si analizamos cada uno de estos efectos, que a simple vista pueden parecer de escasa relevancia frente a la posibilidad de salvar vidas gracias al cribado, convendría apuntar lo siguiente:

- La mamografía en si, **resulta dolorosa** para al menos un tercio de las mujeres que se someten a la prueba.
- Aunque no se conoce el impacto exacto de la inducción del cáncer de mama producido por la radiación de las mamografías, existen estudios que muestran un pequeño, pero no insignificante, **riesgo de cáncer radioinducido** por el cribado (2,3).
- Un resultado normal en el cribado puede producir en las mujeres un exceso de confianza que le haga no consultar la aparición de determinados síntomas sugerentes de presencia de cáncer y por tanto, retrasar su diagnóstico. Se da la circunstancia, de que hasta un 50% de los cánceres detectados en mujeres participantes en programas de cribado, se detectan entre dos rondas de cribado (**cáncer de intervalo**). La consecuencia más importante del cáncer de intervalo es el retraso diagnóstico y terapéutico (4). Además, los tumores de rápido crecimiento y más agresivos son los que tienen mayor probabilidad de aparecer precisamente entre dos rondas de cribado (5). Los resultados de **falsos negativos**, que son cánceres que debido a su pequeño tamaño o a otras circunstancias pasan desapercibidos cuando se realiza la mamografía, también conllevan un retraso en el diagnóstico aunque esto ocurra con poca frecuencia.
- Cuando en la mamografía se detecta una lesión sospechosa de ser cáncer de mama que después no lo es, es lo que se denomina **falso positivo**. Este resultado implica la realización de más pruebas, algunas de ellas invasivas, para descartar la enfermedad. Las mujeres a las que se les ha detectado un falso positivo y tienen que esperar para saber si tienen o no cáncer, pueden experimentar una tensión psicológica grave. De hecho, un estudio reveló que el 37% de las mujeres que fueron re-examinadas por un falso positivo en el cribado, definieron el intervalo entre ambas exploraciones como "muy aterrador" o el "periodo más aterrador de sus vidas" (6). Los porcentajes de falsos positivos en el cribado varían según los estudios y países, pero las cifras aportadas, incluso por los grupos partidarios del cribado, no son precisamente bajas: la última evaluación (del año 2013) del grupo de trabajo europeo de cribado del cáncer de mama señala que un 20% de las mujeres que completan el programa de cribado tendrán un resultado de falso positivo (7). En EEUU, país donde el cribado comenzaba a los 40 años, en lugar de a los 50 como en la mayoría de países europeos, se calculó que hasta un 49% de mujeres sanas habían sufrido

una falsa alarma después de completar 10 rondas del programa (8). A nivel nacional, un estudio realizado en Barcelona con más de 8.000 mujeres sometidas al programa de cribado, reveló que una de cada 3 mujeres que completaran el programa desde los 50 hasta los 69 años, serían llamadas al menos una vez para comunicarles un falso positivo.

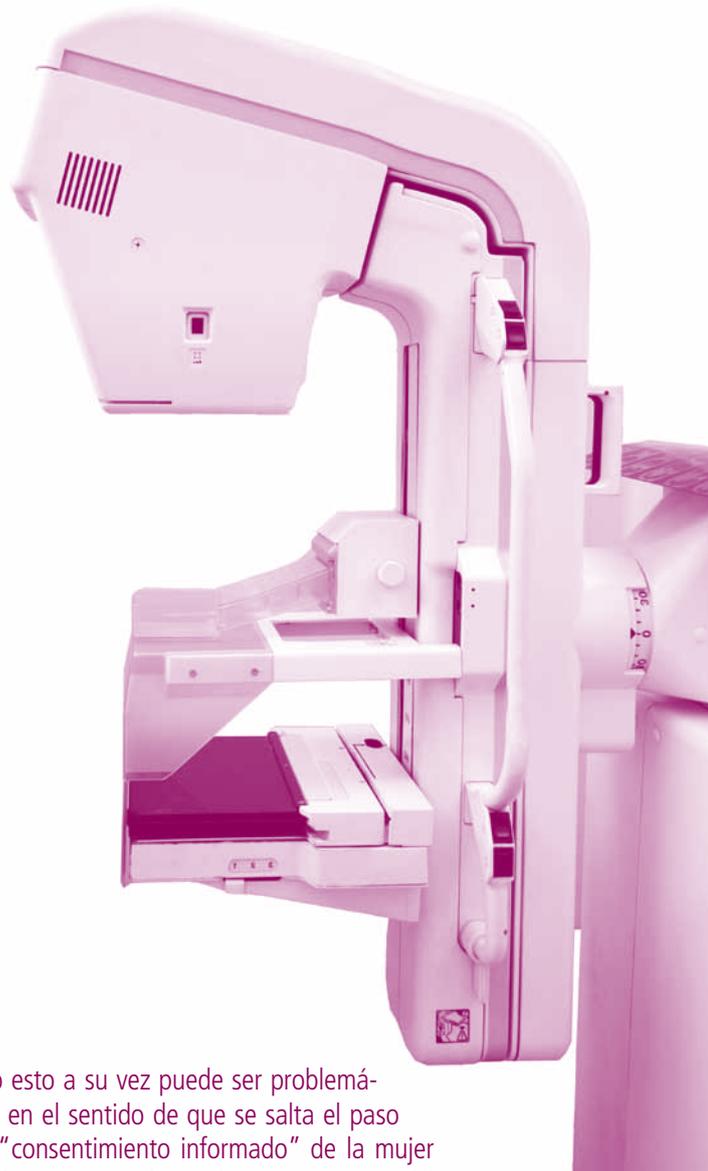
- En cuanto al **sobrediagnóstico** y **sobretratamiento**, que se considera el mayor perjuicio del cribado por sus graves consecuencias para la salud, hasta los partidarios del cribado aportan cifras, cuanto menos, preocupantes: La última evaluación del grupo de trabajo europeo del cribado mamográfico (7), reveló que por cada 2.000 mujeres cribadas cada 2 años durante un periodo de 20 años, 8 mujeres sanas serán diagnosticadas (y tratadas) de cáncer de mama, y entre 14 y 18 salvarán sus vidas. En contraposición, la revisión independiente Cochrane actualizada (9), sostiene que por cada 2000 mujeres que participen en un programa de cribado durante 10 años, una salvará su vida y 10 mujeres sanas serán diagnosticadas (y tratadas) de cáncer de mama.

En cuanto al contenido del material informativo que se emplea para invitar a las participantes en los programas de cribado, una revisión de 7 países en los que se había implantado el programa de cribado mamográfico (10), mostró que ninguno de los folletos informativos mencionaba el mayor daño del programa, el sobrediagnóstico. Con respecto a nuestro país, según la evaluación publicada en el año 2009 por el Ministerio de Ciencia e Innovación sobre la información facilitada a las usuarias de los programas de cribado de cáncer de mama en España, en ningún material informativo se hacía referencia a la posibilidad de sobrediagnóstico o sobretratamiento, ni al porcentaje de falsos positivos, y únicamente un folleto hacía referencia al porcentaje de falsos negativos.

Según apunta Teresa Queiro (1), una de las coordinadoras de este informe, *"parece que el contenido del material informativo de los programas se ajusta más al fomento de la participación, en un modelo de toma de decisión paternalista. Los programas deben hacer un esfuerzo para adecuar su información a un modelo de información equilibrada, en la que se incluyan tanto los aspectos positivos como los negativos del cribado, que ayude a las mujeres a tomar una decisión informada de participar en el programa"*.

Tras esta evaluación, algunos folletos han incluido información sobre los efectos adversos del programa, como el folleto de Asturias y Barcelona, en los que se explica el número de falsos positivos con figuras ilustrativas, pero la mayoría siguen omitiendo los aspectos negativos del cribado, y ninguno informa sobre el sobrediagnóstico dando datos sobre su alcance y consecuencias.

Por otro lado, también se ha visto que la participación en los programas aumenta cuando se asigna una fecha para la cita.



Pero esto a su vez puede ser problemático, en el sentido de que se salta el paso del "consentimiento informado" de la mujer implicada y da la impresión de que la participación en el programa es una obligación pública. Según la organización independiente *Cochrane*, el material informativo debería incluir el mensaje de que no participar en el programa de cribado mamográfico puede estar basado en un razonamiento sólido y no es un acto irresponsable. Además, consideran que el consentimiento informado de la participante, se debería realizar tras una discusión con el médico de familia, en lugar de mediante información en una invitación al programa. Sugieren además, que los responsables del material informativo del programa de cribado no deberían ser los mismos que los responsables del mismo, y que las asociaciones de consumidores deberían participar en el proceso de elaboración de un material informativo equilibrado.

En vista de la falta de existencia de folletos con información equilibrada de los programas de cribado, el Centro Nórdico *Cochrane*, decidió publicar su propio folleto informativo, al que se ha referido el Centro de EE.UU. para los Usuarios de Servicios Médicos, como "la primera información honesta sobre mamografía escrita por profesionales de la salud" y ya ha sido traducido a 13 idiomas (19).

Cuadro 1: Resumen del folleto informativo de la organización Cochrane

Principales beneficios y daños para la salud, asumiendo una reducción de la mortalidad del cáncer de mama del 15% y un sobrediagnóstico del 30%

Si se realiza el cribado mamográfico a 2.000 mujeres de forma periódica durante 10 años:

- Se evitará la muerte de 1 mujer por cáncer de mama.
- 10 mujeres sanas, que no habrían sido diagnosticadas de cáncer de mama sin el cribado, serán diagnosticadas de cáncer de mama y tratadas innecesariamente; a 4 de ellas se les extirpará la mama, a 6 se les realizará cirugía conservadora y la mayoría recibirá tratamiento de radioterapia.
- 1800 estarán vivas después de 10 años. Sin el cribado 1799 estarán vivas.

Otros puntos de interés:

De 2.000 mujeres europeas que participen en 10 rondas de cribado:

- 500 serán llamadas para realizarse más pruebas para descartar cáncer de mama; a unas 125 mujeres se les realizará una biopsia.
- 200 sufrirán ansiedad durante varios meses debido a un resultado de falso positivo

El cribado puede dar una sensación falsa de seguridad. Hasta el 50% de los cánceres detectados en mujeres participantes en programas de cribado, son diagnosticados entre 2 rondas de cribado, y estos cánceres de intervalo son los más peligrosos.

La mamografía es una prueba dolorosa en aproximadamente un tercio de las mujeres.

En este contexto, se explica que la directora del programa de cribado de cáncer de mama de Noruega, Mette Kalager, presentara la dimisión de su cargo alegando que *“no podía defender la dirección de un programa de cribado del cáncer de mama en el que ella misma no participaría”*.

CONCLUSIÓN

La información aportada en las invitaciones al programa, se rige más por el objetivo de aumentar la participación de las usuarias, que por la aportación de una información equilibrada con los beneficios y perjuicios de este, no permitiendo a las mujeres tomar sus propias decisiones informadas al respecto. El folleto informativo y las cartas de invitación al programa deberían ser realizados por organizaciones independientes de los responsables del programa, para asegurar a las usuarias una información objetiva sobre los daños más importantes del programa.

Se debería dejar claro a las participantes que el cribado puede que no reduzca el riesgo de morir por cáncer de mama, que la participación en él aumenta considerablemente el riesgo de ser diagnosticada de esta enfermedad y de que se le realice una mastectomía, y que abstenerse del cribado puede ser por tanto una decisión sensata para muchas mujeres.

AGRADECIMIENTOS:

A Damian Guirado, por su apoyo con el material aportado sobre el programa de cribado de Granada y otra interesante documentación. A Manuel Vilches, por compartir conmigo diversos artículos científicos y su lúcida reflexión sobre el tema. A Margarita Chevalier, por su contribución como experta en el tema de las mamografías, en particular, sobre el cáncer radioinducido. A todas las mujeres profesionales de la salud de la red CAPS que me han enviado información sobre los programas de cribado de las distintas CCAA.

Referencias:

1. Maleficencia en los programas de prevención. Cuaderno 24 de la Fundacio Víctor grifols i Lucas. ISBN 978-84-693-7951-6.
2. Guirado D, Vilches M. ¿Está justificado el cribado mamográfico? Radiología. 2002;44(2):61-64.
3. R. Edward Hendrick. Radiation Doses and Cancer Risks from Breast Imaging Studies. Radiology: 257(1) 2010.
4. Nys, T. R. «Public Health Paternalism», Public Health Ethics, 1(1), 2008, págs. 64-72
5. Welch GH. Should I be tested for cancer? California: University of California Press, Ltd; 2004.
6. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations [monografía en internet]. Londres: General Medical Council, 1998
7. Paci E, EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen. 2012;19 (Suppl. 1):5–13.
8. Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, et al. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med 1998;338:1089–96.
9. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2009;4:CD001877 (available at www.cochrane.dk).
10. Jorgensen, K., y Gotzsche, P. «Content of invitations for publicly founded screening mammography», BMJ, 332, 2006, págs. 538-41.
11. Peter C. Gøtzsche et al. La mamografía como método de cribado para detectar el cáncer de mama. Disponible en: <http://www.cochrane.dk/screening/mamografia-es.pdf>
12. Guirado D, Vilches M. ¿Está justificado el cribado mamográfico? Radiología. 2002;44(2):61-64.
13. R. Edward Hendrick. Radiation Doses and Cancer Risks from Breast Imaging Studies. Radiology: 257(1) 2010.
14. Nys, T. R. «Public Health Paternalism», Public Health Ethics, 1(1), 2008, págs. 64-72
15. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations [monografía en internet]. Londres: General Medical Council, 1998
16. Paci E, EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancerservice screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harmbalance sheet. J Med Screen. 2012;19 (Suppl. 1):5–13.
17. Jorgensen, K., y Gotzsche, P. «Content of invitations for publicly founded screening mammography», BMJ, 332, 2006, págs. 538-41.
18. Peter C. Gøtzsche et al. LA MAMOGRAFÍA COMO MÉTODO DE CRIBADO PARA DETECTAR EL CÁNCER DE MAMA. Disponible en: <http://www.cochrane.dk/screening/mamografia-es.pdf>



Ana Porroche

Socióloga, Investigadora

anaporroche2000@yahoo.es

LUCES Y SOMBRAS de La reconstrucción mamaria

Este artículo es una reacción visceral a la cosificación y mercantilización de los pechos en los casos de cáncer de mama

Hace poco una foto sensual de Angelina Jolie acaparaba las portadas de la prensa rosa británica. El titular de una de esas portadas curioseaba con tono dramático sobre si la actriz se sometería al bisturí para extirparse los ovarios con el objetivo de "prevenir" su cáncer de mama. La manera en la que el titular estaba redactado denotaba preocupación sobre cómo esta operación podría afectar su atractivo sexual. La obsesión social sobre el 'devenir' de la imagen corporal de la actriz ya quedó de manifiesto el pasado mes de mayo, cuando anunció públicamente su decisión de someterse a una mastectomía profiláctica bilateral. Portada tras portada se elogiaba su figura atractiva y la valentía de su decisión. Artículo tras artículo se especulaba con las diferentes opciones quirúrgicas disponibles para reconstruir los pechos. Su marido Brad Pitt también acaparaba parte de las noticias, pero por motivos distintos: por no huir ante el riesgo de cáncer y la inminente mutilación de Angelina. La descripción del comportamiento de Brad Pitt evoca las imágenes de un mártir con doble efecto: no solo idealiza su conducta como si fuese la excepción entre los hombres - y no la actitud que se espera de un compañero en tiempos de adversidad- sino que refuerza la creencia social de que la

mastectomía es una mutilación de la feminidad.

Lo que me produce malestar alrededor de la cobertura mediática del caso Jolie es que se escribió muy poco sobre las posibles complicaciones de la reconstrucción mamaria a corto y largo plazo. También se escribió poco sobre el dolor físico de la cirugía, y sobre el posible impacto emocional y psicológico que la decisión podría tener en el bienestar de la actriz. Mucho menos se planteó la posibilidad de que esos pechos pudieran ser una fuente encarnada de placer sexual para la actriz que unas prótesis no pueden reemplazar. La posibilidad de *no*-someterse a una reconstrucción mamaria quedó fuera de toda discusión.

En este artículo no es mi intención juzgar la decisión de la actriz para someterse a una mastectomía bilateral; solo ella sabe lo difícil, dolorosa o lo meditada que ha podido ser; mucho menos pretendo trivializar los aspectos terapéuticos. Al contrario, uno de los objetivos de esta reflexión es recordar cómo para muchas mujeres las prótesis sí que son unos elementos fundamentales para restaurar la imagen fisiológica en términos de simetría, totalidad e integridad. También pueden ser terapéuticas porque ayudan a minimizar la ansiedad sobre la imagen corporal y restauran la feminidad. Sin embargo, otra de las características que me interesa resaltar, evidentes en parte importante de prácticas médicas

profesionales, es la cosificación y mercantilización de los pechos.

LOS DUELOS

Con frecuencia pensamos que una de las mayores tragedias de haber sido diagnosticada de cáncer es la posibilidad de perder un pecho, ya que, como he dicho, se entiende socialmente como una mutilación de la feminidad; pero lo cierto es que la mastectomía puede someter a algunas mujeres (y hombres) a múltiples procesos de duelo.

Dos tipos de duelo asumidos en el imaginario colectivo son: (a) el sentimiento de pérdida de un órgano esencial para sentirse cómoda en el propio cuerpo. Aquí la imagen corporal no está tan relacionada con la belleza sexual sino con el sentimiento de estar, ser y sentirse una persona "completa" y sana; es decir, que la mastectomía constituye una amenaza a la vivencia de la integridad. (b) El sentimiento de pérdida de una parte del cuerpo clave para expresar la sensualidad al mundo exterior. Para algunas mujeres la reconstrucción mamaria puede ser una herramienta poderosa para resolver este tipo de duelos; para muchas otras, no. Me gustaría hacer hincapié en que esta experiencia terapéutica no es generalizable al conjunto de todas las mujeres, sino que depende de la personalidad de cada una y de su entorno. Esto significa que este modelo terapéutico no debe prescribirse de

manera sistemática, y mucho menos impositiva en la consulta médica, en la habitación del hospital o durante la sesión psicológica.

Según Cathie Malhouitre, co-fundadora de la asociación francesa de cáncer de mama *Au Sein de sa Différence*, este problema crónico se puede solucionar con un enfoque pedagógico en el tratamiento del cáncer de mama. Según la autora, la centralidad del pecho en el paradigma oncológico es lo que hace que sea uno de los principales puntos controvertidos en el trato/tratamiento del cáncer de mama. Por un lado la mama se considera socialmente como un órgano valioso e identitario para muchas mujeres y por eso se quiere cuidar pero, al mismo tiempo, esta práctica profesional se ve influida por años de aculturación médica, que hace que asignemos propiedades milagrosas a los avances tecnológicos, combinado con una mirada androcéntrica sobre la sexualidad de las mujeres, y con la obsesión de los cirujanos por alcanzar un ideal de belleza estética.

Malhouitre explica que muchos profesionales perciben los torsos mastectomizados y planos como un doble fracaso: no han podido prevenir la extirpación del pecho, ni han conseguido devolver la feminidad a las mujeres. Malhouitre es pionera de un proyecto en el que se trabaja con diferentes profesionales de oncología para reflexionar sobre el rol de los expertos en el proceso terapéutico. Se propone un modelo basado en la idea de que el profesional más que imponer soluciones, es un facilitador en el proceso de toma de decisiones. Es decir, considera que la mejor manera de ayudar a la paciente es presentando todas las opciones terapéuticas -incluyendo la lista de pros y contras de cada uno-, de manera clara, sencilla y equilibrada. Entre éstas opciones está incluida la no-reconstrucción como una posibilidad

real. Un segundo aspecto que se aborda con los profesionales es la idea de que las mujeres no deben considerarse ni como víctimas de la feminidad ni de la mastectomía, sino como agentes que toman decisiones y son capaces de resistir y redefinir lo que consideran un cuerpo completo, bonito y sano. Es decir, tanto la reconstrucción como la no-reconstrucción, y el no llevar prótesis mamarias, son opciones perfectamente legítimas, independientemente de la edad de la mujer, del estado civil, de la orientación sexual, etc.

Pero la mastectomía puede desencadenar otro tipo de duelos sobre los que se ha reflexionado poco desde una perspectiva crítica. Precisamente, parte del problema del eslogan "salvar las mamas" que utilizan algunas organizaciones que trabajan con cáncer de mama es que reduce la identidad corporal a la imagen corporal, al sentido de la vista. Los pechos se perciben socialmente como meros objetos sexuales para agradar al otro, y como tal se considera que pueden ser reemplazados fácilmente. No solo eso, determinados expertos dan por hecho que "no hay mal que por bien no venga" y presentan la cirugía como una ocasión excepcional para mejorar estéticamente el pecho de las mujeres. Esto es a lo que yo llamo cosificación y mercantilización de los pechos, ya que el pecho se considera un objeto para el consumo masculino. La idea de que los pechos pueden ser una fuente genuina de placer físico y erotismo, que sienten y experimentan el mundo exterior, es inconcebible y percibida como radical. Sin embargo, este tipo de sentimiento forma parte de la vivencia cotidiana de muchas mujeres.

LOS MITOS

En nuestra torpeza para comprender el impacto de la cirugía en el bienestar de



www.absoletelysafe.com

las mujeres se conjugan dos mitos que yo percibo como claves:

El mito que reduce la sexualidad de la mujer a su belleza física

Este primer mito se sustenta en la creencia de que *todas* las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama están ansiosas porque la pérdida del pecho puede dañar gravemente su atractivo sexual. Se asume que alcanzar el ideal de belleza establecido por los cánones femeninos equivale a una buena sexualidad, de manera que no debe resultarnos extraño que determinados profesionales de la salud, asociaciones de afectadas, psicólogas, y algunas mujeres afectadas describan la mastectomía como el fin de la vida sexual. Esto explica en parte que el monopolio en la investigación "social" sobre el cáncer de mama se centre en el impacto de la mastectomía en la subjetividad femenina: ya sea para comprender las repercusiones en la vida sexual de las mujeres o para repensar abordajes terapéuticos que suelen estar centrados en la promoción de las prótesis o cirugía de reconstrucción; o en terapias psicológicas para que las mujeres se "pongan guapas y se sientan bien".

Indudablemente cuatro problemas se derivan de este primer mito. Uno, este énfasis por "normalizar" el cuerpo envía y refuerza el mensaje de que los cuerpos mastectomizados son monstruosos y repulsivos. Dos, la sexualidad de las mujeres es compleja, y aunque

pueda tener un componente psicológico relacionado con la autoestima, hay otros muchos factores que pueden inhibir el apetito sexual, por ejemplo el dolor en la zona radiada, la reducción de la libido a consecuencia de los tratamientos o simplemente tristeza o rabia ante la pérdida. Estas prácticas han contribuido a medicalizar y psicologizar determinados duelos que no encajan con las expectativas sociales.

Esta tendencia medicalizadora de la sexualidad me lleva directamente al tercer problema. Con frecuencia aquellas mujeres que resisten presiones sociales y médicas para reconstruirse o para disimular la carencia del pecho tienen que defenderse de etiquetas y reacciones que las acusan de machorras, anti-eróticas, repulsivas o negativas. Activistas y escritoras como Lorde o Matuschka se lamentaron en más de una ocasión de que la función de las prótesis más que un invento para mejorar el bienestar de la persona afectada, es un invento para mitigar la incomodidad de los demás, pues muchas personas no saben como reaccionar cuando tienen delante un paciente con cáncer.

Por último, una sociedad que pone tanto énfasis en la belleza (de los pechos), paradójicamente, no deja espacio para llorar la pérdida de una supuesta fuente tan importante de orgullo para esas mujeres. Según Lorde y Matuschka la presión social para reconstruirse y ocultar la "carencia" puede dificultar que las mujeres superen la pérdida al bloquear el proceso de duelo. La reconstrucción mamaria el mismo día de la mastectomía pretende silenciar emociones como la rabia, el miedo, la tristeza o la inseguridad en el cuerpo de una misma; arrebatada el tiempo necesario para resolver la pérdida, proceso que conlleva asimilación y aceptación del nuevo cuerpo, así como

redescubrimiento y adaptación. Con semejante obsesión por "restaurar" la normalidad no es sorprendente que muchas mujeres puedan sentirse temerosas de desvelar sus emociones por miedo a ser tildadas de vanidosas o negativas.

El mito que sostiene que las únicas funciones de los pechos son las de lactancia y la decorativa para estimular a los hombres

La creencia heteronormativa y androcéntrica de que el pecho tiene una función decorativa, está tan arraigada, que Dorothy Broom ha definido las reconstrucciones mamarias como "dildos"¹. Broom argumenta que el principal objetivo de las prótesis es restaurar la belleza para satisfacer las fantasías y necesidades sexuales del otro. Hace más de una década que Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (2000, 1993) nos alertaron de que algunos profesionales de la salud animaban (por no decir presionaban) a las mujeres a hacerse una reconstrucción en el mismo día que la mastectomía. Tampoco es sorprendente que las pacientes salgan del quirófano con alguna talla de más si tenían *demasiado* poco pecho, o de menos si tenían *demasiado* mucho. Y no solo eso, en algunas ocasiones se proponía la extirpación del pecho sano para maximizar el resultado estético. Se puede decir que hoy en día esta práctica es bastante habitual en España, de la misma manera que está creciendo la tendencia a recomendar -casi como la única opción- la mastectomía a mujeres con alto riesgo de cáncer de mama. Hablando del "efecto Jolie", Welch nos alerta de los peligros de normalizar las opciones terapéuticas y sostiene que la "mastectomía profiláctica es una opción razonable para cualquier mujer que tenga los genes BRCA 1 o BRCA2, pero no es necesariamente la única opción correcta"

¹ Juguetes eróticos

Una ojeada rápida a la página web de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) basta para darnos cuenta del valor que se adscribe a los pechos. La SECPRE asegura en su página principal que la reconstrucción de la mama "es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales dentro de la cirugía plástica más seguros y gratificantes para la paciente". También asegura que la tecnomedicina permite "recrear una mama muy similar en forma, textura y características a la no operada incluyendo la areola y el pezón". Sorprende el hecho de que algunas de las informantes de mi trabajo de campo relatan una lista interminable de complicaciones después de la cirugía y sin embargo la SECPRE no las advierte entre sus prioridades.

EL PLACER OLVIDADO

Aparte de minimizar los riesgos de los diversos procedimientos, la SECPRE se olvida de mencionar que las prótesis no pueden devolver la capacidad para experimentar el mundo, ni tampoco pueden devolver la capacidad de sentir placer o experimentar deseo. Iris Marion Young, en uno de sus artículos más reveladores -*The Breastfed Experience*- plantea que "desde la posición del sujeto femenino, la característica más importante de los pechos es la capacidad de sentir y percibir sensaciones, y no la apariencia física". Las mamas nos permiten sentir el calor de las personas que abrazamos, cambian de forma y de tamaño dependiendo de nuestro ciclo hormonal y de nuestra salud, se moldean y reaccionan de manera diferente frente al calor, frío y deseo. Las posibilidades de que algunas mujeres puedan experimentar placer con la lactancia, o en palabras de Young, la posibilidad de que los pechos "puedan ser una zona

fluida que proporciona un placer profundo bastante independiente del coito, aunque en algunas ocasiones no independiente del orgasmo” son completamente omitidas.

De hecho, algunas mujeres definen la omisión, o minimización, de esta información en términos de injuria. Algunas se dan cuenta de la pérdida cuando ya han sacrificado el pecho sano. Otras, conscientes de la experiencia corporal se ven frustradas al ver que sus expectativas casi utópicas sobre la cirugía, son inalcanzables. Vale la pena señalar que un estudio de Jennifer Fosket demostró que la reconstrucción mamaria puede llegar a ser doblemente frustrante para algunas mujeres. Por un lado, los implantes son incapaces de restituir la capacidad corporal de experimentar placer físico. Por otro lado, los pechos excitaban claramente a los compañeros enajenando a la mujer y produciendo una sensación de injusticia social, donde una vez más el placer del otro se antepone al de una misma.

Por supuesto, cualquier experiencia no puede ser generalizable, y hay que aceptar que una forma legítima de obtener placer es dando placer. Tampoco se puede culpabilizar a los compañeros de ser egoístas o inconscientes al ignorar las necesidades sexuales de sus parejas. De hecho, uno de mis informantes masculinos, amante de una mujer que había sufrido una doble mastectomía (un pecho estaba afectado con cáncer pero el otro no), fue una de las personas que más me ayudó a ser consciente de mi propio pecho-agente-viviente, y aprehender la complejidad y belleza de la sexualidad femenina. Federico me explicaba con tristeza infinita que para su compañera la palabra mastectomía es un eufemismo para referirse a la castración de uno de sus órganos sexuales por excelencia: los pezones. Cuando le pregunté si había cambiado algo en su relación después del diagnóstico, sin titubear me explicó que ahora les quedaba la ardua tarea de aprender, o mejor dicho desprogramar, nuevas formas de experimentar placer encarnado pues las prótesis eran incapaces de devolver la

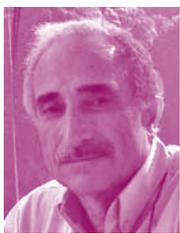
excitación, el placer y la capacidad de tener orgasmos. Y amargamente se lamentaban de que nadie les hubiese preparado mentalmente para afrontar esta realidad tan cruda.

Para concluir, diremos que como profesionales sanitarias, amigas y colegas debemos tener cuidado a la hora de recomendar alegremente el uso de prótesis, reconstrucción, o como dice la poeta Lorde, cualquier ‘artefacto’ para recuperar la feminidad. Debemos recordar que no hay una única forma de sentirse mujer, ser atractiva y experimentar placer sexual. Y por lo tanto tenemos que tener cuidado de no medicalizar y patologizar a las mujeres cuyas reacciones no encajen con nuestras concepciones idealizadas de sexualidad femenina. Finalmente, para los cirujanos que recomiendan la reconstrucción sería importante ponerse en la piel de las mujeres para intentar comprender que ninguna prótesis, por perfecta que sea, va a sustituir la experiencia corporal y sensorial de los pechos naturales. Esta epifanía es el paso previo a un cuidado médico ético y centrado en el paciente.

Bibliografía

- Broom, Dorothy, (2001), Reading Breast Cancer: Reflections on a Dangerous Intersection. *Health*: 5(2): 249–268.
- Ferraro, Susan, (1993), “You Can’t Look Away Anymore’ Interview to Matuschka. *New York Times*, August 15: 25.
- Fosket, Jennifer, (2000), Problematizing Biomedicine: Women’s Constructions of Breast Cancer Knowledge. *In Ideologies of Breast Cancer. Feminist Perspectives*. Laura Potts, ed. Pp. 15–36. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.
- Lorde, Audre, (1992), *The Cancer Journals*. San Francisco: Aunt Lute Books.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, (2013), Reconstrucción Tras Cáncer de Mama. Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. <http://www.secpre.org/index.php/etras/2013-02-01-13-09-27/cancer-de-mama>, accessed September 10, 2013.
- Welch, H.G., 2013. What Angelina Jolie forgot to mention. CNN. URL <http://www.cnn.com/2013/05/17/opinion/welch-jolie-mastectomy/index.html> (accessed 8.22.13).
- Wilkinson, Sue, and Celia Kitzinger, (1993), Whose Breast Is It Anyway?: A Feminist Consideration of Advice and “treatment” for Breast Cancer. *Women’s Studies International Forum* 16(3): 229–238.
- Young, Iris Marion, (1992), Breast Experience: The Look and the Feeling. *In The Body in Medical Thought and Practice*. Drew Leder, ed. Pp. 215–230. *Philosophy and Medicine*, 43. Springer Netherlands. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-015-7924-7_13, accessed September 25, 2013.
- Visita: Au Sein de sa Difference. <http://auseindesadifference.com/2013/07/08/vivre-avec-vers-une-image-differente-du-cancer-colloque/>

BOMBILLAS DE BAJO CONSUMO: ¿son peligrosas para la salud?*



Eduard Rodríguez Farré

Médico toxicólogo farmacólogo.
 Director del Departamento de farmacología y toxicología del CSIC en Barcelona.
 Miembro del Comité Científico de la UE sobre Nuevos Riesgos para la Salud.
eduardo.rodriguez.farre@csic.es

Con la implantación obligatoria de las bombillas de bajo consumo se ha puesto el carro por delante del caballo.

LA INFORMACIÓN SESGADA

De entrada parece positivo disminuir el consumo de energía sustituyendo las viejas bombillas, ya que estas nuevas, las llamadas bombillas de bajo consumo, aunque son mucho más caras también son mucho más duraderas que las incandescentes. Pero, sorprendentemente, de lo que no se ha informado es de otras variables, nada marginales, sobre las que incluso la dirección de Medio Ambiente de la UE ha advertido. La primera es que estas lámparas contienen en su interior mercurio: cinco miligramos de vapor de mercurio. Sólo esto ya representa una paradoja. Porque en el momento actual el mercurio se ha eliminado o se está eliminando de todos los dispositivos que usamos.

El mercurio es un elemento altamente tóxico, sobre todo cuando se vierte al medio y se transforma en mercurio orgánico, especialmente en **metilmercurio**. Este es uno de los graves problemas ambientales que tenemos en la actualidad: el mercurio que históricamente se ha utilizado en minería, en la cuenca del Amazonas por ejemplo; el utilizado en las papeleras, en el mar Báltico, en muchas industrias del Mediterráneo...



Durante todos estos años se ha ido restringiendo el uso de mercurio en muchos procesos industriales. Recientemente la Unión Europea prohibió el uso de mercurio en los termómetros clínicos: aquel termómetro, con el que jugábamos con las bolitas cuando éramos chicos, se prohibió. Se ha eliminado el uso del mercurio en las pilas, en las baterías, en muchos procedimientos industriales. La última recomendación es retirarlo de los esfigmomanómetros, los aparatos de medir la presión arterial... Por eso resulta paradójico que nos obliguen al uso de bombillas de bajo consumo que contienen 5 miligramos de mercurio, de vapor de mercurio, cada una.

LOS RIESGOS PARA LA SALUD Y EL MEDIOAMBIENTE

¿CUÁNDO SE ROMPEN?

Por un lado, toda bombilla, en algún momento, se le puede romper a la persona usuaria. ¿A quién no se le ha roto alguna vez una bombilla? Si se te rompe la bombilla vas a inhalar el mercurio. Este es mercurio elemental, inorgánico. Si se rompe una bombilla, es evidente que no va a matar a nadie porque lleva muy poca cantidad de mercurio, pero no deja de ser una exposición a un producto tóxico que puede producir determinados efectos.

¿CUÁNDO SE FUNDEN?

Sin embargo, el mayor problema desde el punto de vista de salud pública es qué se va a hacer con los millones y millones de bombillas cuando dejen de funcionar.

Nadie ha previsto esto. La dirección de Medio Ambiente de la UE ha advertido sobre ello. Pero es necesario decir una cosa políticamente incorrecta: las direcciones de Medio Ambiente en Europa y en otros lugares son meros floreros. La gran potencia que decide en la Unión Europea es la dirección de Industria.

Si hablamos de España, por ejemplo, donde vivimos 44 o 45 millones de personas. ¿Cuántas bombillas van a ser usadas? Si miramos la cantidad de bombillas por persona en la casa, en el trabajo, en el comercio, en los almacenes, ... Hablamos de 200 o 300 millones de bombillas, probablemente más. El problema es qué se va a hacer con todo este inmenso volumen de residuos cuando dejen de funcionar.

El problema accidental de que se te rompa una bombilla es un algo puntual; el problema general, gordo, es la gestión de los residuos en pocos años pues tras cinco años se fundirán muchas de ellas. ... Pero, aunque esto sea un problema, a la vez, aquí hay grupos, no lo olvidemos, que obtienen beneficios. Es evidente. Estas bombillas son más caras y están abriendo un nuevo desarrollo industrial.

¿SI LAS TIENES CERCA?

Pero hay un segundo problema para la salud: estas bombillas nuevas, además de llevar mercurio, emiten radiación ultravioleta hasta una distancia de 30 centímetros a una longitud de onda que es cancerígena. Esto afecta al uso, y se ha sabido muy recientemente. Estas ondas pueden producir alteraciones en la piel y puede inducir la producción de melanoma. Nadie está permanentemente a una distancia de más 30 centímetros de la bombilla. Cuando estás leyendo un libro, por ejemplo, estás más cerca. Están intentando resolverlo poniendo filtros. Pero ponerlos implica que se encarece más la bombilla y que tiene menos luminosidad.

** Extraído de la entrevista realizada por Salvador López Arnal para Viejo Topo 2010; 268:7-13.*

más sobre el mercurio

DE MERCURIO ORGÁNICO A METILMERCURIO

Lo que se utiliza generalmente es el mercurio inorgánico, el mercurio como elemento. Pero, cuando el mercurio inorgánico llega al medio acuático y se introduce en la cadena alimenticia -a través de un proceso muy complejo que empieza en los sistemas tróficos más elementales, fundamentalmente bacterias reductoras y otros microorganismos-, se transforma en mercurio orgánico, metilmercurio. Se concentra en cantidades toxicológicamente significativas en los peces que están en la parte superior de la cadena, como el atún, el tiburón, el pez espada, etc., que son carnívoros.

Actualmente, en el Mediterráneo, el atún, el pez espada, por ejemplo, presentan cantidades muy importantes de metilmercurio por los vertidos, ya históricos, a través de los ríos Ródano y Ebro.

Una de las mejores ilustraciones de todo esto puede observarse con la entrada de los atunes para la migración anual. Entran por Gibraltar, van a Sicilia, suben por la costa italiana, bajan por la costa española y salen otra vez hacia el Atlántico. Al entrar en el mediterráneo llevan una determinada cantidad de metilmercurio, pero al salir, llevan, sin exagerar, cuatro veces más.

Puede afirmarse que no hay actualmente zona del planeta en la que no haya metilmercurio. El mar Báltico, por ejemplo, está ultracontaminado.

LOS EFECTOS EN LA SALUD

El mercurio inorgánico, el clásico, puede tener efectos negativos, sin duda, pero sólo a través de la inhalación del vapor de mercurio porque, prácticamente, el mercurio no se absorbe por vía digestiva.

Los efectos producidos por la exposición a metilmercurio son mucho más importantes. Los estudió por primera vez la doctora Dorothy Russell, neuropatóloga que observó una serie de trastornos en un grupito de trabajadores de una fábrica de Inglaterra que manufacturaba metilmercurio como fungicida.

Observó trastornos neurológicos en un grupo de ocho o nueve que, padecieron toda una serie de trastornos de severidad gradual según la dosis. A pequeñas cantidades se manifestaban una serie de trastornos sensitivos en los dedos, a mayores cantidades, trastornos motores, a mayores cantidades aún, alteraciones del pensamiento y de la cognición y, a cantidades mayores, incluso la muerte. Al morir, se hizo la anatomía patológica del cerebro y se vio, por ejemplo, afectación, no en el ojo, sino en las neuronas de la visión periférica, lo cual no está explicado aún. Afectaba también enormemente al cerebelo, a las áreas de audición y sensitivas y finalmente a las motoras.

Actualmente, por diversos estudios -sobre todo por las investigaciones llevadas a cabo en Irak, hace unos años, tras una intoxicación masiva debida a una partida de pan contaminada con metilmercurio- sabemos por ejemplo que, aunque una mujer, una persona adulta, no experimentara ninguna alteración, si ha estado expuesta durante el embarazo sus hijos pueden tener alteraciones, sobre todo de evolución cognitiva. Es decir que la exposición de la madre afecta al desarrollo del sistema nervioso central en el feto.

EL MERCURIO SE ACUMULA EN EL ORGANISMO

El metilmercurio tiene una característica importante y es que se acumula en el organismo durante años. No lo excretamos prácticamente. El que se elimina por la bilis al intestino, se reabsorbe de nuevo en gran parte y se elimina muy poco por las heces y la orina. Al no eliminarse va acumulándose en el organismo, con especial afinidad por el cerebro.

Prácticamente entre un 10 y un 20% del metilmercurio que podamos ingerir se acumula en el cerebro, que representa el 1,5%-2% de nuestro peso aunque consume el 20% de toda nuestra energía.

El epidemiólogo danés Philippe Grandjean estableció un análisis de lo que se llama la cohorte de las Feroe. Pensó: si en Irak pasó esto en mujeres que no tenían ninguna afectación, también puede ocurrir que el consumo de metilmercurio a través del pescado, que no nos afecta a las personas adultas, puede estar afectando a los fetos, lo que implica que no hay una clínica neurológica observada pero sí déficits de inteligencia, déficits cognitivos y sensoriales.

Este es el problema realmente importante en el momento actual, porque nos afecta a todos, porque no hay persona que no tenga metilmercurio en su cuerpo.

En un estudio muy reciente que se está haciendo en Valencia, el 70% de las placentas de los nacimientos superan las cantidades máximas admisibles de metilmercurio. No olvidemos que España es un gran consumidor de pescado. Si hablamos del 70% de las placentas, esto implicará con toda probabilidad que estos niños y niñas van a tener algún déficit neurológico aunque no sea grave.





COSMÉTICA en el punto de mira

Carme Valls-Llobet

caps@pangea.org

PARABENES

¿QUÉ SON Y PARA QUÉ SIRVEN?

Los parabenos o parabenos son compuestos químicos que durante años se han usado ampliamente como conservantes en comidas preparadas, en productos cosméticos como cremas hidratantes para evitar que las cremas se licuen, en líquidos para los ojos y párpados, y también en algunas preparaciones farmacéuticas como antibióticos y vitaminas.

Es obligatorio que todos los productos cosméticos contengan su composición detallada en los envases, pero muchas veces se precisa una lupa para leer las etiquetas. A la hora de buscar parabenos en la etiqueta hay que buscar el sufijo "paraben" al final de la palabra: Metilparaben, etilparaben, propilparaben y butilparaben, que los más frecuentes. Hemos podido comprobar, en algunas cremas de manos, la presencia de hasta siete parabenos acompañando al aloe vera o a lo que sea.

En ensayos realizados *in vitro* en el laboratorio en 1998 por Routledge (1) y colaboradores se comprobó que el metil, etil, propil y butil parabenos eran compuestos que tenían propiedades estrogénicas.

QUÉ DICE LA INVESTIGACIÓN

El grupo de la farmacóloga del Reino Unido Philippa Darbre realizó estudios en animales de experimentación y estudios *in Vitro*. En 2002 su grupo publicó que los parabenos puestos en contacto con células mamarias con cáncer (MCF-7) en placas *in vitro*, aumentaban su proliferación estimulando específicamente los receptores estrogénicos de las células mamarias cancerosas, lo que ponía de manifiesto que el efecto estrogénico se manifestaba biológicamente (2).



La actividad estrogénica de los parabenos depende de sus características bioquímicas, en concreto de la longitud de sus cadenas y de las ramificaciones del grupo alquil que también contienen. En los primeros estudios, cuando los productos que contenían parabenos se administraron por vía oral a ratas de laboratorio no provocaron efectos estrogénicos biológicos, pero cuando se los administraron a través de la piel les provocaron hipertrofia uterina. La piel es un magnífico amplificador del efecto hormonal de muchos productos cosméticos, porque tiene receptores y coenzimas que metabolizan cualquier producto que se coloque en ella, y pueden convertirlo en un metabolito aún más activo.

¿Y QUÉ DICE EUROPA?

El equipo de la citada doctora Philippa Darbre demostró en 2004 que los parabenos se acumulan intactos a largo plazo en el cuerpo aunque la dosis usada haya sido baja, y los encontró en muestras de 20 tumores de mama, y en los ganglios linfáticos auxiliares que conectaban con los tumores de la mama (3). El revuelo que esta noticia provocó al llegar a la información pública, fue muy grande dado que la mayoría de productos cosméticos contenían parabenos en aquella época.

Incluso se creó un grupo de trabajo en la Comisión Europea, para decidir si se debían prohibir, que emitió un informe en 2005, en el que argumentaba que no podía llegar a resultados por falta de datos concluyentes ya que no era ético hacer ensayos clínicos en seres humanos. La Comisión recomendó que la Unión Europea no autorizara aumentar los niveles de parabenos en nuevos productos como cremas y champús, pero no recomendó la prohibición.

LA INDUSTRIA CONTRAATAACA

Posteriormente, en el año 2008, la revista *International Journal Toxicology* publicó un informe sobre la seguridad de los parabenos en los cosméticos sin citar un solo autor (o sea un informe fantasma) y sin declarar conflicto de intereses alguno, aunque ha quedado claro que fue promovido por la misma industria cosmética, abogando por la inocuidad de los parabenos en relación con el cáncer de mama (4). Este informe de autores anónimos (caso insólito en la literatura científica) basa sus conclusiones de seguridad para los seres humanos en estudios que sólo se había realizado en animales.

Sin embargo, sus conclusiones se contradicen con las investigaciones de la Dra. Philipa Darbre, que en ese mismo año 2008 publicó una excelente revisión de las investigaciones realizadas en seres humanos, en ella se demuestra la absorción sistémica de los ésteres de parabenos a través de la piel intacta, tanto en mujeres como en hombres (5).

MÁS EVIDENCIAS

Cada vez hay más estudios que demuestran, tanto en humanos como en animales de experimentación, que los parabenos pueden imitar en el cuerpo el efecto de los estrógenos (efecto agonista), presentando una actividad antagónica de los andrógenos (hormona masculina) con efecto inhibidor de la acción de la testosterona (feminización de animales machos) y poseen actividad tóxica para los genes. La profesora Darbre advierte que los efectos estrogénicos de los parabenos se suman con el efecto de otros estrógenos ambientales, como los bisfenoles A y los estrógenos que pueden llegar al cuerpo humano a través de la dieta, vía insecticidas que también imitan en el cuerpo el efecto de los estrógenos (6).

¿Y AHORA QUÉ?

La doctora Philippa Darbre y su equipo proponen que dada la evidencia actual y la controversia sobre la recomendación de la continuación de su uso, ya que está extendido en la mayoría de cosméticos, se impulse una investigación decidida desde salud pública, y los cosméticos puedan ser estudiados

antes de su comercialización, para testar su efecto potencial sobre el incremento del cáncer de mama.

La industria cosmética, en especial, la que tiene su origen en el Reino Unido, ha realizado ya cambios, mucho antes de que lleguen nuevas recomendaciones por parte de salud pública. Actualmente, que sepamos, no se ha vuelto a reunir ninguna nueva Comisión en Europa desde el 2005 para estudiar las nuevas evidencias sobre los parabenos. Sin embargo, la misma industria, ha cambiado la formulación de algunos productos, retirando los parabenos, y los ha lanzado al mercado con el adjetivo "Nuevo" delante del nombre comercial.

RECOMENDACIONES DE AUTOPROTECCIÓN

Por lo tanto, es muy recomendable **QUE TODAS LAS PERSONAS QUE CONSUMAN COSMÉTICOS APRENDAN A LEER LAS ETIQUETAS**, y se enteren de los productos que están consumiendo, sabiendo que la piel amplifica el efecto hormonal de muchas sustancias.

Y, dado el nivel de información que ya tenemos, es muy importante que las mujeres que tengan parientes consanguíneos cercanos (madre, tías, abuelas) que hayan padecido cáncer de mama, no usen productos con parabenos en toda su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Routledge EJ, Parker J, Odum J, Ashby J, Sumpter JP. 1998. Some alkyl hydroxy benzoate preservatives (parabens) are estrogenic. *Toxicol. Appl. Pharmacol.* **153**: 12–19.
- 2 Byford JR, Shaw LE, Drew MG, Pope GS, Sauer MJ, Darbre PD. Oestrogenic activity of parabens in MCF7 human breast cancer cells. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2002 Jan;**80**(1):49-60.
- 3 Darbre PD, Aljarrah A, Miller WR, Coldham NG, Sauer MJ, Pope GS. Concentrations of parabens in human breast tumours. *J Appl Toxicol.* 2004. **24**:5-13.
- 4 [No authors listed] Final amended report on the safety assessment of Methylparaben, Ethylparaben, Propylparaben, Isopropylparaben, Butylparaben, Isobutylparaben, and Benzylparaben as used in cosmetic products. *Int J Toxicol.* 2008;**27** Suppl 4:1-82.
- 5 Darbre Ph and Harvey Ph. Paraben esters: review of recent studies of endocrine toxicity, absorption, esterase and human exposure and discussion of potential human health risks. *J Appl Toxicol* 2008. **28**: 561-578
- 6 Darbre PD. Environmental estrogens, cosmetics and breast cancer. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2006. **20**: 121-143.

LA MADRES DEL PSICOANÁLISIS:



Clara Bermant

Psicoanalista

G.E.M.A (Grup d'Estudis de Dones en l'Actualitat)

clarabermant@hotmail.com

SABINA SPIELREIN, La “pequeña” muñeca rusa



Estas son las primeras conclusiones de mi lectura de los documentos que llegaron al psicoanalista Aldo Carotenutto en 1977. Se trataba del diario que Sabina Spielrein escribió entre 1909-1912, de su correspondencia con Freud (1909-1914), y su correspondencia con Jung (1912-1919). Además, la versión incompleta de sus manuscritos en alemán (traducidos al italiano y posteriormente al castellano).

Siendo rusa prefería la lengua alemana. Siendo judía buscaba los fundamentos de la fe cristiana. Cual muñeca rusa van apareciendo en sus textos las distintas versiones de Sabina: la niña, la joven, la mujer, la amante, la madre, la música, la psicoanalista. Ella es cada una y siempre “no toda”. En las primeras páginas de su diario relata una escena en la que se desnuda ante la ventana de su habitación y su mirada encuentra la mirada de un hombre sobre ella. Así, en su diario y en sus cartas, irá descubriéndose y dándose a ver, llevada por el empuje de su “juego limpio” (es lo que significa literalmente Spielrein), a un esfuerzo imposible por deshacer el malentendido. Siempre dividida y expuesta a la verdad de su división: entre la pasión y la razón, entre el amor y el odio, entre la beatitud y el ardor...

Ella misma construye la serie de sus amores, desde su bisabuelo y su abuelo, ambos rabinos, hasta Jung. De los hombres de la familia materna subraya la marca de la ley judía (y su transgresión) y la pasión por la música. El abuelo se enamora de una joven cristiana, a la que debe renunciar. El mismo destino cae sobre su madre. De ella nos dice Sabina: “Mi madre no ha encontrado ninguna satisfacción en el amor de los hombres”. Los primeros amores de Sabina, nos cuenta, son dos muchachas: una hebrea y, un año después, una cristiana. Se separa de

ambas, decepcionada pero convirtiéndolas antes en amigas entre sí (lo mismo harás, años más tarde, tras su decepción de Jung, respecto a la relación de éste con Freud). De ambas dice: “Ninguna de ellas tenía predisposición para la música”.

El tercer amor fue un profesor cristiano que, al ser rechazado por ella (porque le aburría), se enamorará de su madre y finalmente se suicidará (una solución muy frecuente en la Rusia zarista). Luego aparece un tío, que también se enamorará de su madre, y a ella, esa posibilidad, no parece sorprenderle. A la muerte de su hermana, a sus 16 años, cae enferma y es ingresada por primera vez en una clínica para enfermos mentales.

Unos años más tarde, de nuevo hospitalizada, conoce al que llama su cuarto amor, el doctor Jung: *cristiano, médico y casado*. En ese orden lo describe. Dedicar su diario a manifestar su amor por él. Al encuentro de sus almas y a los comunes intereses espirituales: la búsqueda de un destino superior al que apunta el ideal wagneriano. Aunque sus almas se encuentran, él le pide “Poesía” (metáfora que utiliza para referirse al encuentro sexual) y ella le pide un hijo: Sigfrido.

Escribe: *“Oh, espíritu protector, haz que el objeto de mi deseo sea de naturaleza divina. Sigfrido, hijo mío, un día tú deberás decir lo que tu madre siente ahora.”*

Jung le pide que publique y que se convierta en miembro de la Asociación Psicoanalítica. Y Sabina: *“Cada tanto le daría a mi amado un trabajo mío, que el trataría como si fuera un hijo”. Pero... “¿Y si finalmente me quedo soltera?”*. Entonces piensa en el suicidio...mejor morir antes que soportar la desilusión.

Una vez más la división, emergencia del sujeto: el demonio wagneriano la acecha y la alerta de la imposibilidad de realizar su destino sagrado. Identificada con Judith, prefiere pensar en matar a Holofernes. Si no puede tenerlo, prefiere eliminarlo.

O herirlo. O desenmascararlo ante Freud, ante su mujer, ante la Sociedad Psicoanalítica.

Configura una trama edípica no exenta de humor:

“El amigo de Jung es Freud. El cristiano es hijo del hebreo. Jung es simultáneamente hijo mío. Por lo cual yo estoy casada con el Dr. Freud. Yo no amo a Freud porque me robó mi amigo, quien quizás se enamoró de su hija, Ana. La cual sería así... su hermana”

A través de su diario encontramos a una Sabina dividida entre el reclamo de ser la única, el temor a ser sustituida y ser una entre tantas, y al mismo tiempo, buscar (y encontrar con más frecuencia de lo deseado) a “la otra mujer”, otra mujer entre las cuales la esposa de Jung tiene un lugar diferenciado. Se marcha a Múnich a escribir, en total soledad, su texto: “La destrucción como causa del devenir”. Es el año 1912. Es admitida es la Asociación Psicoanalítica. Dice entonces: *“Todavía estoy sola”*.

Al final de las páginas que nos han llegado de su diario, escribe una frase de Schindler: *“Dios lo había creado para que fuera un héroe... pero el curso de los acontecimientos lo transformó en un bufón”*.

¡Pobre dios!
Jung empieza a caer.

Paralelamente, están sus cartas a Freud,

entre 1909 y 1914. Dichas cartas se inician con un enunciado: *"No me dirijo a usted para que ponga paz...nosotros no hemos tenido nunca litigio. Estoy dispuesta a demostrar todo lo que he dicho con documentos."* Teme haber sido para Jung sólo un "experimento", haber sido una "miserable", una "Sigfridocada".

En su búsqueda de "la verdad", evoca ante Freud su "juego limpio", el reclamo de la palabra del Otro del amor que podría deshacer los malentendidos.

"Puedo matarlo...o perdonarlo. Pero no puede negar la afinidad espiritual que hubo entre nosotros. Aunque debo perdonarlo, pues mi amor tiene que pertenecer al mundo entero".

Es de este mismo esfuerzo por escribir lo que no puede escribirse, de este esfuerzo por testimoniar la insatisfacción de su demanda, que nace el germen de la pulsión de muerte (en su texto sobre "La destrucción como causa..."), que se anuncia su saber sobre el goce a partir del dolor del amor y la imposible correspondencia.

"Una parte de aquella fuerza que provoca siempre el mal, busca también el bien. Esta fuerza demoníaca, que en su esencia es destrucción, es también fuerza creativa, dado que de la destrucción de dos individuos nace uno nuevo. Esto es precisamente el instinto sexual, que en su esencia es un instinto de destrucción".

Unos años más tarde, en 1920, Freud escribe "Más allá del principio del placer". Sólo una nota breve, al pie de página, recuerda la contribución de Sabina Spielrein.

La primera traducción al ruso de "Más allá del principio del placer" es realizada por ella con un prólogo de Lauria.

En la correspondencia con Freud, Sabina recuerda y enfatiza la profunda conexión entre los dos psicoanalistas (Freud y Jung). Tal como ocurriera con sus dos primeros amores infantiles, no parece poder abandonarlos sin colaborar antes en fortalecer su vínculo.

La "pequeña" (tal como es llamada por Freud) no carece de humor. Sabe jugar con su nombre y dejarse llamar, equívocamente, *spielerei* (chisme, acertijo) por *spielrein* (juego limpio).

Jung le había dado una piedra, metáfora de su alma. Y su teoría acerca del alma. A la manera de Don Juan, era capaz de dar el alma sin por ello perder la suya.

Nada de simetría entre Sabina y Jung. Nada de simetría entre el hombre y la mujer.

Ella se tienta tentando al Otro, hasta el sacrificio. Hasta el desprecio por la equivocación.

Se trata de amor. Y ella está dispuesta a "mostrarlo". A pagar con su angustia por el reconocimiento. Se trata de que él haga saber que ella le importa.

Ella quería algo más. Pedía "la libra de carne". No la metáfora.

La libra de carne, que *"debe ser tomada de muy cerca del corazón"*.

En el seminario sobre la angustia, Jacques Lacan nos propone una reflexión acerca de las raíces del sentimiento antisemita. Raíces que deben buscarse en ese: *"resto que permanece vivo y que sobrevive a la prueba de la división del campo del Otro por la presencia del sujeto"*.

Una intervención de Freud, a partir del análisis de los sueños de Sabina sobre Sigfrido, abre las puertas de la renuncia y la despedida: *"Usted podría tenerlo si quisiera, pero sería una gran lástima para usted"*

Estas simples palabras, con la fuerza del "dicho primero", del oráculo, tienen un efecto liberador. El maestro, el predicador del penis-neid, le otorgaba su permiso para dejar atrás la insistente demanda e ir así, más allá, al encuentro de su causa. Ella encuentra así en sí misma, con una fuerza insospechada, la necesidad de entregarse a la composición musical, tras las huellas de la familia materna. Habla entonces de su "megalomanía". De aquellos -abuelo, padre- que le decían: "Un gran destino te espera". Sabina escribe: *"Yo buscaba*

la solución del problema de Sigfrido bajo la forma del hijo real. Mas Sigfrido había sido "una invención juvenil". Aunque... una vez más la división: *"La razón me dice que debo renunciar a la meta musical porque aprovecharé más en mi profesión científica. Pero si sigo en mis sentimientos me será imposible prescindir de la música. Parecería que sin la música me dejo arrancar una parte de mi alma y que la herida no se cerrará jamás"*.

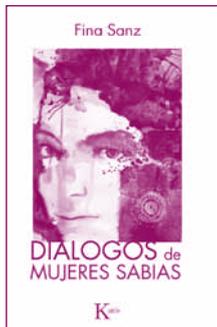
Las cartas a Jung se escriben entre 1911 y 1919. Las firma como Sabina Scheffel. Son los textos menos apasionados: conversaciones acerca de la naciente teoría psicoanalítica y sus interpretaciones y conclusiones acerca del destino del síntoma-hijo-Sigfrido. Así, se dirige a Jung: *"Reciba usted el producto de nuestro amor, el hijito Sigfrido"*, se trata de "La destrucción como causa del devenir".

La adolescente enamorada, celosa y finalmente abandonada es la Sabina del diario; en las cartas, para Freud, son su desilusión y su empeño de que Jung confiese que *"hubo algo"* ante el maestro y ante la comunidad analítica, para Jung queda otra sabina: la del bien decir, la teórica, la psicoanalista.

Unos años después Sabina vuelve a Rusia. Allí, en Moscú, la Rusia de Lenin abre las puertas al psicoanálisis. La Rusia de Stalin las cierra. Sabina se retira a Rostov, su pueblo natal. No sabemos si oyó o desoyó las advertencias acerca de la invasión alemana. Sí sabemos que fue fusilada por el ejército nazi en la sinagoga de Rostov, junto con la población judía y sus dos hijas, en 1942.

Nos queda de Sabina su testimonio, sus textos, un alma para homenajear. Su recuerdo...

y su frase: *"Antes la muerte que la vergüenza"*.



DIÁLOGOS DE MUJERES SABIAS

Fina Sanz

Ed. Kairós 2012

Reseña de **LENA CASTELLS TORRENS**

La serena sabiduría del poder de la palabra

Desde el punto de vista de mujer lectora justo en el umbral de la mitad de la vida (45 años), agradezco que las palabras de mujeres sabias, que se transcriben en este libro de Fina Sanz, no se hayan quedado solamente en la grabadora de voz, sino que se hayan convertido en un libro que debería ser de lectura y relectura obligatoria para todas aquellas personas que estamos inmersas en un crecimiento personal particular.

El proyecto se originó a partir de una convocatoria abierta desde la Fundación Terapia de Reencuentro con el objetivo de realizar un Taller con un grupo de mujeres reflexionando sobre sus experiencias en la segunda mitad de la (su) vida. Fina Sanz, coordinadora de este grupo, les presentó una propuesta concreta de cinco sesiones de dos horas, abordando en cada una de ellas un tema concreto. El libro surgió gracias a un meticuloso trabajo de transcripción de los diálogos y debates que se generaron en este contexto (que, sin la pretensión de ser terapéutico, no dudo que ha debido de serlo).

Mujeres de cincuenta y pico y sesenta y pico, algunas amigas entre sí, otras no, todas con experiencia en el trabajo de crecimiento personal, en cada sesión han hablado, han reído (bastante), han llorado y se han escuchado a sí mismas y a las demás alrededor de estos cinco interesantes temas: ***cambios físicos, cambios emocionales, sexualidad, espiritualidad y vida social.***

Lo que se puede extraer de estos diálogos es que la edad no basta para conseguir la sabiduría, sino que son las experiencias, la actitud y las herramientas que desplegamos ante ellas, las que con la edad, se van afianzando para conducirnos a una serenidad interior.

A pesar de ser mujeres cada una con su propio bagaje e individualidad, es curioso descubrir que son más las semblanzas que las diferencias en el fondo y el calado de las vivencias,

sin dejar de lado las particularidades propias de cada una en relación a su estructura familiar, entorno laboral, social y opción sexual, que las hacen únicas e irrepetibles. Con este libro descubrimos que la pluralidad es un valor en alza y la serenidad es un lugar común.

Es destacable la importancia que le dan a "pararse", a saber elegir cuándo y con qué personas relacionarse, a "hacer" menos y a "estar" más, para poder "ser". En esta etapa la espiritualidad cobra más importancia y está conectada con la naturaleza y con la compañía de otras mujeres, con la sororidad.

Estos diálogos están llenos de ternura y sentido del humor, cada mujer a su manera acaba hablando sin tapujos sobre lo vivido desde su cuerpo, desde la totalidad de su ser, con la confianza que ofrece sentirse arropada por otras mujeres que conocen y disfrutan de la importancia de las pequeñas cosas, de los pequeños placeres de la Vida.

Hay dos últimos aspectos a destacar: uno es el apartado llamado "a modo de reflexión", donde Fina Sanz con su maestría destaca los aspectos más significativos de estos diálogos con gran lucidez y respeto y otro, al final del libro, la valiosa información que se ofrece de algunas de las participantes unos meses después de haber realizado el Taller, lo que sin duda demuestra la capacidad de los grupos pequeños para crear sinergias y transformaciones.

Es de admirar la valentía de estas mujeres que han decidido reunirse en torno a cinco temas en la segunda, tercera o cuarta parte de su vida. Al fin y al cabo, la edad no deja de ser un dato subjetivo, como queda demostrado tras esta lectura que transmite calidez y es un testimonio honesto de la cosmovisión de un grupo de mujeres, sin ninguna duda, SABIAS.



MUJERES Y SALUD DESDE EL SUR.

Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género

Maria Fuentes

Ed. Icaria 2012

Reseña de **ROSER GALLARDO FERRER**

Comadrona, Antropóloga



Conocí a su autora en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, en Jerez de la Frontera, a finales del 2000. Las palabras de aquella Mujer no me habían pasado desapercibidas. Poco tiempo después, se publicó la primera edición de *Mujeres y salud desde el sur*, no lo dudé, tenía una gran curiosidad y enseguida me encontré sumergida en su lectura. Una lectura que me resulto amena pero con un contenido muy profundo que me hizo pasar por una fuerte reflexión personal y me fue de gran ayuda en mi profesión.

En los últimos años, he tenido la oportunidad de conocer a Maria Fuentes, hemos compartido actividades en la Asociación Nacer en Casa, en la Escuela Holística Consuelo Ruiz, en talleres y en otros lugares. Su capacidad de transmitir y despertar es apasionante.

Ahora, después de la lectura de la nueva edición, sigo aprendiendo, reflexionando y admirando una labor hecha a través de los años, y agradezco el momento en que decidió escribir, ofreciendo la posibilidad de llegar a muchas más mujeres.

El libro nos habla de la salud y sus protagonistas son las mujeres. A partir del trabajo realizado en grupos de mujeres de todas las edades y de todas las capas sociales, desde una experiencia vivida y escrita por las propias mujeres. Este trabajo se inicia en 1993 en Jerez, con grupos de mujeres en torno a la salud. Es una semilla sembrada en Jerez que serviría de ejemplo para desarrollar numerosos proyectos de salud y género.

Es una gran obra, que nos invita a reflexionar sobre la salud de las mujeres: de la responsabilidad personal que se tiene sobre la salud, de cómo el modo en que vivimos condiciona el modo en que enfermamos, de que la salud tiene género, y de cómo a través del sistema científico-médico se ejerce un fuerte control de los cuerpos y las vidas de las mujeres.

Maria nos habla de un modelo de salud feminista y femenino. Nos invita a darnos la oportunidad de "autoconocer" nuestro propio cuerpo, nuestra sexualidad, de dar más valor a lo que somos que a lo que nos han enseñado que deberíamos ser. Analiza todo aquello que puede incidir en el deterioro o la recuperación de la salud: la soledad que sienten las mujeres ante la crianza y la educación de los hij@s", los peligros que

se pueden encontrar en la misma familia para obstaculizar el desarrollo personal, el matrimonio como un factor de riesgo para las mujeres (enferman más, peor calidad de vida), cómo se nos dificulta la experiencia de la maternidad como posibilidad de aprendizaje, placer y crecimiento, del sometimiento al sistema patriarcal a través del cuerpo...

También, podemos llegar a la conclusión, de que la ciencia médica es misógina. Se nos hace creer que no podemos gestionar de un modo seguro nuestra maternidad, nuestra anticoncepción, nuestra menopausia..., que son procesos potencialmente peligrosos y que tenemos que delegar su control al "cuerpo médico", ¡que es el que sabe! Se hace una especial referencia a la ginecología y la obstetricia por ser campos de yatrogenización (daño provocado a causa de la intervención médica) sistemática contra las mujeres y las criaturas. Se considera los procesos reproductivos como enfermedad y se priva a las mujeres de la gran experiencia humana y sagrada del nacimiento.

El libro también denuncia que el sistema difunde que todo ha cambiado en relación con el parto pero, de hecho, en lo esencial sigue igual, un porcentaje muy alto de medicalización y una gran resistencia a aceptar que los partos fisiológicos son el mejor modo de nacer, parir, asistir. Seguimos sin poder elegir: dónde, cómo y con quién se desea parir. Y, por supuesto, la opción del parto domiciliario, existente en otros Estados de Europa, sigue sin ser contemplada en nuestro sistema de salud; así y todo, miles de mujeres han elegido este modo de dar a luz de forma privada aunque soportando grandes presiones

En definitiva, necesitamos conocer, reconocer, escuchar nuestro cuerpo de mujer, confiar en él y en sus herramientas para hacernos saber lo que necesita o avisarnos de que algo no va bien.

"No es posible querer, valorar, gozar, respetar y cuidar amorosamente lo que no se conoce"

No me ha resultado nada fácil hacer un resumen de un contenido tan "potente", deseo sirva de referencia y para animar a su lectura, en mi opinión, debería ser un libro recomendado para todo el personal sanitario y un buen regalo para las amigas.



Leonor Taboada*
Directora Mys
leonortaboada6@gmail.com

viaje al fondo de ti misma

Saber es poder.

Este dossier pretende iluminar un poco más aquella parte de nosotras mismas que más inquieta al patriarcado: la puerta a la vida sexual y reproductiva.

Ya hicimos un dossier detallando las sesiones de autoconocimiento (el número 5 que, por razones técnicas no está en la web, pero pronto estará).

Ya os conté toda la historia que hasta hace unos años podíamos contar sobre el tema; cómo aprendimos que un espejito, un espejito y una linterna nos abren una puerta de la que nunca antes tuvimos la llave.

Pero ahora hay más: nuevas generaciones de mujeres han decidido ir más lejos en sus análisis y búsquedas: hay más que aprender, que compartir, que descubrir. Y aquí están. Vamos a valorar más que nunca el

autoconocimiento, ese viaje hacia el fondo de nosotras mismas (Vita)

A desmentir rotundamente que el falo fuera siempre la inspiración de la cultura y el arte (Ana Moltó)

A descubrir que la imaginación no tiene límites a la hora de buscar nuevas formas de enseñar a futuros profesionales nuestra anatomía (Noemia)

A comprender por qué las jóvenes de hoy reclaman el autoconocimiento como forma de empoderamiento (Alba)

Y a retar al sistema una vez más, situando al cuerpo en el centro de nuestras miradas... y acciones (Belén)

Es un gran momento histórico. Las jóvenes de hoy están lanzadas y decididas a poner en cintura al sistema. Y lo conseguirán. Para beneficio de todas. Y para alivio y gozo de las mayores, como yo.



*autora del Cuaderno Feminista Introducción al self help: http://www.caps.cat/images/stories/Cuaderno_Feminista.pdf



Vita Arrufat Gallén
Médica de salud pública
Experta en autoconocimiento
arrufat_vit@gva.es

cosas que quiero decir cuando digo “AUTOCONOCIMIENTO”

La Real Academia de la lengua no reconoce la palabra autoconocimiento. Si buscas en la “wiki” o en “internet”, el autoconocimiento se relaciona con los libros populares de autoayuda. Pero este no es el autoconocimiento del que yo quiero hablar:

- El autoconocimiento incluye la técnica de autoexploración de las mamas y los genitales externos e internos de la mujer.
- El autoconocimiento sexual o Self Help requiere motivación personal y una cierta curiosidad sobre el propio cuerpo, (además de una monitora feminista que tenga experiencia en derechos en salud sexual y reproductiva para acompañarte).
- No podemos conocer el mundo si antes no nos conocemos nosotras mismas. Este es el principio: para conocer mis lí-

mites y posibilidades primero estudio mi cuerpo y luego mis reacciones, mis respuestas ante la vida.

- El autoconocimiento es el inicio de la información sin sesgos, libre de prejuicios, la mirada propia de la mujer y, por tanto, el inicio de su empoderamiento en derechos sexuales y reproductivos.
- Las mujeres han recibido una educación sexual durante generaciones que no les concilia con sus genitales. La visión de los “ginecólogos ilustres” ha moldeado la percepción de las mujeres de su propio cuerpo y siguen moldeándola cirujanos plásticos e imágenes trucadas de revistas.
- El cuerpo y la mente no viven separados. Esta división la arrastramos para estudiar las ciencias desde Descartes, pero todas sabemos que el cuerpo y la mente son solo uno o una, y ese uno o una es la persona.
- Cuanto más te conozcas mejor informada estarás y evitarás la visión sesgada de quienes tienen intereses comerciales o



de control respecto al cuerpo de las mujeres (clase médica, corporaciones farmacéuticas, empresas cosméticas, Estados no democráticos, ...)

- Empezamos a conocernos mirando como es nuestro cuerpo y luego aprendemos qué uso hacemos del mismo, cómo lo apreciamos, qué priorizamos, qué elegimos.
- Al mirar en tu interior y ver tu anatomía, ocurre que la emoción que sientes transforma la relación con el mundo y lo cambia. El mundo se transforma ante nuestros ojos porque la emoción altera el mundo y nosotras construimos la magia y todo ello forma parte de la "estructura de la conciencia", es algo que nos constituye (Victoria Camps "EL gobierno de las emociones").
- La observación del propio cuerpo genera el cambio necesario para la autonomía de las jóvenes.
- Mirando por fuera y por dentro nuestro cuerpo podemos ver como somos y luego, cuando leamos la información que otros/as difunden sobre él podemos utilizar nuestro propio conocimiento para reconocer más fácilmente la verdad (y la mentira). Podemos entonces diferenciar lo que nos pertenece y lo que tenemos implantado. Podemos descubrir la diferencia entre la observación y el relato.
- Hasta que no miramos nuestros labios mayores y menores y nuestra vagina, con sus paredes, no tenemos una visión propia de nuestra anatomía, solo disponemos de información que nos trasmite la cultura patriarcal, los estereotipos de la sexualidad femenina, la visión interesada de la feminidad.
- Los bebés se miran, se chupan, se muerden,... se babeen todas las partes del cuerpo a las que pueden llegar con la boca. De este modo realizan el proceso de aprendizaje de sí mismos. Este conocimiento requiere la utilización de los sentidos: el tacto, el gusto y el olfato, la vista, el oído,... Cuando llega la adolescencia es el momento de seguir conociendo nuestro cuerpo, que afortunadamente ha cambiado desde la infancia, para ello el autoconocimiento es el método más fácil de utilizar y el que aporta más beneficios a las jóvenes.
- Conocer nuestra figura humana como mujeres, conocer la anatomía y fisiología de nuestros genitales produce placer dado que es una visión propia, un descubrimiento sin ador-



nos externos de nuestro cuerpo.

- Cuando miras hacia dentro usando el espéculo y conoces como es tu vagina, aprendes sus características: temperatura, textura, humedad, color, olor, sabor,... esa experiencia te hace más poderosa, eres tú quien descubre como eres y no un/una profesional que no conoces.
- Una mujer que se conoce no tiene miedo, experimenta y la experiencia le da conocimiento.
- La lección de anatomía y fisiología realizada como taller de autoconocimiento informa y perdura más que la simple exposición de información teórica. Las profesionales de la Ginecología han descubierto que las mujeres que se ven los genitales mientras dura la exploración vaginal están más tranquilas, por ello algunas han colocado espejos para que las mujeres nos podamos ver a nosotras mismas durante la exploración.
- Las sesiones de grupo de autoconocimiento no tienen nada que ver con las sesiones de "tuper-sex" ni con las de "la maleta roja". Se trata de un aprendizaje individual reflejado en el intercambio con el grupo. (Siempre son autorizados o coordinados por una mujer entrenada).
- Los primeros grupos de self help en el estado español los inició el Colectivo Pelvis, cuando se publicó el "Cuaderno Feminista" de Leonor Taboada y pronto cundieron en muchas ciudades, como ocurría en varios países. Continuamos en Valencia Isabel Toledo y yo misma, y luego llegaron mujeres más jóvenes, como Ana Moltó. Ahora mismo hay nuevas iniciativas en Granada, Barcelona ...
- Si la Ley de Salud Sexual y reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo¹ se hubiera implantado en sus aspectos educativos en los centros docentes, desarrollando el apartado de Educación Sexual, estaríamos haciendo la promoción de los grupos de autoconocimiento con jóvenes de Enseñanza Secundaria y de Universidad, y podríamos demostrar científicamente nuestra hipótesis de que realizar grupos de autoconocimiento es la mejor opción para la prevención de los embarazos no deseados y la violencia de género.
- ¡Ahora es el momento para hacerlo visible para que se introduzca en los programas de educación sexual se realice en todos los centros educativos de España!

Ya tenemos un espacio en la red: puedes ver las novedades sobre el tema en <http://www.tumblr.com/blog/liceudedones> Aquí hemos estado actualizando los grupos de trabajo sobre autoconocimiento que nos han enviado información.

1. (LO 2/2010 de 3 de Marzo de Salud sexual y reproductiva e IVE)

LA conspiración contra La vulva

FUNDAMENTOS CULTURALES DEL DESCONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD FEMENINA



Ana Moltó Molina

Lic. en Filosofía y experta
en TICs sanitarias.

amolto66@gmail.com

Mi objetivo en esta investigación es apoyar el trabajo de las profesionales de la salud que forman en autoconocimiento sexual a las mujeres, desde el área de conocimiento en que me gusta trabajar, la filosofía y más concretamente la investigación en género, quiero constatar lo importante que es para nuestra salud el conocimiento de nuestro cuerpo y de nuestros órganos sexuales como seres pensantes que somos. En concreto las mujeres necesitamos de este conocimiento porque parte de nuestros órganos son internos y los más externos, la vulva y la vagina no suelen nombrarse de forma positiva.

Hoy quiero nombrarlas y mostrarlas reconociéndolas mediante las representaciones artísticas para devolver el valor que han tenido en la historia de nuestra cultura, pues aunque durante años hayan predominado los símbolos fálicos por la tendencia de la cultura patriarcal a rechazar todo lo femenino, la vulva se puede encontrar en muchos lugares, desde capiteles de iglesias hasta puertas de ciudades donde estatuas guardianas enseñan su vulva a los posibles invasores para disuadirlos de malas intenciones.

La primera vez que me topé con una imagen que me hizo pensar en la conspiración contra la vulva fue en 1984, en el Monasterio de El Escorial, en Madrid durante un viaje de estudios. Mi profesor tenía amigos hasta debajo de las piedras de las iglesias y en ese caso un monje jerónimo hizo las veces de guía y nos enseñó rincones ocultos para el público en aquel magnífico edificio. En el coro del monasterio, en la parte baja de los asientos, al levantarlos, pude ver sorprendida

bajorrelieves eróticos tallados en la madera que mostraban grotescas imágenes de mujeres mostrando sus vulvas, eso me hizo pensar que algo faltaba en las explicaciones académicas y que podía ser interesante descubrirlo.

Me gustaría además evidenciar -como ya se ha anunciado en otros ámbitos- que en tiempos anteriores la vulva tuvo gran importancia, incluso más que el órgano sexual masculino, pero hubo un giro, un vuelco de pensamiento que hizo perder al órgano sexual femenino su lugar en el podio. No se trata de la jerarquía pero sí de devolverle el valor perdido. Para ello he seguido los trabajos de **Lila Leibowitz** en el asunto de los orígenes de la división sexual del trabajo y he buscado su reflejo en el arte; también he seguido a **Thomas Laqueur** para entender la construcción del concepto "sexo" desde los griegos a Freud y a **Mithu M. Sanyal**, en su tesis sobre la Vulva como *La revelación del sexo invisible...*

He leído estos trabajos emocionada por reconocer pensamientos propios no verbalizados, y porque en ellos podía vislumbrar el reconocimiento social negado a nuestros órganos sexuales.

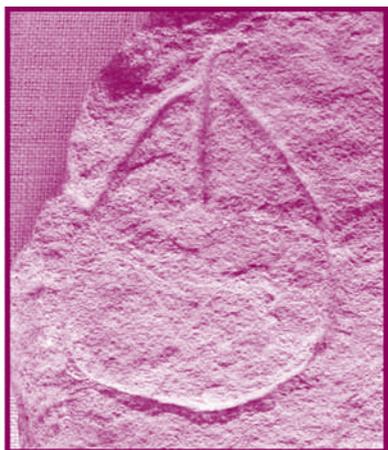
Vulvas en la prehistoria: las Mouras, Sheela-na-Gig y Baubo.

Desde hace miles de años, desde que estamos en la tierra y desde que somos conscientes de nuestras formas, nos representamos en paredes, en piedras, en pieles o en lienzos. Las representaciones que hacemos de nosotros, de nosotras y de nuestro entorno incluyen nuestro cuerpo como repre-

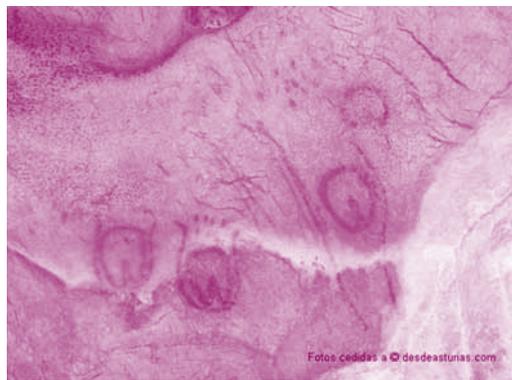
sentación estético-emocional que nos identifica. Nos gusta reconocernos y mostrarnos, por eso, al indagar en nuestro pasado más lejano, del cual tenemos referencias en imágenes, encontramos hombres, mujeres, animales, motivos vegetales en las que podemos reconocer nuestro mundo... con las que nos identificamos.

En general, como seres humanos sociales, necesitamos sentirnos iguales o parecidas a aquello que recibimos como socialmente reconocido. Algo que nos es familiar es identificado fácilmente como nuestro y nos sirve de guía de conocimiento. Buscando huellas en el pasado que nos identifiquen podemos encontrar relieves o bajorelieves de figuras como estas que no dejan duda alguna:

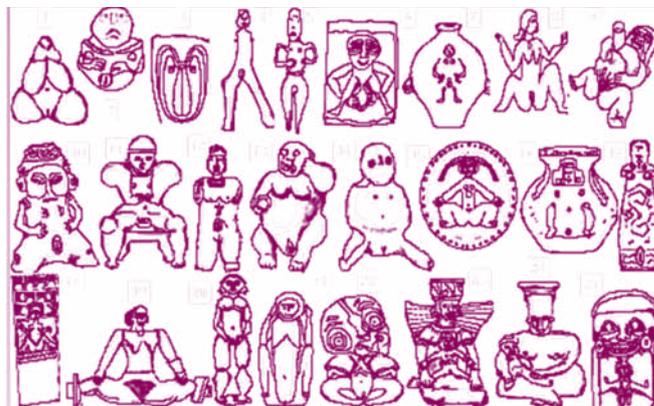
Vulvas marcadas en las rocas de la Cueva de Le Blanchar , Francia



Vulvas en Cueva de Tito Bustulillo en Asturias



Figurillas o relieves femeninos arcaicos mostrando su vulva o la de su hija (desde Yugoslavia a la Micronesia):

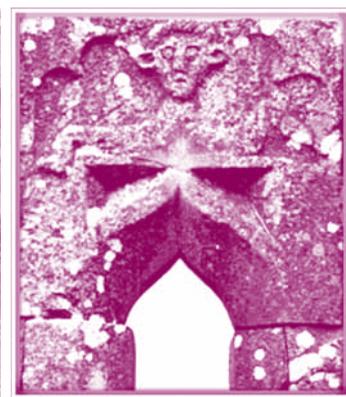
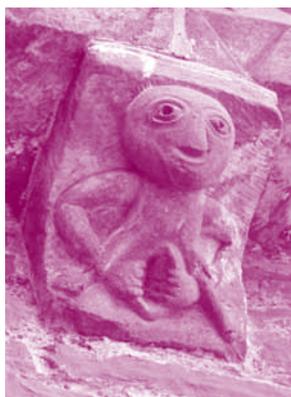


Diosa Baubo

La mitología Griega cuenta que una mujer de Eleusis, llamada Baubo fue la única que consiguió sacar a Deméter de la depresión que sufría tras la pérdida de su hija Persefone y lo hizo al estilo de la comedia, utilizando su vulva y haciendo reír a Deméter como nada lo había conseguido.



Sheela-na-Gig en la Iglesia de St Mary and St David en Kilpeck, Herefordshire y Sheela-na-Gig en ventana de muralla.



Podríamos decir que el rechazo por lo femenino había sido moderado hasta el concilio de Nicea, donde el emperador Constantino liberará a los cristianos de la persecución sufrida, pero a partir de entonces todo el imperio se irá olvidando del sol y de Mitra y de Diana cazadora y del resto de diosas protectoras paganas, para aceptar una nueva cosmogonía, una nueva visión del universo en la que la jerarquía del padre y el hijo (a la que se añade otro masculino en la triada, el Espíritu Santo) necesitaban confrontarse con lo femenino para reafirmar su poder.

Aquí hay que recordar el eterno dualismo nacido con la dicotomía de los pares enfrentados, que para el cristianismo no significará equilibrio sino jerarquía dominante de una parte sobre la otra. Recordemos:

- La noche-el día
- El mal-el bien
- El infierno-el cielo
- La mujer-el hombre
- Lo femenino-lo masculino

...de esta forma se fueron mutando valores y lo que alguna vez tuvo equilibrio se desmontó y la balanza se inclinó hacia uno de los lados favoreciéndolo.

Hablando de Mitra podemos avanzar desde este punto y comenzar a apreciar el giro, el cambio de mentalidad del paganismo al cristianismo y entender cómo se acentuó el desprecio por lo femenino:



Vemos al dios pagano Mitra enmarcado en una vulva, o en lo que también se llamó puerta de la vida. De la misma forma podríamos interpretar que Pantocrator está enmarcado en la vagina de la virgen, la creadora de Cristo, ¿no? Pues no. La vulva que protege y enmarca y a la vez otorga importancia y poder al dios pasará a ser conocida como la **vesica piscis**.

Según nos cuenta M.M. Sanyal (op. cit. pag 61), en la iglesia primitiva, la forma almendrada simbolizó durante un tiempo la vulva de la Virgen María hasta que los primeros cristianos acabaron llamándola **vesica piscis** pero, ¿qué es eso de la **vesica piscis**?

El término "vesica piscis" se traduce del latín literalmente como "vejiga de pescado," pero probablemente se refiere a cualquier vejiga que toma la forma de un pez cuando se llena. El símbolo **vesica piscis** aparece con frecuencia en el arte y en la arquitectura medievales. Pero ¿por qué un pez?: La palabra "pescado" se traduce al griego como "IXTYS", que es un acrónimo de "Jesús Cristo, Hijo de Dios, Salvador".

El Vesica Piscis se hace uniendo dos círculos juntos, con lo que el borde exterior de cada uno entra hasta la mitad en el otro formando un centro en forma de almendra que se denomina una mandorla (del latín almendra) "Vesica" o "vesica piscis" a veces también se utiliza para describir sólo este centro en forma de almendra. De la mandorla se puede ver fácilmente como un cáliz o grial, conectando el símbolo de Avalon.

Cuando la Vesica Piscis se muestra verticalmente, la mandorla tiene la forma de un pez. Los primeros cristianos adoptaron el símbolo del pez como propio, y lo utilizaron como una especie de código secreto para identificarse entre sí y evitar la persecución.

Cuando la Vesica Piscis se ve en horizontal, sin embargo, la mandorla se convierte en el paso del nacimiento. El óvalo de puntas es un símbolo universal de la Femenina Divina, y en este contexto la Vesica Piscis era la vulva de la Diosa, rodeado por las crecientes del creciente y menguante lunar. La mandorla como paso del nacimiento se puede ver fácilmente en las cifras sheila-na-gig que se encuentran en las iglesias irlandesas, y en Kali, en las cifras en cuclillas de la diosa hindú. Las almendras son un símbolo de fertilidad primitiva, y como tal, están asociados a la Cibele frigia diosa y su consorte transsexuales, Attis, y la ninfa griega Phyllis, que fue transformado en un almendro. Fish, también juegan un papel importante en las vidas de las diosas de muchas culturas. "Delphos" se traduce del griego como ambos "útero" y "delfín".

El universo del Hildegarda de Bingen (1098-1179)

Quiero presentaros ahora a **Hildegarda de Bingen**, que habiendo sido educada por su tía Jutta -a la que sustituiría como abadesa en el convento- en el Latín, las Sagradas Escrituras y la música, adquiriendo posteriormente los conocimientos necesarios para realizar su enciclopedia de Historia Natural, *Phisica*, que fue el tratado más científico de todas sus obras y se usó como texto para la enseñanza en la escuela de medicina de Montpellier.

La Abadesa Hildegarda no era una persona del montón, sus conocimientos abarcaban la ciencia médica, la enfermería, las ciencias naturales, la botánica de plantas medicinales y la filosofía espiritual y religiosa. Aunque combinaba las artes de ambas disciplinas -la medicina y la enfermería- en su trabajo, fue más ilustre como médica que como enfermera. También predijo la autoinfección y reconoció que el cerebro era el regulador de todos los procesos vitales, todo esto le dio una supremacía natural, por lo que en algún momento se llegó a creer que estos conocimientos eran el resultado de estar poseída por un espíritu maligno.

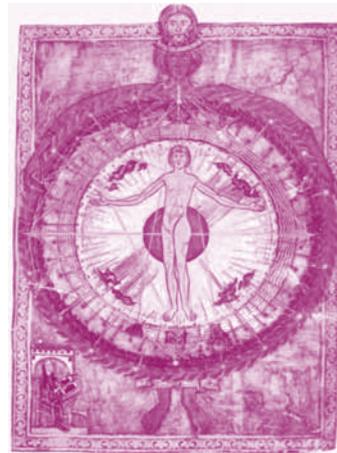
La idea de lo natural como contraposición a lo divino y el emplazamiento del hombre en lo espiritual en contraposición a la naturaleza, a lo "in-animado" aristotélicamente hablando, constituye una de las más decisivas y determinantes dicotomías del pensamiento occidental. Cuando la cultura medieval construye las bases que regirán el pensamiento científico de todo occidente se apoya en las teorías aristotélicas, pero se trata de un Aristóteles tamizado por el filtro del "oscurantismo" medieval.

La atención a la naturaleza con una mirada que busca lo divino en ella es característica del siglo XII; habla del descubrimiento del carácter sacramental del universo, percibido como una totalidad en la que el todo penetra cada una de sus partes: "Dios lo concibió como un único ser viviente", dice Hildegarda.



En *Scivias*, Hildegarda pinta al mundo como un huevo cósmico, subrayando la idea de esa totalidad como algo orgánico, vivo, en crecimiento; un dinamismo opuesto al universo estático de Platón, y avanzando el concepto holístico del ser humano, es decir, un todo. En su explicación de la visión alienta el origen divino de la creación, eterna en el seno de la Trinidad y desplegada en el tiempo; la simbología es profusa, característica de todas sus visiones y acorde a su condición de profetisa. Pero en el *Libro de las obras divinas* el universo tiene la forma de una esfera, figura que le permite un mejor manejo de las proporciones, en relación con las del cuerpo humano. Los dibujos de Hildegarda nos recuerdan,

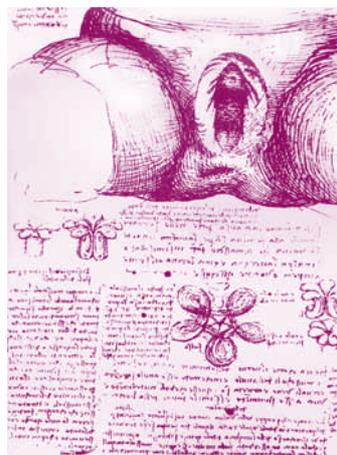
con cuatro siglos de anticipación, el famoso estudio sobre las proporciones del cuerpo humano, de Leonardo da Vinci. Es curiosa esta obra de la abadesa que nos sirve para introducir al grande y querido Leonardo:



Estudios anatómicos de Leonardo Da Vinci (1452-1519)

Tras un período en el que el arte, el dibujo, se habían centrado casi exclusivamente en representaciones religiosas, resulta impactante enfrentarse sin ningún tipo de matizaciones con una vista directa de la vulva femenina. Poco conocido dibujo de Da Vinci:

Leonardo Da Vinci: "Vulva, Estudios sobre la mecánica de los músculos de los orificios del cuerpo"



Hemos de situar este dibujo en una época en la que los estudios de medicina se realizaban sobre tratados en latín, griego y árabe, sin ningún tipo de ilustración ni esquema, tan sólo descripciones escritas llenas de eufemismos y circunloquios.

Realizar una disección era delito castigado por la Inquisición. Y por supuesto, el cuerpo humano era el templo de Dios, inmune a cualquier investigación o estudio. En este ambiente, Leonardo fue acusado en varias ocasiones ante el tribunal de la Santa Inquisición por sospechas de brujería y nigromancia. Leonardo posiblemente efectuó disecciones ilegales de cadáveres robados, y de ahí las acusaciones, de las que siempre se libró. Sus intereses sobre anatomía eran básicamente dos: el sistema circulatorio, en el que creía estaba el secreto de la vejez y la muerte; y el sistema reproductivo femenino, donde obviamente se origina la vida.

En el dibujo podemos ver que Leonardo relaciona directamente la vulva femenina con las flores, puesto que el sistema de reproducción debía ser similar. También la botánica le proporcionó los indicios necesarios para explicar los misterios de la circulación y su decadencia física. En cualquier caso, se trata de la primera muestra de interés por el funcionamiento físico del cuerpo humano, lejos de las creencias místicas que lo consideraban una creación divina inaccesible a la razón humana. A pesar de que se realizan avances en ilustrar el cuerpo humano de una forma más naturalista, el conocimiento de anatomía provenía de textos antiguos e islámicos medievales los cuales eran los fundamentos para entender el cuerpo femenino tal y como estaba expuesto en dichos libros. En esa época, parece ser que se pretendía hacer triunfar el modelo anatómico "unisex", pero realmente se subyugó la forma femenina a la masculina.

Ilustración anatómica femenina, los anatomistas y su manía de convertir el cuerpo femenino en un envase.

Conozcamos algo curioso sobre la exhibición del cuerpo de la mujer. En las ilustraciones de disecciones de mujer no se hacía pública la persona que hacía la disección. La mujer se ilustraba exhibiéndose ella misma.

En el texto de anatomía de Vesario *De humani corporis fabrica* (1543), se puede observar como la vagina y el útero asemejan un pene invertido, un envase que recibe el contenido.

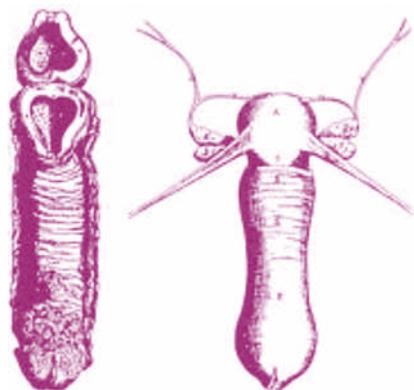


Fig. 20. (left) Vagina as penis from Vesalius, *Fabrica*.

Fig. 21. (right) The vagina and uterus from Vidius Vidius, *De anatome corporis humani* (1611)

Y como vemos, la anatomía de la mujer surge de la comparación con la masculina. Sus órganos reproductores son los masculinos invertidos. Esta forma de ver la anatomía provenía, como hemos estado comentando, de siglos de influencia cristiana sobre la visión de la mujer.

Adrés Vesalio (1514-1564), Gabriel Falopio (1523-1562), Mondino de Luizzi (1270–1326) fueron los primeros grandes anatomistas. Pero he querido recordar a la casi desconocida **Alessandra Gilliani**, (1307-1326), ayudante y colaboradora de Mondino, que murió agotada por el trabajo. En un panorama tan duro para la afirmación de una mujer en un ámbito de claro predominio masculino, surge esta figura de una modernidad sin par, que fomentaría el entusiasmo de cualquier investigador: una joven mujer de la Edad Media, una estudiosa de anatomía que se hizo célebre por haber ideado una técnica para obtener los calcos en cera de vasos grandes y pequeños, con casi dos siglos de antelación respecto a las aplicaciones de Leonardo da Vinci, nos deja como poco electrizados. El Diccionario Biográfico de los Científicos y de los técnicos la sitúa entre los médicos:

Alessandra Giliani:

Médica. Alumna y habilísima ayudante de Mondino de Luizzi, el célebre anatómico boloñés, preparaba a los cadáveres para las demostraciones y las clases de su maestro. Se le atribuye una técnica para vaciar las venas y las arterias de sangre para rellenarlas de fluidos de colores que, al solidificarse, permitían un estudio exacto y detallado del sistema circulatorio.

Gustave Courbet (1819-1877)



Con su obra *L'origine du monde* (1866), Gustave Courbet hace gala de su Naturalismo combativo y nos presenta un desnudo real que transmite vida a la primera mirada. Este nombre no se le atribuyó al cuadro hasta comienzos del siglo XX y fue adquirido por un anticuario en la subasta que se realizó en 1868. Sus andanzas posteriores son en cambio

poco claras. Edmond de Goncourt lo vio por primera vez en 1889 en la tienda de un anticuario, oculto tras un panel en el que estaba pintado un castillo en medio de un paisaje nevado. El Barón Húngaro Hatvany los llevó a Budapest, donde permanecieron hasta la segunda guerra mundial, cuando la Wehrmacht se apoderó de ellos. Terminaron sin embargo en manos del Ejército rojo, quien se los devolvió a su legítimo dueño el Barón Hatvany que trasladó su residencia a París en 1947 y en 1955 Jacques Lacan adquirió de él *L'origine du monde*.

Por último, tras la muerte de Lacan en 1981, *L'origine du monde* pasó a ser propiedad del Estado francés en pago de los impuestos sucesorios. Desde 1995 se expone en el Musée d'Orsay de París junto con otras obras de Courbet.

He encontrado en la red este montaje que se hizo en una galería recordado las vicisitudes de esta obra:
¿No llama la atención tan rocambolesca vida para un cuadro



que acabará titulándose *El origen del mundo*? Este cuadro al margen de que representa la vulva de una mujer es importante por que la escala, el encuadre y el punto de vista elegidos por el artista supusieron una radical novedad respecto de toda la tradición pictórica anterior, es ya casi reconocible un encuadre fotográfico, produciendo en el espectador una fuerte impresión de sensualidad y erotismo.



Etienne Donés, Marcel Duchamp. (1887-1968)

Para terminar podría haber elegido a muchos (que no muchas) de los creadores vanguardistas del sXX pero me atrae especialmente la figura de Marcel Duchamp y su obra *Etienne Donés*.

Es frecuente desprender de las obras de Duchamp lecturas con contenidos explícitamente sexuales, en general, los análisis de su obra se mueven entre el psicoanálisis y los cuestionamientos académicos e institucionales de las artes plásticas.

Los últimos años de su vida, Duchamp preparó en secreto la que sería su última obra y que sería armada sólo después de su muerte, ésta es un diorama que se observa a través de un agujero en una puerta del museo de Filadelfia, lo que ahí dentro se ve, es una parte del cuerpo de una mujer, ostentando una lámpara en un paisaje rural. El título añade aún más incertidumbre a las lecturas que se puedan hacer de la obra "Dados: 1. La cascada 2. El gas del alumbrado público"

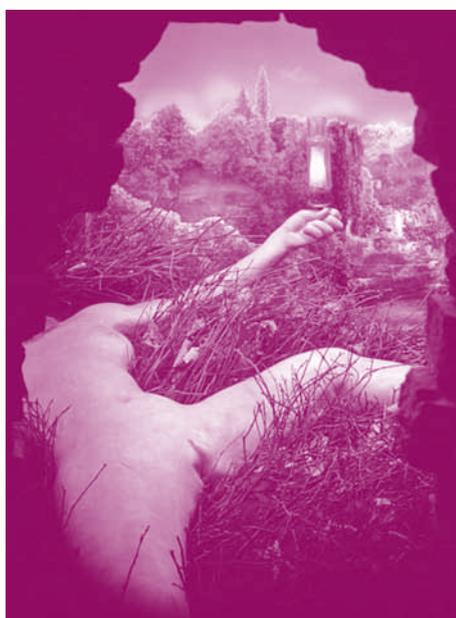
Existe otra "lectura" de la obra de Duchamp, y, por inclusión, de todo el llamado "arte moderno": Toda su obra es una burla al espectador, carente por completo de significado de ningún tipo. Dalí se mofaba abiertamente de la "búsqueda de lecturas" de los críticos de arte moderno. Solía decir: "Esto que he hecho ni sé lo que es, pero está lleno de significado".

Se trata de un cuadro, visible sólo a través de un par de mirillas (una para cada ojo) en una puerta de madera, de una mujer desnuda tumbada boca arriba, con la cara oculta y las piernas sosteniendo una lámpara de gas en el aire con una mano contra un telón de fondo del paisaje.

Duchamp trabajó en secreto en la pieza desde 1946 hasta 1966 en la aldea de Greenwich. Se compone de una anti-

gua puerta de madera, ladrillos, terciopelo, ramas, una figura femenina hecha de pergamino, vidrio, linóleo, un surtido de luces, un paisaje compuesto por elementos pintados a mano y fotografiadas y un motor eléctrico situado en una lata de galletas que hace girar un disco perforado.

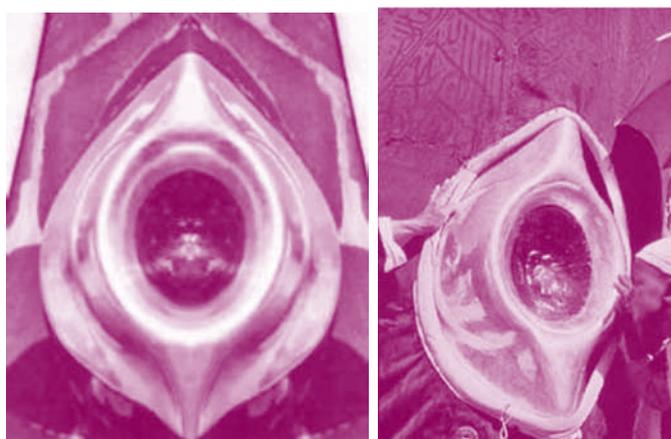
La escultora Maria Martins, la novia de Duchamp de 1946 a 1951, sirvió de modelo para la figura femenina en la obra, y su segunda esposa, Alexina (Teeny), sirvió de modelo para el brazo de la figura. Duchamp preparó un manual " de Instrucciones " en una carpeta de 4 anillas explicando e ilustrando cómo montar y desmontar la pieza.



Muchas interpretaciones puede haber de lo que se acaba viendo por la mirilla y de su montaje, pero lo que está claro es que no te deja indiferente y una de las razones es la visión de una vulva rota.

No quiero terminar sin volver al pasado, y quiero además con esta última imagen mostrar el recuerdo actual de que la vulva protege y sostiene. El arte y otras expresiones del ser humano, como la religión nos ayudan a ver la importancia de conocer nuestro cuerpo y nuestra vida, lo que somos.

Desconocida pero admirable forma de vulva tiene el recipiente que guarda la Kaaba (piedra negra), la famosa reliquia musulmana de la Meca.



BIBLIOGRAFÍA

- ALIC, Margaret, (1991) El legado de Hiparía. Editorial siglo XXI. Madrid.
- AMORÓS, Celia. (1991): Hacia una crítica de la Razón Patriarcal Ed.; Anthropos, Barcelona
- ANDERSON, Bonnie. S. y ZINSER, Judith. P., (2007): Historia de las mujeres: Una historia propia. Traducción: Teresa Camprodoón y Beatriz Villacañas. Ed: Crítica. Madrid
- LAQUEIUR, Tomás (1990) La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Feminismos. Madrid.
- MARTÍN-CANO, Francisca. (2001): Recolectoras, danzantes y cazadoras pintadas en escenas artísticas prehistóricas levantinas. Artículo en Revista on-line de Historia y Arqueología: ODISEO: Rumbo al Pasado. Año I, Nº 3, Málaga, agosto.
- SANAHUJAYII, Maria Encarna (2002) Cuerpos sexuados objetos y prehistoria. Ed. Feminismos. Madrid.
- SANYAL, Mithu M. (2012) Vulva, la evolución del sexo invisible. Ed. Anagrama.
- De BEAUVOIR, Simone. (1987a): El Segundo Sexo I. Los hechos y los mitos. Traducido del original francés de 1949 por Pablo Palant Ediciones siglo XX Buenos Aires.
- De BEAUVOIR, Simone. (1987b): El Segundo Sexo II. La experiencia vivida. Traducido del original francés de 1949 por Pablo Palant Ediciones siglo XX Buenos Aires
- VALCÁRCEL, Amelia (1991): "Sexo y Filosofía", Madrid, Anthropos.

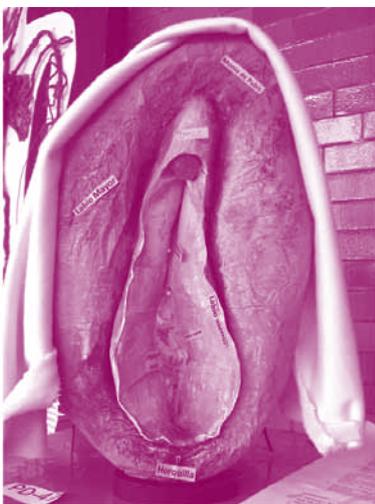


Noemia Loio Marqués

Médica (recién salida del horno)

nenacata@gmail.com

Tenemos el Placer de presentaros a La CLIBIOGINA



SOY
CLIBIOGINA

=

(**CLítoris +
laBIOs +
vaGINA)**

ASÍ NACIÓ LA CLIBIOGINA:

CLI= de clítoris, **BIO**= de labio, **GINA**= de vagina

Los objetivos del proyecto eran claros y prácticos:

1. Conocer la anatomía genital femenina
2. La exploración de estas estructuras
3. Poder visibilizar y acercarnos a estas estructuras, y poder disfrutar de ellas, a través de materiales visuales, textiles y olfativos
4. Reconocer su importancia y características de ellas para el placer sexual femenino
5. Facilitar el aprendizaje médico y clínico a estudiantes y a profesionales de la salud
6. Acercarnos a estas estructuras y transformar los estereotipos de género y de la sexualidad

Además de incentivar al público y a nosotras mismas a conocer nos internamente, a descubrir nuestros órganos, a explorarnos, a disfrutar de nosotras mismas, solas o en compañía, pero con respeto, libertad y placer, pretendíamos educar al cuerpo médico

Somos tres estudiantes, dos de medicina y una de diseño gráfico (**Eunice Rojas**, **Erendira Rojas** y yo misma) que nos preguntábamos cómo podíamos conectar la filosofía feminista con las androcéntricas asignaturas que estudiamos (anatomía, fisiología, ...). Entonces, nos enteramos por casualidad del XV concurso de anatomía de la Universidad Nacional Autónoma de México (yo estaba de intercambio de estudios en el Instituto Politécnico Nacional, en Ciudad de México), que incluía una modalidad de piezas didácticas.

¡Era la oportunidad que esperábamos para hacer realidad nuestras inquietudes!, ¡la hora de visibilizar a las mujeres, visibilizar nuestros cuerpos, nuestra hermosa estructura, de, simplemente, SER!!

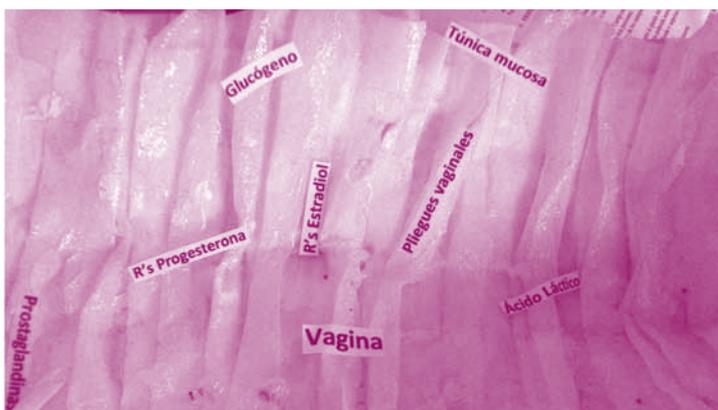
Nos pusimos manos a la obra: Juntamos esfuerzos, conocimientos, ideas, ilusiones; debatimos, pensamos, sentimos, nos emocionamos, y dejamos la mente brillar. Teníamos dudas sobre qué parte de la anatomía de las mujeres representar... sin duda debería ser algo nuestro, solamente nuestro, algo no comprendido, poco conocido y disfrutado... que combinase belleza, ciencia, potencial, funcionalidad... que nos permitiese tener aun más orgullo de nuestro cuerpo, de nuestras capacidades y potencialidades, conocer un poco más de nosotras... que nos ayudase a empoderarnos...

El proceso de construcción de la Clibiogina fue progresivo, exponencial y cada detalle fue pensado y sentido. En conjunto aportamos materiales diversos: tejidos coloridos, con variadas texturas, cable eléctrico de distintos colores, papel, pegamento...; revisamos los libros de anatomía ginecológica (confirmando de nuevo la mirada androcéntrica respecto a las estructuras anatómicas femeninas), consultamos nueva información sobre sexualidad y órganos sexuales. Cada estructura fue pensada con detalle, combinando conocimientos científicos, médicos y anatómicos, con conocimientos gráficos de dibujo y materiales, e intentando adecuar el material empleado en la representación de cada una de ellas a su función, características anatómicas, color, textura, propiedades...



Así, conseguimos los colores del vello púbico; también, esa cierta distensibilidad de los labios menores (con papel pegado un día antes y todavía no seco); la humedad y rugosidad de la vagina; tratamos de reflejar la importancia del cuidado a tener con los labios mayores; y de desmitificar el simbolismo del himen (no colocándolo totalmente alrededor de los labios menores);

intentamos simular los orgasmos clitoridianos con una linterna radiante, para desmitificar también las relaciones sexuales coitocéntricas; visibilizamos las arterias y nervios que irrigan e inervan las estructuras; tratamos de plasmar las múltiples propiedades del músculo que constituye la vagina...



Por último, nos concentramos en el cuello del útero. El marketing médico lo ha cargado habitualmente de simbolismo negativo, pues es la estructura de donde se recogen las muestras para la citología para detectar el virus del papiloma, la estructura que la vacuna VPH "quier proteger", la estructura objeto de muchas intervenciones quirúrgicas, médicamente es usada para "asustar" a las mujeres e incitarlas a vacunarse, es también la estructura con la que conecta el glánde del pene en una relación sexual de penetración peniana!... Por todo ello, decidimos titular su representación como "Conoce la Anatomía Sexual Femenina", con lo que pretendíamos conferirle un simbolismo positivo, de puerta de entrada al conocimiento.

De principio a fin, la Clibiogina es didáctica, educativa y ¡hermosa! Desmitifica estereotipos de género, ilustra la belleza femenina sexual, deja florecer su anatomía y fisiología, estimula al autoconocimiento y DA capacidad para el disfrute! Igual que en su proceso de elaboración, ella nos anima a la reconstrucción de nosotras mismas, como mujeres, como personas.

Y nos dieron un diploma, ¡Claro!



Belén Nogueiras

Piscóloga

Retando al sistema



Las reacciones sociales ante la acción de Femenme conducen a las palabras de M^a Luz Esteban: "El empoderamiento de las mujeres es y será siempre corporal o no será".

El cuerpo siempre ha sido uno de los territorios centrales para la articulación de los enunciados feministas. La teoría y el activismo feminista situaron el cuerpo en el centro de su mirada, el cuerpo es un lugar donde lo personal, lo cultural y lo político confluyen y se expresan. En el feminismo, el cuerpo ha sido procesado social y políticamente como lugar de resistencia y creatividad. El feminismo pone el cuerpo en el centro de la lucha y la reivindicación. La expresión de ideas políticas mediante el cuerpo ha sido una de las estrategias del activismo feminista. Las feministas han pintado y escrito sobre sus propios cuerpos, los han exhibido desnudos, los han fotografiado y expuesto en espacios públicos como forma de subversión y expresión de su pensamiento y sus reivindicaciones. En el feminismo, el cuerpo está cargado de sentido social, el cuerpo se ha convertido en una metáfora de la agenda política. Mostrar el cuerpo ha sido una forma de desafío a las normas patriarcales, y también de empoderamiento frente a ellas. El hecho de exponer el cuerpo, expresar en él y mediante él en el espacio público tiene en sí mismo un poder cuestionador y subversivo, ya que el orden patriarcal lo ha considerado y asignado al ámbito personal, íntimo y privado, y estas acciones lo transforman en público y político, retando al sistema.



Alba Martínez Rebolledo
Licenciada en Pedagogía
albamartinezrebolledo@hotmail.com

LA EDUCACIÓN DE NUESTROS CUERPOS Y NUESTRA VIDA SEXUAL

El movimiento self-help se ha caracterizado por su interés en la salud y, sobre todo en la sexualidad, poniendo un gran interés en el autoconocimiento como proceso de descubrimiento del propio cuerpo y de liberación. Las temáticas que se han tratado dentro del self-help han ido desde los anticonceptivos, al aborto, pasando por la fisionomía de los genitales, las enfermedades de transmisión sexual, la medicalización de las mujeres y la crítica al poder médico. Es, por tanto, un movimiento enfocado a la salud de las mujeres puesto que ¿en qué sentido podría ser concebido algo claramente enfocado al área de la salud como un movimiento educativo?

Plantearse el self-help como educativo supone una ampliación de lo que tradicionalmente concebimos como educación, de la misma forma en que los movimientos sociales, y en especial el feminista, de los 60 y 70 se ha estado planteando nuevos enfoques de concebir la opresión en una búsqueda de la liberación buscando en otros lugares y en otros espacios más allá de las tradicionales concepciones de la clase como fuente de la dominación.

Lo educativo está en toda relación interpersonal o en grupos en el que se produce algún tipo de aprendizaje, es decir, un cambio significativo en algún comportamiento, actitud o valor. Lo educativo traspasa los muros de las escuelas y la acción pedagógica forma parte también de todo aquello que supone asunción de significados a través de la cultura. Es por tanto la educación un elemento que puede ser utilizado como herramienta de dominación, cuando la acción pedagógica genera y reproduce los intereses de un grupo dominante; o como un elemento de liberación¹, en una

búsqueda de emancipación y transformación social. El cambio, objeto elemental de todo movimiento social, es también el de la educación crítica, y el self-help pertenece, sin lugar a dudas, a esta educación crítica, liberadora, transformadora y emancipadora. ¿Es el autoconocimiento un modelo de aprendizaje del cuerpo? ¿De qué forma y en qué medida ha supuesto un elemento de transformación entre quienes lo han practicado? La preocupación por generar autoconocimiento, y ya sabemos que conocimiento es poder, es la preocupación por ocuparse de las carencias en la educación para la salud y en la educación para la sexualidad y que tiene relación con la ruptura de estereotipos, con el redescubrimiento de una misma en la búsqueda del placer, pero también es un proceso de empoderamiento, de autonomía, de mayor seguridad y finalmente de emancipación y liberación.

¿Qué podemos aprender y rescatar de este tipo de experiencias? Estas y otras preguntas presentadas a lo largo de este breve artículo son las que me he hecho a lo largo de los últimos meses en el desarrollo de mi Tesis Fin de Máster². Hace más de 40 años que el self-help y el autoconocimiento nacieron, pero varias décadas después aún se perciben muchas carencias con respecto a la educación de la salud y la sexualidad. Quienes nacimos en los 80 hemos crecido en un mundo donde la sexualidad deja de ser tabú en según qué contextos y según de qué manera, pero el conocimiento, la reflexión y la liberación abundan por su ausencia (no siempre, pero no se generalizan). Los tiempos han cambiado y habría que revisar de qué modo podemos volver a mirar nuestros cuerpos y percibir el de los demás, pero sin duda sigue existiendo la necesidad de sumergirnos en ese aprendizaje tan individual como colectivo.

Es importante plantearse el carácter educador crítico de los movimientos sociales y, más concretamente del movimiento feminista, porque concebir hasta qué punto las mujeres tienen agencia en el proceso de autoformación y concienciación donde lo personal es político (y lo político es personal) para el cambio social, es hacerlas/nos protagonistas de la estructura social y de nuestras propias vidas. Se pueden valorar de esta forma los modelos de aprendizaje que se generan en los diferentes círculos feministas, la creación de conocimiento y la crítica al poder-saber y ello supone la creación de ciencia no androcéntrica en las áreas pedagógicas y de ampliar las concepciones que ponen límites en la forma de concebir lo educativo y dar valor a lo que ocurre en los márgenes, sean elegidos o sean impuestos ¿Es posible nutrirse de las ciencias sociales críticas y, más concretamente, de la pedagogía? ¿Es posible que éstas tengan en cuenta las prácticas feministas? ¿Qué tiene el movimiento self-help que decir sobre la educación para la salud y para la sexualidad tal y cómo es hoy día?

1. *Muy interesante en este sentido leer algunos autores que realizan crítica de una y buscan la forma de crear las otras, como Pierre Bourdieu en "La reproducción. Teoría del sistema de enseñanza" y libros del muy conocido Paulo Freire como "La pedagogía del oprimido" o "La educación como práctica de la libertad".*
2. *Esta tesis se ha desarrollado en el Máster Erasmus Mundus de Estudios de las Mujeres y Género de la Universidad de Granada. "El movimiento self-help y el autoconocimiento como práctica de la pedagogía crítica. Análisis de una vertiente del movimiento feminista en el Estado español (1976-1985)" y que estará disponible online en DIGIBUG Repositorio Institucional de la Universidad de Granada <http://digibug.ugr.es/>*

RETIRADA DE MYOLASTAN



La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informó en junio de la suspensión de comercialización de Myolastan® (tetrazepam) que sería efectiva el día 1 de julio de 2013.

Lo ha hecho siguiendo las directrices dadas por el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC). Las razones aducidas son que el tetrazepam se ha asociado a un "riesgo de aparición de reacciones cutáneas, que ocasionalmente pueden ser graves. Adicionalmente, los datos relativos a la eficacia clínica no son lo suficientemente sólidos como para considerar favorable el balance beneficio-riesgo".

Se recomienda a los facultativos que no lo receten y a los farmacéuticos que no lo vendan.

También recomienda a los facultativos "revisar los tratamientos en curso y en caso necesario sustituir tetrazepam por otra alternativa terapéutica".

Teniendo en cuenta el alto consumo de este fármaco que hay en España (es un clásico para los dolores musculares) y de su capacidad adictiva, hay voces que alertan del peligro de redirigir a sus consumidores hacia los ansiolíticos, fármacos potencialmente peligrosos a largo plazo.

http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/NI-MUH_FV_15-2013-myolastan.htm

TENER PAREJA SÓLO LES PROTEGE A ELLOS

Un nivel alto de estudios protege a las mujeres ancianas de la depresión. El factor protector en el caso de los hombres es el hecho de tener pareja.

A esta conclusión ha llegado un estudio cualitativo de la Universidad de Lleida (UDL). El estudio, de tipo transversal descriptivo, examinó las posibles diferencias entre los sexos en la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 75 años. La fuente de datos fue la encuesta realizada para el estudio de fragilidad en Lleida (encuesta FRALLE).

Los resultados arrojados fueron que la prevalencia de síntomas depresivos es del 33,1% para el conjunto de la muestra, del 22,8% para los varones y del 40,3% para las mujeres. O sea, las mujeres en general tenían un mayor riesgo de depresión, incluso después de hacer los ajustes necesarios por factores sociodemográficos y por estado de salud.

Por otra parte, como ya se ha dicho en el titular, los factores que aparecieron como protectores de la sintomatología depresiva fueron: el nivel alto de estudios en las mujeres y la presencia de pareja en los varones.

Sólo podemos especular sobre la razón de estas diferencias: Tal vez el nivel alto de estudios protege a las mujeres mayores porque les proporciona un más amplio espectro de intereses y actividades. Tal vez les permite una mayor independencia, de acción y/o de criterio. Tal vez esta circunstancia ya les ha protegido en edades anteriores ya que a lo mejor les ha permitido trabajar fuera de casa, que ya sabemos que es menos depresógeno que ser ama de casa en exclusiva... Pero hay un dato claro que refleja el estudio: la pareja no es un factor protector para las mujeres, mientras que para los hombres es EL factor protector.

De nuevo nos encontramos con el invisible trabajo de cuidado y sostén de las mujeres a las que, sin embargo, no cuida ni sostiene nadie, al parecer.

Escobar Bravo MÁ, Botigüé Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. [Depressive symptoms in elderly women. The influence of gender]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 Mar-Apr;48(2):59-64.

LOS RECORTES DESMANTELAN LA SANIDAD ESPAÑOLA



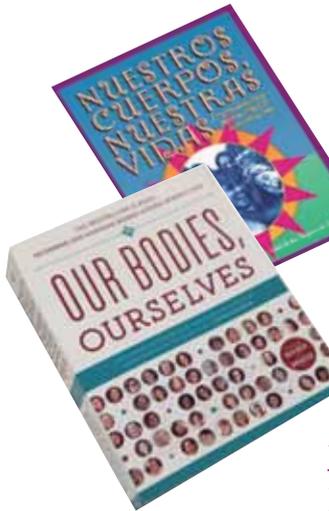
"Las "reformas" impuestas por la austeridad pueden conducir, sin medidas correctivas, al desmantelamiento efectivo de gran parte del sistema sanitario español, con posibles efectos perjudiciales sobre la salud."

Esto dice literalmente el subtítulo de este análisis que publica la prestigiosa revista médica, British Medical Journal (BMJ). En él se hace un repaso muy detallado de las medidas de la llamada austeridad y recortes presupuestarios que se están produciendo en España, en el estado del bienestar y especialmente en el sistema sanitario, desde el comienzo de la crisis: el gran recorte al presupuesto de la ley de dependencia, la supresión de la tarjeta sanitaria a los emigrantes sin papeles, la reducción del presupuesto sanitario, el copago farmacéutico y de servicios hospitalarios, la bajada de pensiones, el aumento del paro, la situación de endeudamiento de las comunidades autónomas que soportan el gasto sanitario, ...

El artículo es claramente crítico con las medidas adoptadas y con la forma de adoptarlas: "Estas modificaciones presupuestarias fueron acompañados por un cambio estructural que se introdujo, de manera inusual, no después de haberlo debatido en el parlamento, sino por real decreto"

El artículo termina comentando que "A nivel internacional, hay un creciente reconocimiento de que las políticas de la austeridad emprendidas por algunos gobiernos europeos están haciendo que la situación económica empeore. (...) Hay quienes ven las crisis como una oportunidad para perseguir sus objetivos ideológicos de desmantelamiento del estado del bienestar europeo, según lo previsto por la escritora canadiense Naomi Klein. Por otra parte, (en España), hay un creciente coro de voces alternativas, de todas partes del espectro político y la sociedad civil, con el argumento de que las diferentes políticas económicas deben ser perseguidos. Además, cada vez hay más pruebas, a menudo desagradables para los gobiernos interesados, de las consecuencias humanas de su políticas".

Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? BMJ. 2013 Jun 13;346:f2363.



Judy Norsigian
 Executive Director
 Our Bodies Ourselves
www.ourbodiesourselves.org

La Revista Mujeres y Salud (MYS) proporciona una perspectiva y una crítica esencial basada en la evidencia sobre cuestiones claves para la salud de las mujeres. Es un recurso invaluable tanto para usuarias como para profesionales, instituciones y todos aquellos comprometidos con la mejora de la salud de mujeres y familias... y no sólo en España: también en otros países.

En Our Bodies Ourselves confiamos en esta publicación para mantenernos informadas sobre investigaciones importantes y debates políticos que atañen a las mujeres y su salud.

SI PARA ELLAS
 SOMOS TAN IMPORTANTES,
 ¿TÚ TE LA VAS A PERDER?
 Suscríbete al MyS
 para que podamos
 continuar

www.mys.matriz.net
 También síguenos
 en facebook
www.facebook.com/pages/Revista-MYS/
 y clicla "me gusta"


...Y PARA
 EL AÑO NUEVO,
 YA SABES...
 REGALA SALUD
 A QUIENES
 MÁS QUIERAS...



*Querida,
 ¡feliz y saludable 2014!*

Vale Regalo por la suscripción de un año (2 números) a la revista MyS.

- > Haz un ingreso de 15€ en la cc de CAPS: 2100-0781-49-0200081043
- > Mándanos un mensaje a mys@pangea.org con los datos de la persona a quien se la regalas.

Subvencionado por:

