REVISTA DE **COMUNICACIÓN INTERACTIVA** 2016
www.mys.matriz.net · mys@pangea.org

MyS MUJERES y SALUD

[40]

ENTREVISTA

CARMEN VALLS LLOBET
En vez de diagnosticar mejor, se medicaliza lo que no existe

EXPERIENCIAS

La crisis de los cuidados
refugiadas: atención ginecológica en los campos

NUTRICIÓN

La importancia de la microbiota

DOSSIER

¿En qué andan las jóvenes???? denuncias y propuestas

20 AÑOS Y 40 NÚMEROS

Trabajando por la salud de TODAS

DONA, SALUT I QUALITAT DE VIDA

CAPS

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Directora del Pograma Mujer Salud y Calidad de Vida

Montserrat Cervera Rodon, Margarita López Carrillo,
Redacción

Nùria Agell Callís,
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco Castillo
Malen Cirerol Goliard
Rita Gavarró Buscà
Pilar Parra Barrachina
Ma Elena Cuyàs Robinson
Esperança Aguilà Ducet
Carmen Mosquera Terreiros
Corina Hourcade Bellocq
Gemma Cànovas Sau
Regina Bayo-Borrás Falcón
Ma José Hernandez Ortiz
Jimena Jiménez Madrazo
Ibone Olza Fernández

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario
Lucía Artazcoz Lazcano
Vita Arrufat Gallén
Consuelo Català Pérez
Emilce Dio Bleichmar
Mari Luz Esteban Gallarza
Anna Freixas Farré
María Fuentes Caballero
Asunción González de Chávez Fernández
Neus Moreno Saenz
Isabel Matamala Vivaldi
Judy Norsigian
Carmen Sanchez-Contador Escudero
Fina Sanz
Victoria Sau Sánchez †
Verena Stolcke

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

Depósito legal: PM 765-1996

sumario

EDITORIAL. MyS 40: Misión cumplida. Leonor Taboada Spinardi. . . . 3
Entrevista a Carme Valls-Llobet. Leonor Taboada Spinardi. . . . 4
Crónica del Congreso Internacional Mujeres, Trabajo, Salud. Vita Arrufat . . . 7
Cosas que nos pasan. Veinte años no es nada. Margarita López Carrillo . . . 8
La importancia de la microbiota. Pilar Parra . . . 9
REFUGIADAS.
Todxs somos refugiadxs. Jasmina Tesanovic . . . 11
Parir en Idomeni. Ibone Olza. Erin Killbride. Laura Lecumberri. . . . 12
Se buscan ginecólogas, comadronas y pediatras voluntarias para campos de refugiadxs . . . 13
Titánia: 30 años dando a luz. Teresa Gonzalo. Pepi Dominguez. . . . 14
DE CUIDADOS
Del deterioro cognitivo al alzheimer. De la experiencia personal a las propuestas en salud. Olga Fernández Quiroga y Juan Carlos Cejudo . . . 17
Mala hija. Esperanza Aguilà . . . 20
Berta vive. La lucha sigue. Las amigas de Yoli . . . 21
DOSSIER. LAS JÓVENES: DENUNCIAS Y PROPUESTAS
La visibilidad lésbica. Laura Corcuera . . . 22
Vulva sapiens y ginepunks. Dos maneras, un mismo fin: descolonizar el cuerpo femenino. Leonor Taboada Spinardi . . . 24
Diafragma: un anticonceptivo poco conocido. Rosa Almirall. . . . 28
¿Anticonceptivos orales a las adolescentes? Mejor no. Carme Valls-Llobet . . . 31
Essure®: los riesgos de la oclusión mecánica de las trompas de Falopio. Enriqueta Barranco . . . 32
¿Pisco qué? La lucha de la AAPV: una historia de mujeres. Alicia Capilla . . . 34
ENDOMETRIOSIS.
Lo que no se diagnostica no existe. Irene Aterido . . . 37
Testimonios (1 y 2) . . . 41
Causas y tratamientos. Carme Valls-Llobet . . . 42
MyS Libros y más . . . 43
MINIDOSIS . . . 44

MyS es publicados

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE
9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.
10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.
11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.
13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.
15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.
16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.
18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.
19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.
20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.
21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ.
22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA?
23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!
24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.
25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN
26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS
27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO
29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR
30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS
31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA
32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE
33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA
34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA
36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR
37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA
38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
39 CUANDO LA VIDA SE ACABA

mys 40: misión cumplida

Leonor Taboada Spinardi
Directora MyS
leonortaboada6@gmail.com

Sí, he vuelto a repasar los 39 números anteriores. He lagrimeado. He asentido una y otra vez con la cabeza y con el corazón. Que orgullo. Misión cumplida me digo, os digo. La revista Mujeres y Salud (entre nosotras, "el MYS") nació con un discurso que no hemos traicionado: "*una publicación veraz y no manipulada ideológica ni económicamente, científica y actualizada, escrita en términos claros y divulgativos que permitan su comprensión por la mayoría de las mujeres*".

Número a número, página a página, artículo tras artículo, entrevista tras entrevista, sección tras sección, columna tras columna, debate tras debate, han desfilado ante mis ojos críticos todos los temas que hemos tratado desde que la presentamos en el primer Congreso Internacional Mujeres Trabajo, Salud, Barcelona abril de 1996, organizado por el CAPS, la asociación que nos cobija desde entonces, con Carmen Valls a la cabeza, hace ahora veinte años.

La visibilización de las diferencias, la medicalización y sus consecuencias, las artimañas y corruptelas de la industria farmacéutica, la salud laboral, la salud reproductiva, el medioambiente, las guerras, las causas y tratamientos del dolor, el sexo, la maternidad, el aborto, la violencia de género, la reproducción asistida, el autoconocimiento, la rebelión de las médicas, la salud mental, la adolescencia, la madurez, la muerte, las medicinas alternativas, la alimentación, los argumentos de peso contra la vacuna del papiloma… Nada escapa a la lucidez de nuestras colaboradoras estatales e internacionales, firmas potentes, investigadoras y pensadoras que nos han ayudado a concienciarnos y rebelarnos contra todo discurso y práctica lesivos para la salud integral de las mujeres de cualquier edad y condición.

Mi profundo agradecimiento a todas las que con sus investigaciones, reflexiones y experiencias nos han ido nutriendo e iluminando: médicas, psicólogas, psiquiatras, sociólogas, antropólogas, terapeutas, enfermeras, asistentes sociales,… y a las usuarias que ya eran o se volvieron activistas…, y a los hombres profesionales y o activistas que nos han ido acompañando, con quienes coincidimos y que, afortunadamente, cada vez son más.

Y mención especial a las entrevistadas que han compartido con nosotras sus trayectorias, las apasionantes e inspiradoras historias de sus vidas.

No obstante, nada hubiera sido posible sin la cohesión del equipo que ha materializado este sueño. Un equipo, mi equipo, que ha comprendido que sólo abriendo puertas y ventanas a quien quisiera sumarse se podría llevar a cabo la pretensión de influir para cambiar todo aquello que hasta entonces era feudo de intereses ajenos a los nuestros, a los de todas las mujeres.

En el camino hemos enseñado y aprendido. Nos sentimos acompañadas, valoradas y respetadas. Hemos ayudado a comprender a las mujeres que ellas son las protagonistas de su historia. Y ayudado a muchxs profesionales a ver su función y su práctica cotidiana de otra manera.

Os invito a visitar la web para repasar los números anteriores, a suscribiros a la revista si no lo estáis aún, a entrar en la Red-CAPS si sois profesionales y a regalar suscripciones a las mujeres que queráis ayudar, para seguir dando batalla contra los poderosos enemigos que aún existen, aquellos que ningunean las diferencias, que sostienen los estereotipos, que no te miran a los ojos ni te escuchan, que te medican por sistema, que aún practican la medicina con el criterio de que ser mujer es una enfermedad. Que haberlos haylos.

Ahora les pasaré este texto a Montse Cervera y Margarita López, para que me den su opinión, como siempre… y ellas me mandarán los textos recibidos para que yo dé la mía, como siempre, porque así trabajamos, y así queremos seguir trabajando…en horizontal. Y cuando acabemos trabajaré con Paz Talens en el diseño, como siempre hacemos. Porque la fórmula, junto al apoyo económico de las suscriptoras, nos ha funcionado hasta ahora y así queremos seguir: libres y unidas, y enredadas con todas vosotras.

PD: y gracias infinitas a Carmen Valls, sin la cual el MYS no sería real

Carmen Valls Llobet,
ENDOCRINÓLOGA. ORGANIZADORA DEL PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE MUJERES, TRABAJO, SALUD

En Lugar de diagnosticar mejor, se medicaliza Lo que no existe

por **Leonor Taboada Spinardi**

Leonor. - *Se cumplen 20 años del primer "Congreso Internacional de Mujeres, Trabajo, Salud" que usted organizó en Barcelona. Fue el origen de una red internacional de investigadoras que, como usted, estaban motivadas por la invisibilidad de la salud de las mujeres en las ciencias de la salud. Y después de ese llegaron otros, celebrados en distintos países. En ese congreso se aprobó un documento de consenso para acordar los tres problemas claves en los que trabajar en los siguientes años, que pudiesen centrar los esfuerzos en investigación y acción, para coordinar esfuerzos entre los diferentes países.*
Qué le parece si, para empezar, hace un balance de los progresos, estancamientos o retrocesos respecto a esas propuestas:

1. Introducir la perspectiva de género en la investigación de los problemas de salud de las mujeres y hombres en general, y en la investigación de salud laboral en particular; en la creación de indicadores, instrumentos de medida y métodos de investigación en salud; en los contenidos docentes, especialmente en los universitarios, así como en la asistencia sanitaria.

Carme. - Han transcurrido veinte años desde estas contundentes propuestas, que por cierto fueron consensuadas entre representantes de 53 países, por medio de fax, ya que en 1996 todavía no nos podíamos comunicar por Internet. Simplemente lo que ahora forma parte de nuestra vida cotidiana no existía.
En aquel momento al organizar el Congreso de Mujeres, Trabajo, Salud, que tenía como subtítulo, "Haciendo visibles las diferencias", intentábamos poner de manifiesto que hasta aquel momento la mayoría de estudios científicos sólo se basaban en el estudio de los varones y de las enfermedades o condiciones de trabajo que a ellos les afectaban. La invisibilidad de las mujeres para la ciencia, originaba que sus problemas permanecieran también invisibles para la atención sanitaria. Constatamos que dado que las mujeres presentaban más patologías crónicas, eran menos diagnosticadas de sus dolencias por la ausencia de una Ciencia de la Diferencia. En estos veinte años hemos hecho avances pero muy lentos, y contradictorios. En lugar de diagnosticar mejor, lo que realmente se está haciendo es medicalizar lo que no existe, tratando con psicofármacos unas supuestas enfermedades mentales y contribuyendo así a cronificar ese malestar al enturbiar la mente y enlentecer el funcionamiento del cuerpo.

Los sucesivos Congresos de Mujeres, Trabajo, Salud celebrados en Rio de Janeiro en 1999, en Suecia en 2002, en Nueva Delhi en 2005 y en México en 2008, han puesto en común las diversas investigaciones sobre las diferencias en enfermar de mujeres y hombres. Creo que es importante señalar las aportaciones de *Londa Schienberg* que desde la Universidad de Stanford está realizando una excelente recopilación de trabajos sobre las diferencias desde los niveles celulares a la participación o discriminación de las mujeres en la producción científica.

2. Abolir cualquier forma de discriminación o violencia por razones de género, tanto en el acceso al trabajo como a los servicios asistenciales. Hacer visibles y valorados todos los trabajos que realicen las mujeres y los hombres. Cambiar las condiciones de trabajo y organización del tiempo en función de las necesidades humanas.

C. V. - En este punto los avances aún han sido más lentos, ya que persisten las desigualdades salariales y la discriminación negativa en los lugares de decisión. Las microviolencias de género se continúan practicando en muchas consultas sanitarias del mundo como he explicado en mi último libro Mujeres, Salud y Poder. La cuantificación de todos los trabajos que realizan las mujeres ha sido desarrollada por algunas sociólogas y economistas como *Maria Angeles Durán y Cristina Carrasco* pero, aunque se ha objetivado que el 90 por ciento del cuidado de la salud lo realizan las mujeres fuera del sistema sanitario, sigue sin tenerse en cuenta y sin ser valorado. Cambiar las condiciones de trabajo en función de las necesidades humanas es todavía un deseo utópico que continuamos manteniendo muchas feministas y *feministos.*

3. Crear recursos individuales, sociales y legislativos para fortalecer la autonomía personal y la calidad de vida de las mujeres.

C. V. - Los recursos individuales, escasos hace 20 años, que hemos creado desde el CAPS han sido, por un lado, la Revista Mujeres y Salud -que usted dirige de forma tan incisiva y excelente- que ha permitido a muchas mujeres y asociaciones de mujeres tener recursos informativos y establecer grupos de Mujer y Salud que las empoderan; y por otro lado, la Red de Mujeres Profesionales de la Salud (Red-CAPS) que no ha dejado de crecer y que ya lleva 16 encuentros anuales. A la vez, a lo largo de estos años, el movimiento asociativo de mujeres ha ido creciendo con grupos y redes de asociaciones que trabajan en diversos aspectos de la salud (parto respetado, pro lactancia materna, denuncia de violencia obstétrica, recursos para mujeres con SIDA, violencia, etc…)
En el aspecto legislativo algunas compañeras y yo hemos colaborado en la redacción de los aspectos de salud de la Ley de igualdad (2007) que modificó también la ley General de Sanidad.

L. T. - *Sus investigaciones desde entonces han abarcado la salud de las mujeres en todos los ámbitos y edades de la vida. ¿Cuáles son los temas que más la preocupan hoy día?*

C. V. - A nivel asistencial, me preocupa que no hayamos logrado todavía consensuar y publicar un nuevo protocolo para el diagnóstico diferencial del dolor de las mujeres. Dolor que se ha atribuido de forma demasiado fácil a fibromialgia y se ha acabado tratando con antidepresivos, ansiolíticos y parches de morfina. También me preocupa el gran crecimiento de las enfermedades relacionadas con exposiciones ambientales a productos tóxicos, tanto en el lugar de trabajo o como en el hogar, tales como la Sensibilidad Química Múltiple y algunos tipos del Síndrome de Fatiga Crónica; y el incremento de las enfermedades autoinmunes que también está relacionado con la exposición a insecticidas o a otros disruptores endocrinos ambientales.

L. T. - *Algunas de sus investigaciones han hecho mella en el sistema: ahora es casi de rutina que en las analíticas pidan tiroides y Vitamina D.*

C. V. - Nuestros primeros trabajos sobre la relación del cansancio con la falta de hierro (sin anemia) y el hipotiroidismo están siendo confirmados por publicaciones nacionales e internacionales, y ya se incluyen estas determinaciones en las analíticas de vigilancia de la salud. Es más compleja la valoración de las deficiencias de Vitamina D. Aunque ya escribí un libro con *Jordi Farrerons* en el año 1996 sobre Vitamina D y salud, actualmente existen muchas más evidencias científicas de que los valores de normalidad estaban limitados a la baja. De hecho, y hablando de líneas de investigación, un factor que colabora en hacer invisible la salud biológica de las mujeres, es la incorrecta valoración de los análisis clínicos pues se confunden, a menudo, los valores de referencia de una población (que sólo indican la frecuencia) con los valores de normalidad (que están relacionados con la calidad de vida). Los niveles normales de muchos minerales, vitaminas y hormonas como los de hierro, Vitamina B12, magnesio, ácido fólico, biotina,… deberían ser revisados en función de la calidad de vida de mujeres y hombres.

L. T. - *Aunque hay otros temas que usted investiga y denuncia que no entran en la consideración de las autoridades sanitarias, como los efectos secundarios de la vacuna del HPV.*

C. V. - Este problema es extremadamente grave porque ha supuesto que no se atienda correctamente a las niñas que presentan efectos secundarios después de la vacunación, tanto en el sistema nervioso central como en el desarrollo de alteraciones cardíacas, autoinmunes y endocrinas (incluso menopausia precoz en algunas niñas), alegando que no son reacciones causadas por la vacuna. Pero, independientemente de lo que opinen sus especialistas, las niñas deben ser atendidas como personas que presentaban un problema de salud. Creemos que el día que podamos conocer el número de niñas afectadas por esta vacuna -el día que las autoridades sanitarias los comuniquen-, empezaremos a hacernos una idea de la magnitud epidemiológica de este problema.

L. T. - *Valore el papel de la Red-CAPS y de la revista MyS.*

C. V. - La red CAPS ha sido una fórmula de relación participativa y creativa de muchas profesionales que trabajamos en hacer visible la salud de las mujeres en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales, y no ha parado de crecer desde su nacimiento en 1998.

Y la revista MYS ha constituido el eje fundamental de nuestra comunicación, entre la misma Red y hacia el exterior. Déjeme agradecer aquí el papel de la Coordinadora de la Red Margarita López y de Montse Cervera que han hecho posible, con muy pocos medios, que la revista se supere número a número, abordando temas muy difíciles, con una profundidad, claridad y rotundidad que nos agradecen desde muchos medios. La Red también nos ha permitido desarrollar la Escuela de Morbilidad Diferencial con cursos para profesionales de atención primaria de distintos temas (ciclo menstrual, hierro, tiroides, dolor, tóxicos y salud). Actualmente, el curso de Ciclo Menstrual, en formato on-line, ya lleva dos años funcionando y esto nos anima a plantearnos aplicar esta fórmula a las demás materias.

L. T. - *Entre usted y yo: ¿Cuándo y cómo descubrió que era feminista?, ¿hay un momento concreto en su memoria?*

C. V. - Aunque yo había estudiado la especialidad de endocrinología en la Escuela Iberoamericana de Madrid, de 1971 y a 1974, y había trabajado ya en el estudio del ciclo menstrual, creo que fue hacia mis 40 años (1986), un momento crucial de mi vida con muchos cambios personales, cuando hice el cambio. Yo era "médico" especialista en endocrinología y progresivamente me iba dando cuenta de que las mujeres que acudían a consulta repetían los mismos problemas: dolor, cansancio y violencia de género. Me transformé de médico a médica y empecé a reflexionar sobre las diferencias en enfermar entre mujeres y hombres. Conocí la asociación CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios) y participé en una jornada que organizaban para reflexión sobre el Oficio de ser médico. Después vino el Simposio de Mujer y Calidad de Vida en 1990, e inicié, siempre en CAPS, el Programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida, que dirijo hasta la actualidad.

L. T. - *Y last, but not least… ¿Qué hay que hacer para tener la energía que despliega Carme Valls?????*

C. V. - Creo que no hay ningún secreto especial. Quizás la energía me crece cuando me indigno por la desigualdad de oportunidades en que son atendidas muchas mujeres y por la violencia machista estructural que pesa sobre todas nosotras.

BARCELONA, ABRIL DE 1996

crónica del congreso internacional MUJERES, TRABAJO, SALUD

Vita Arrufat
Metgessa de Salut Pública,
Castelló

Sí, estuve en Barcelona en los años noventa, primero en el ***Symposium Mujer y calidad de vida***, en Octubre del 90. No fui sola, me acompañaban María Huertas, Marina Galindo Suay, Elvira Vazquez, Fina Muñoz Marqués, Lluci Latorre, Carmen Mateu Marqués, Concha Moreno Hernandez,… Todas éramos las ***Mujeres por la Salud del País Valencià***. Estábamos contentas por el viaje para conocer a las feministas más relevantes, estudiosas de la salud e introductoras de nuevas perspectivas de estudio y práctica de las ciencias de la salud. Mujeres por la Salud llevábamos años trabajando en grupo desde la perspectiva feminista la salud de las mujeres. En Barcelona estaríamos con las mujeres por la salud del Estado Español, compañeras de Asturias, Madrid, Barcelona, Galicia, Zaragoza, Andalucía,… fue maravilloso. Yo presenté el trabajo de investigación: ***Análisis de la demanda de interrupción del embarazo***. Los primeros datos de IVE de nuestra comunidad.

Y también fuimos en 1996 al ***Congreso Internacional Mujeres, Trabajo, Salud: vivir con salud, haciendo visibles las diferencias***, y allí encontramos a mujeres tan feministas y estudiosas como Leonor Taboada, Carme Valls, Emilce Dio,… Escuchamos las ponencias, para nosotras innovadoras, que nos servirían para construir y afianzar la perspectiva de género aplicada a la salud. Ahora, releo aquellas ponencias, que en su día utilicé en la formación de estudiantes de Medicina, y de médicos y médicas residentes y enfermeras a las que tutoricé las prácticas. Las guardo en una carpeta. Están subrayadas, con notas manuscritas y resumidas:
La ponencia de *Kathryn Dean*, que vino desde Dinamarca para hablar de *"El papel de la metodología en la creación de información sesgada sobre la salud de las mujeres";* la de *Patrizia Romito*, estupenda mujer, que conocí mejor cuando la invité a conocer Penyagolosa, Morella y Castelló, "*Estudiando la salud de las mujeres: Epistemología, Metodología y cambio social*"; de *Jan Holmer*, de la Universidad de Karsltad de Suecia, "*La participación equitativa: procesos de aprendizaje basados en la investigación e investigación orientada a la participación*".

También me conquistó el trabajo de *Jerilyn C. Prior: "El estrés cultural suprime la ovulación"*. Y el trabajo de Mirta Videla, "*La reproducción humana: un derecho y un placer ¿para quién?*" Por supuesto conservo la ponencia de *Karen Mes-*

sing sobre "*Los indicadores científicos de los riesgos de salud en el trabajo de las mujeres*". Y recuerdo un trabajo extraordinario de *Lesley Doyal*, "*Un análisis feminista del impacto del trabajo doméstico en la salud de las mujeres*". También los trabajo de las españolas, *Cristina Borderias, Lucía Artacoz*, ... lucieron en el Congreso internacional.

En esta ocasión, yo presenté "***Los indicadores para la elaboración del Diagnóstico de salud de las mujeres". (2)*** Luego se publicó en la revista de la Universidad de Alicante, con la ayuda de Maria Teresa Ruiz Cantero.

Agradezco haber conocido a hombres como Ulf Lundberg. Su trabajo con las definiciones de salud y sus gráficas que explican la salud de las mujeres y sus determinantes han sido documentación básica para la preparación de la docencia sobre la salud de las mujeres.

En el Congreso Internacional Mujeres, Trabajo, Salud disfruté del conocimiento feminista y de las amigas, estaba muy contenta, por fin, en Barcelona estaríamos, por primera vez juntas en una reunión pública, las mujeres que teníamos algo que decir de la salud desde la perspectiva feminista. Y las mujeres que queríamos escuchar y aprender de las feministas, eminentes estudiosas europeas, americanas,... El tiempo pasó y lo hizo a favor de las mujeres. Ahora estamos representadas en todos los campos de la salud. Diría que "sobre-representadas" en los puestos de bajo nivel, y mal pagadas. Pero se han ido reconociendo nuestros saberes, incluso tuvimos un Observatorio de Salud de la mujer, situado en lo más alto de la organización de la administración sanitaria, tristemente desaparecido, al igual que UNIFEM, que ya no tiene oficina en España. En estos años se ha demostrado claramente que las políticas de derechas no son buenas para las mujeres. Y que hemos de seguir estudiando, presentando congresos y reivindicando la aplicación de la perspectiva de género a la salud de las mujeres y conseguir una mayor igualdad.

(1) Ponencias congreso Internacional Dona, treball i Salut, disponibles en: www.caps.cat/dones-i-salut/activitats/442-xx-anys-del-i-congres-dones-ttreballs-i-salut.html

(2) Propuesta de indicadores para un perfil de salud de las mujeres en la Comunidad Valenciana Vita Ascensió Arrufat Gallén y Rosa Maria Marín Torrens. Feminismo/s 18, diciembre 2011, pp.173-184 Diciembre 2011. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25499/1/Feminismos_18_09.pdf

veinte años no es nada

Margarita López Carrillo
Documentalista de salud
redcaps@pangea.org

Me he puesto a mirar fotos del congreso. ¡Dios, qué jóvenes éramos! Algunas, qué jóvenes y qué guapas, pero yo, la verdad, me gusto más ahora. Me miro en esas fotos y veo aquella mujer de treinta y tantos, frágil, insegura, madre divorciada un poco perdida, ¡pero feliz porque sentía que había encontrado por fin su lugar en el mundo (el CAPS)!.

A penas un año antes, había acudido a una curiosa reunión con una amiga (iba de paquete). La convocaba Carme Valls y reunía en ella grupos de mujeres relacionados con la salud, sindicatos y otras organizaciones, porque estaba preparando unas jornadas, el Fórum Mujeres, Trabajo, Salud, que se haría en noviembre de 1995, y que supondría, a la vez, la preparación para el Congreso Internacional que estaba fraguándose ya para abril del 96. En ese fórum, Carme quería poner en contacto grupos de mujeres, activistas feministas por la salud y "expertas". Quería un diálogo en vertical y en horizontal.

Me quedé fascinada. A través de mi amiga me metí en la organización como voluntaria. Sólo puedo decir que mi aportación fue, si fue algo, mínima, pero ¡cómo aprendí y cómo disfruté! Aquel fórum fue para mí el descubrimiento de la dimensión desconocida, mi cerebro generó de golpe un lóbulo nuevo y las interconexiones empezaron a multiplicarse como locas. Fue como volver a nacer.

Acabado el fórum mi amiga me dijo. "¿Has hablado con Carme Valls y Montse Cervera?, porque buscan una documentalista". "¡Te envía el cielo!", exclamó Carme, con su entusiasmo característico, leyendo mi currículum, pero yo sabía que el cielo, en todo caso, se había apiadado de mí, porque mientras iba a la sede de CAPS temblando de emoción, convencida de que no había nada que esas mujeres maravillosas pudieran aprovechar de mí, rezaba (sí, rezaba, y eso que dejé de rezar a los dieciséis).

Carme creyó en mi capacidad cuando yo sólo tenía clara mi ignorancia (como Séneca). Y lo más extraordinario, siguió creyendo cuando los frutos de mi trabajo empezaron a surgir (frutos que yo encontraba más bien escuálidos y ellas más bien rollizos). Así que, en su insensatez (¿lucidez?) me dijo un día, "muy bien muy bien, tienes que hacer un taller sobre todo esto en el congreso".

Para entonces, a pesar de que la sangre abandonó mis venas un ratito, lo reconozco, yo ya había aprendido algo fundamental, "si Carme creía que podía es que podía, y no se hable más".

Y hasta hoy. Veinte años no es nada.

La importancia de la microbiota

Pilar Parra
Nutricionista

El tema de la flora intestinal o microbiota, probióticos y prebióticos, es uno de los que me ha aportado más satisfacción personal en mi práctica profesional en los últimos tiempos.
En lo que se llama medicina integrativa, o medicina biológica o, en resumen, medicina no farmacológica, hace bastantes años que se estaba suplementando con probióticos para mejorar la salud del tubo digestivo, que ya se consideraba un tema vital que influía en todo el organismo. Mientras, veíamos que desde la medicina convencional normalmente a lxs pacientes no se les recomendaban probióticos ni siquiera en caso de diarreas, estreñimiento o tratamiento con antibióticos.
Así que ahora siento verdadero placer al ver la cantidad de estudios con evidencia científica que se están haciendo en relación a la microbiota, y la merecida importancia que se le está por fin dando. Esto va a revertir en la salud de todxs sin lugar a dudas. Comentaremos algunos.
Si nos imaginamos nuestro tracto digestivo como un tubo abierto al exterior por los dos extremos, nos podemos preguntar cómo podemos sobrevivir a la invasión diaria de multitud de microorganismos, sustancias químicas y toxinas. En gran parte es debido a que todo el tubo digestivo está cubierto por una capa bacteriana en la superficie del epitelio del intestino que funciona como una barrera natural contra invasores, comida sin digerir, toxinas y parásitos. Un adulto sano lleva entre 1.5 y 2 kg de bacterias en el intestino. Según un estudio realizado por el doctor Francisco Guarner del *Institut de Recerca del Vall d' Hebron* (VHIR), se han detectado 741 especies distintas en la microbiota de individuos sanos.
Las muestras de la flora intestinal de algunos individuos tenían muy pocas de estas especies y, al analizarlo con detalle, vieron que se trataba de las muestras de pacientes con enfermedad de Crohn.
Según la doctora Natasha Campbell-McBride, autora del libro "El síndrome del intestino y la psicología GAPS", esta microflora o microbiota, es un micro-mundo sumamente organizado en el que ciertas especies controlan a otras.
En apoyo de la defensa de la doctora Campbell de la relación entre flora intestinal y cerebro, un estudio liderado por la profesora del Instituto de Tecnología de California (Estados Unidos) Elaine Hsiao ha permitido descubrir la relación entre el desarrollo de trastornos mentales, especialmente el autismo, y la microbiota intestinal.
En las enfermedades inflamatorias intestinales y de muchos otros tipos, como alergias y asma, se ha encontrado que el número o la proporción entre los diferentes grupos de bacterias está alterado, permitiendo que las bacterias no beneficiosas desarrollen sus efectos negativos.
En la Cumbre Mundial de Microbiota Intestinal para la Salud, que se celebró en Barcelona en 2015 y reunió a más de 300 expertos internacionales, el doctor Guarner manifestó la relación entre la microbiota y el incremento de casos de obesidad y trastornos metabólicos y autoinmunes como la celiaquía y las alergias alimentarias. Según palabras textuales "las enfermedades crónicas no transmisibles se asocian a disbiosis de la microbiota intestinal caracterizada por pérdida de riqueza microbiana".
Ya en el año 2010 el doctor Y. Kadooka publicó un estudio en el *European Journal Clinical Nutrition* relacionando la tendencia a la obesidad en adultos según la composición de la flora. Tratando con *Lactobacillus gasseri* conseguía regular la grasa abdominal.
En la citada Cumbre, los profesores de la Universidad de Columbia (Estados Unidos) Robert Schwabe y el de la Universidad de Heidelberg (Alemania) Peer Bork, presentaron su trabajo en el que demostraban que existe una relación directa entre el cáncer de colon e hígado y la flora intestinal.
La microbiota beneficiosa, que tendría que ser un 85% de la flora total, además de hacer de barrera física a los patógenos, segrega toxinas que los elimina, metaboliza a su vez las toxinas que éstos fabrican, fabrica sustancias esenciales para nosotros como vitaminas B y K, digiere la fibra que ingerimos, activa nuestro sistema inmunitario cuando lo considera necesario y aporta hasta un 70% de los nutrientes a la mucosa intestinal para que mantenga su integridad y pueda mantener su función de digestión y absorción de nutrientes.
Una flora en mal estado impedirá la buena digestión y potenciará la intolerancia a sustancias especialmente problemáticas como el gluten de algunos cereales, y la lactosa y caseína de la leche.

Estas sustancias mal digeridas serán absorbidas y transportadas por el torrente sanguíneo a todo el cuerpo, interfiriendo particularmente en las funciones del cerebro y del sistema inmune y acumulándose en las articulaciones, dando lugar a estados inflamatorios como la artritis reumatoide.
Por otro lado la disbiosis intestinal nos llevará a la deficiencia de muchos nutrientes esenciales, como el hierro, que muchas bacterias patógenas consumen, creando una deficiencia y, si la intentamos subsanar tomando suplementos de este mineral, lo que hacemos es alimentar a estas bacterias.

Algunos de los factores que dañan la microbiota son:

- **Fármacos:** como antibióticos, antiinflamatorios, cortisonas, anticonceptivos, fármacos para dormir, para el ardor de estómago, neurolépticos, etc.
  En un estudio realizado en la Universidad de Groningen por la doctora María Carmen Cenit, en población de los Países Bajos, la dieta (más vegetales) y estilo de vida de las mujeres favorecían más la diversidad de la microbiota que los de los hombres (más carne, alcohol y calorías). Pero el tratamiento con hormonas sexuales femeninas se asoció a cambios en la composición de la microbiota.

- **La dieta:** consumir demasiados alimentos azucarados y carbohidratos así como grasas saturadas, el ayuno y la inanición prolongada, comer en exceso y la alimentación parenteral.

- **Las enfermedades crónicas:** el estrés, el esfuerzo físico, la edad avanzada, el alcoholismo, la contaminación del medio ambiente, la exposición a sustancias tóxicas, los factores estacionales, la exposición a radiaciones ionizantes o a climas externos.

Otros agentes perjudiciales para la microbiota:

Recientemente se ha publicado un trabajo de investigación en ratones, en la revista *Nature*, realizado por el doctor Benoit Chassaing, de la Universidad de Georgia, en EEUU, sobre los **emulgentes**, unos aditivos alimentarios muy utilizados en todos los alimentos manipulados que tomamos; se ha observado que cuando entran en contacto con los tejidos digestivos, potencian su inflamación ya que cambian la composición de la flora intestinal que allí habita, se pierden bacterias beneficiosas y se reduce su biodiversidad, pero proliferan otras bacterias que promueven la inflamación.
Las conclusiones preliminares de un estudio hecho con 1600 adolescentes por el *Centre de Regulació Genómica*, han sido que **el tabaco, bebidas azucaradas, aguas de consumo poco tratadas** como las de fuentes o pozos y la convivencia con mascotas cambian el contenido de bacterias en la boca.
El objetivo científico para el futuro será relacionar los grupos bacterianos con las diferentes patologías y así poder administrar probióticos de forma más específica a cada problema de salud.

Para mejorar la flora

Para mejorar nuestra flora lo ideal es consumir todos los días alimentos fermentados que nos aportarían probióticos beneficiosos, como yogur, kéfir, natto o chucrut u otras verduras fermentadas como las aceitunas, té de tres años, etc. Desde luego, todos estos alimentos no han de estar pasteurizados.
Alimentos prebióticos (de los que las bacterias se alimentan) como los ricos en fibra (cereales integrales, fruta, hortalizas y legumbres), chocolate negro y cerveza en cantidades moderadas, según un estudio publicado en *Science* este año y realizado por la Universidad de Lovaina por el doctor Jeroen Raes, enriquecen la biodiversidad de la flora.
Así como, según el estudio de la doctora Cenit ya citado, café, té, chocolate negro y vino negro con moderación. En estos casos por los polifenoles de estos alimentos, que al parecer son muy beneficiosos para la flora benéfica.
Además podemos optar por la suplementación con un probiótico en cápsulas de buena calidad, con la máxima diversidad de especies posible y una cantidad de bacterias que esté por encima del billón como mínimo por cápsula.

TOD*S somos refugiad*s

Jasmina Tesanovic
Activista y feminista serbia
Traducción: Marisa Méndez-Vigo

En algún momento también yo fui una refugiada. Durante la caída de la Antigua Yugoslavia visité muchos campos de refugiados de la región devastada por la guerra y edité un libro con historias de personas refugiadas.

Todas las guerras son diferentes, así que no debemos poner las guerras en la misma caja o en el mismo estante del tocador. Pero todo el mundo puede convertirse en refugiado: pobre o rico, blanco o negro, mujer u hombre, adulto o niño. No se puede estar nunca absolutamente segura sobre la tierra y la empatía es cada vez más rara.

Hace solo unas semanas, en el centro de Belgrado, vi la última ola de personas refugiadas que atravesaban la ciudad. Cuando esto ocurría, unos ladrones de bolsos me robaron el mío donde llevaba mis documentos legales y de residencia. Así que iba bastante distraída y ajena a la nueva y brutal situación de los refugiados y refugiadas. Absorta en mis propios problemas, al principio no entendía porque esta gente de aspecto normal estaba durmiendo, comiendo y acampando bajo el sol de justicia de agosto, cerca de la estación de autobuses y trenes de Belgrado.

Hice la cola con ellos en el quiosco. Eran muy educados y hasta dignos, tengo que decirlo. No parecían rabiosos ni locos. Eran infelices pero estaban resueltos.

Una amiga mía marroquí me dijo después: "el pueblo sirio es el mejor entre todos nosotros, los árabes. Su cultura, su lengua es algo que hemos admirado siempre. Me rompe el corazón verles así, sufriendo con dignidad, luchando por vivir". Mi amiga tenía lágrimas en los ojos.

Hace solo un año, escribí un artículo para The Guardian sobre por qué yo pensaba que los EEUU no debían bombardear lo que quedaba del estado sirio. Sé muy bien lo que significa estar aislado del mundo exterior por sanciones y atrapada en tu propio país por un régimen criminal. Tuvimos sanciones en Serbia durante años, viviendo bajo el régimen de Slobodan Milosevic. Su propaganda nacionalista tenía el apoyo de la, por así decir, "gente decente", que fue perdiendo cada vez más hasta que las revueltas derribaron el régimen.

En el caso de Siria, las revueltas no acabaron con nadie, EEUU no bombardeó el régimen y la gente está desesperada y huyendo como pueden. Huyen con historia y cultura a sus espaldas, con o sin niños, con o sin dinero, inundando las carreteras y convirtiéndose en un problema para todo el mundo mientras ellos se afanan con su carga. En este punto, todos debemos asumir algo de responsabilidad por cómo es ahora el mundo.

No se pueden ignorar los titulares de los periódicos, los muertos en los barcos y pateras, las colas sin fin en cualquier estación... un grito agudo que pide ayuda, soluciones temporales o permanentes. Se tienen a sí mismos, amigos o enemigos, pero están aislados del orden mundial. Son gente de nadie. Su cultura se hace nómada. No tienen perspectivas de un futuro para ellos. Se les llama personas desplazadas u otros eufemismos.

La gente joven tiene sueños. Las criaturas ríen y juegan en este día de sol radiante, sin agua, en la estación de Belgrado. Porque se puede parar todo, matar a todos pero no la alegría y la creatividad. Ni siquiera en los campos de concentración.

No tengo una solución política que ofrecer, no tengo el poder, ni siquiera tengo sobre el tema de las y los refugiados las ideas habituales políticamente correctas que surgen por todas partes. Solo sé que cada día hay más. Desde refugiados políticos y refugiadas de guerras civiles a personas refugiadas por el cambio climático. Los que huyen del hambre, la represión, las bombas y los que huyen de incendios, inundaciones y desastres nucleares. Los veo en todas partes del mundo.

Tienen algo en común: son orgullosas, no piden limosna. Son la vanguardia porque los peligros que les abruman nos llegaran a nosotros también. Querían vivir, han conseguido escapar de la muerte. ¿Que más pueden decir o hacer? Pueden suicidarse, como Walter Benjamin en la frontera entre Francia y España, huyendo de los nazis y esperando un visado que llegó un día después de matarse. Porque sobrevivir como persona refugiada exige valor y paciencia.

No tiene sentido apuntar hacia ellas, ya que se trata también de nosotras. La población nómada crece gracias a los fracasos políticos y ecológicos. Estamos desperdiciando nuestras vidas mientras abandonamos las políticas planetarias. En el Mediterráneo, los nómadas se ahogan en pateras mientras los bañistas en las playas encuentran el agua cada vez más caliente por el efecto invernadero. Los glaciares se funden Alpes abajo, unos incendios incontrolables lamen la tecnológica y rica California, las personas refugiadas llegan a cualquier costa que pueden alcanzar. Estas son mis novedades de hoy. Y la vida sigue

Ibone Olza
Psiquiatra perinatal y activista pro derechos del nacimiento.
Erin Killbride
Investigadora y defensora en derechos humanos
Laura Lecumberri
Matrona

parir en IDOMENI

A Mariam la conocimos en Idomeni. Escuchar su relato en la misma tienda donde parió, con su hermana y su familia ofreciéndonos un té delicioso es algo que nunca podré olvidar. La violencia obstétrica más extrema ejercida contra las mujeres más vulnerables, las parturientas, en una situación de crisis total. Sigo intentando procesar o digerir todo lo vivido, sentido y aprendido allí, siento que me llevará un tiempo.

La inmensa mayoría de madres recientes que hemos conocido en nuestro trabajo como médicas, traductoras y matronas en abril y mayo de 2016 en los campamentos de refugiados de Grecia han dado a luz por cesárea. Los hospitales griegos están desbordados por la llegada masiva de refugiados en situación de vulnerabilidad extrema. Pero esto no puede servir de excusa ni justificar la gravísima violencia obstétrica que están sufriendo las refugiadas en los partos y también las griegas. Al parecer Grecia tiene la tasa más alta de cesáreas de toda la UE, con una tasa estimada en torno al 60-70% según la asociación Human Rights in Childbirth*.

El caso de Mariam, que relatamos a continuación, ilustra la violencia obstétrica extrema que sufren las mujeres refugiadas en Grecia: cesáreas forzadas, episiotomía postparto incluso y negación de la atención.

Mariam quiere permanecer en el anonimato pero nos ha autorizado a difundir su historia con el fin de detener la violencia obstétrica que están sufriendo las refugiadas. Está recibiendo atención psicológica y cuidados por matronas ya que como consecuencia del parto padece un trastorno de estrés postraumático agudo. El mismo equipo le ha ofrecido asistencia legal en el caso de que quiera denunciar el caso en el futuro.

La historia de Mariam cuestiona el respeto a los Derechos Humanos en Europa y hace surgir la pregunta de por qué a la gran mayoría de refugiadas embarazadas les es negada la posibilidad de un parto normal en los hospitales griegos, realizándoles cesáreas u otras intervenciones sin indicación médica ni consentimiento informado alguno.

La historia del parto de Mariam

Mariam estaba embarazada de su tercer hijo cuando ella y su marido salieron de Siria con sus dos hijos de uno y tres años. Después de atravesar Turquía y las islas griegas llegaron al campamento de refugiados en la frontera greco-macedonia. Durante su primera semana en el campamento, una amiga de Mariam, refugiada siria, se puso de parto. A esta amiga, que previamente había tenido cinco partos vaginales en Siria, se le negó la posibilidad de dar a luz de forma natural en el hospital griego. Le hicieron una cesárea. De regreso al campamento tuvo muchas dificultades con la lactancia y Mariam le prestó ayuda.

En las semanas siguientes Mariam supo de al menos tres mujeres sirias más a las que les fue negada la posibilidad de un parto normal en el mismo hospital griego cercano a la frontera.

A finales de abril, Mariam comenzó con contracciones y acudió al hospital cerca del mediodía. Allí expresó al equipo médico su deseo de parir vaginalmente. El doctor le respondió diciendo que eso no era posible. Dijo que le harían una cesárea porque allí sólo hacían cesáreas. Mariam se negó y el personal llamó a un traductor que habló con ella por teléfono. Insistió en que no quería una cesárea y otra vez le volvieron a decir que esa era su única opción.

Durante esta visita al hospital, una enfermera examinó a Mariam y sin aviso ni explicación, le insertó un líquido en el recto. Mariam refiere que fue muy doloroso, ya que la enfermera insertó aquello "*fuerte y rápidamente*". Después ella fue al baño y defecó sangre roja. La enfermera le dijo que aquello "*no era un problema*".

Después de hablar con el traductor, Mariam decidió que preferiría parir en una tienda de campaña sucia a que le hicieran una cesárea en un hospital. Cuando salía del hospital, el personal le explicó por medio del traductor que si se iba entonces luego no podría volver.

Unas horas después, en el campamento de refugiados, Mariam dio a luz a una niña en la tienda de campaña con la única ayuda su hermana. Fue un parto "*normal*".
Después del parto, quiso que su bebé fuera examinada por un médico y lavada en una instalación sanitaria así que volvió otra vez al hospital. Una vez allí pidió que alguien reconociese a su bebé. El mismo doctor de la visita anterior le dijo que ella también tenía que ser examinada. Con Mariam tumbada en la camilla obstétrica le introdujo sus dedos en la vagina para "limpiarla". Entonces, tomó unas tijeras y le cortó la vulva sin ninguna explicación. Mariam no supo y todavía no sabe por qué le cortó. Refiere que sus gritos "*podían oírse por todo el hospital*".
Afuera de la sala de exploración, la enfermera también gritaba al marido de Mariam. El doctor le cosió "*con cinco puntos rápidos y algo de suero*". Mariam cuenta que aquello fue extremadamente doloroso y que no recibió ninguna explicación. La bebé recién nacida de Mariam estaba llorando pero nadie se ocupaba de ella.
Después de la cirugía, el personal le dijo a Mariam y su marido que podían marcharse, pero sin su hija, a lo que ellos se negaron. Les retuvieron seis días en el hospital. Nadie más volvió a reconocerla ni tampoco le lavaron los puntos. En un determinado momento alguien del personal les dijo a Mariam y a su marido que llamarían a la policía o retendrían al bebé en el hospital en el caso de que Mariam tratara de marcharse. Seis días después pudieron regresar al campamento. Mariam había visto que otras madres refugiadas recibían en el hospital dos bolsas con cosas, una para la mamá y otra para el bebé, pero a ella no le dieron nada.
Mariam está ahora en el campamento amamantando a su pequeña hija. Sufre dolor en la zona sacra y tiene sangre en las heces. Cuando tiene dolor recuerda al doctor cortándola y siente que todo está sucediendo otra vez. Esto está afectando a como se relaciona con su recién nacida y con sus otros hijos. Cuando recuerda su estancia en el hospital "*el corazón me late rápido y es como si estuviera allí otra vez y sucediera todo de nuevo*".
Debido a las limitaciones de privacidad y espacio no fue posible realizar una exploración completa en el momento de realizar la entrevista a Mariam. Su testimonio fue recogido por tres expertas en las áreas de matronería y derechos humanos en dos ocasiones. El equipo ha buscado ayuda para Mariam reciba atención continuada médica en otro lugar de Grecia este mismo mes.

**http://www.humanrightsinchildbirth.org/hric-case-study-greece-part-i/*

SE BUSCAN GINECÓLOGAS, COMADRONAS Y PEDIATRAS VOLUNTARIAS PARA CAMPOS DE REFUGIAD*S

Un equipo compuesto por ginecólogas voluntarias recorre el norte de Grecia en ambulancia para ofrecer asistencia ginecológica a mujeres en muchos casos embarazadas y con hijos. Para llevar a cabo esta labor intentan aumentar número de voluntarias: ginecólogas, pero también comadronas y pediatras.
Al ser mujeres quienes realizan esta labor, las refugiadas se sienten más seguras, en un clima de confianza, respeto y entendimiento mutuo.
"Una revisión o un tratamiento ginecológico es algo íntimo. Garantizar que las pacientes se sientan seguras y cómodas durante las consultas no sólo es esencial, es también un derecho. Nuestra labor es poder asegurar que estas personas reciban la atención que necesitan en las condiciones que se merecen. Y la manera más sencilla de hacerlo es dar una atención para mujeres por mujeres", explica Luisa Izuzquiza una de las fundadoras del proyecto de la ONG Rowing Together, en una entrevista publicada en el diario El País. Puedes ponerte en contacto con ellas en **http://rowingtogether.borneoeventos.com**

Realizando una ecografía en la ambulancia de Rowing Together.
Foto: Imagen vía medium.com/@RowingTogether

TITÀNIA: 30 AÑOS DANDO A LUZ. EL PARTO EN CASA

Teresa Gonzalo del Moral
y Pepi Domínguez Cano
Comadronas,
Cooperativa Titània-Tascó

Titània, nacida desde el deseo

La cooperativa Titània-Tascó nació en Barcelona el año 1985. Es centro pionero en la asistencia del parto en casa en Cataluña y en el Estado Español. Se engendró y creció en la matriz social basada en el respeto, la libertad, la responsabilidad, la autogestión, la cooperación, la capacidad de cada individuo de decidir, de cuidarse y de favorecer el bienestar propio y de su entorno. Se fue nutriendo con los movimientos de mujeres que provenían de grupos de autoconocimiento y autoayuda, y que hacían política femenina con sus cuerpos, con sus palabras, con su forma de entender y de vincularse en el mundo, desde una práctica de libertad femenina en relación. Así como también de los movimientos ecologistas, de objeción de conciencia y por la No-violencia y movimientos de ciudadanos y ciudadanas que intervenían de manera activa en la vida cultural, social y política del país. Entre ellos estaba el "*Grup de parts de Barcelona*", un grupo de diálogo y reflexión formado por mujeres embarazadas y sus parejas que querían vivir un parto consciente, natural y respetado, valores que no eran aceptados ni acogidos por las instituciones sanitarias del momento.

A medida que la demanda fue aumentando, se hizo preciso ir ampliando la infraestructura, la dedicación, y se fue definiendo de modo más sólido el perfil asistencial. Esta fue la semilla que dio lugar a "*Titània, dones per la salut*" dentro de la cooperativa Tascó, cuya labor es: la promoción de la salud, terapias naturales, asistencia del parto en casa, grupos de preparación a la maternidad-paternidad y crianza, apoyo a la lactancia materna, así como la formación de profesionales en estos ámbitos de la salud.

Titània nació y creció desde el deseo profundo, sincero y vital de un grupo de profesionales de la salud para dar respuesta al deseo de las mujeres de cuidar de su salud y de su maternidad y para que se respetasen sus decisiones de cómo, dónde y con quien querían parir.

Titània tiene en cuenta el origen de nuestra vida, el reconocimiento a la madre que engendra, pare y cuida a sus criaturas, la capacidad creadora de las mujeres que a través de su propio cuerpo se construye un cuerpo social y socializador, es decir, desde su inicio incluye la relación con el otro o la otra, y a la vez acompaña y entrega a sus criaturas al mundo para que hagan su camino.

Una forma de entender la vida y el trabajo

Nuestra actividad como mujeres en la cooperativa es un trabajo relacional que parte del deseo y de nuestro sentir profundo por lo que hacemos. Somos mediadoras de la sabiduría que vamos recibiendo de la experiencia y compartiéndola entre todas. Nuestros objetivos en el acompañamiento y asistencia son:

- Potenciar la autonomía y los autocuidados
- Abrir y compartir nuevos puntos de vista
- Posibilitar relaciones saludables basadas en la confianza y el respeto
- Proporcionar información y recursos para que puedan tomar sus propias decisiones
- Apoyar la capacidad de responsabilizarse de sus propios procesos
- Respetar la singularidad de cada una y de cada uno

Aprendiendo de mí, de la otra y con la otra nos enriquece. Así nos relacionamos, compartimos, intercambiamos, cooperamos, no competimos, y así nos dirigimos al mundo, a nuestras relaciones y a nuestro trabajo. Con todo ello vamos tejiendo la historia de las mujeres, criaturas y hombres que participan, y a la vez nuestra propia historia, como personas, como profesionales y como cooperativa.

En nuestro enfoque asistencial partimos de la salud y no desde la enfermedad. El proceso de embarazo, parto y crianza son etapas saludables en la vida de una mujer, procesos fisiológicamente naturales, social y emocionalmente humanos, capacitadores y transformadores. Considerar este proceso

como una enfermedad es basarse en el miedo y en el peligro de que en algún momento habrá un problema, motivo por el cual se considera que es un acto que hay que intervenir y medicalizar. Las mujeres y sus parejas no quieren una instrumentalización de su experiencia, a no ser que haya un motivo que lo justifique y lo haga necesario.
Aunque es cierto que con los mensajes negativos recibidos, muchas mujeres ven el parto como una dificultad a superar, es importante que lo puedan vivir como una experiencia hacia el encuentro y la acogida de su bebé.

Ina May Gaskin, comadrona americana, asegura que: "*Las sociedades donde no se contempla el parto natural es porque se ha perdido la sabiduría de las capacidades de la mujer*".

Parto en casa con-sentido

El parto es un proceso de maduración personal, en el cual una se encuentra con su propia historia de una manera intensa y en la que una no se siente igual que antes, sino más reforzada, renovada y con nuevas capacidades personales.
Parir es dejar partir, abrirse al otro o a la otra, a su bebé, que siempre es sorpresa, que siempre sorprende; es abrirse a otras verdades de una misma. Dejarse sorprender por los propios rincones del propio cuerpo y de su Ser. Es un proceso que no se ha de interferir sino acompañar.
El parto forma parte de la sexualidad femenina, de nuestra salud integral. Es un proceso de intimidad, de comunicación con una misma y con los y las otras, tiene que ver con la capacidad de dar y recibir, de cómo nos relacionamos con nuestro cuerpo, con nuestros órganos genitales, con las sensaciones corporales, con nuestras hormonas, con el contacto, con el amor, la ternura, el placer, la pasión, las dudas, las incertidumbres, los temores, el dolor (un "dolor con-sentido", es decir, lo consiente porque forma parte del proceso, lo acepta y además tiene un sentido que es parir a su criatura). Es importante permitirnos experimentar, estar en la vida en primera persona. Una mujer pare como es, así que cuando le acompañamos en todo su proceso de procreación tenemos en cuenta su propia historia.

Las mujeres y sus parejas deciden su parto en casa porque:
- Quieren que se les trate como adultas, capaces de pensar, elegir, decidir, de gestar, de dar a luz, de criar, de ser parte activa de su proceso y no como "pacientes".
- En su hogar es donde se sienten más cómodas y tranquilas, donde ellas deciden y disponen de los recursos materiales y emocionales con los que conviven cada día.
- Quieren vivir y sentir todas las emociones y sensaciones que les vayan apareciendo, como en otros momentos de su vida.
- Las mujeres que paren en casa lo hacen porque esa experiencia tiene un valor para ellas, y no como un reto o un atrevimiento. Para nosotras que les atendemos tampoco lo asistimos desde el atrevimiento, al contrario, se trata del convencimiento de que es un proceso natural y decidido por la mujer y acompañado por su pareja, es una elección que tiene como origen su deseo, basado en su confianza y la conexión con su instinto y sus capacidades.
- Quieren estar acompañadas de familiares y/o amigas y amigos, que las conocen y con los que han compartido y se han apoyado mutuamente en otras experiencias.
- Quieren una atención personalizada, que tenga en cuenta su singularidad y no basada en protocolos que generalizan, no quieren una medicalización de su cuerpo en esta etapa vital de su vida.
- Quieren conocer a las profesionales que les van a atender, con las que han establecido una relación de confianza y saben que respetaran su proceso.
- En definitiva, quieren poder decidir, parir y acoger en confianza e intimidad a su criatura, un nacimiento respetuoso con calidez y calidad humana y profesional.

Las comadronas asistimos los partos en casa de las mujeres y sus parejas que, previa información, elección y decisión nos hacen la demanda. Trabajamos desde el concepto de la corresponsabilidad, es decir, que las decisiones, actuaciones y resultados son compartidos y acordados y, a la vez, cada una tiene los propios. Tenemos una visión integral de la salud, favorecemos el vínculo materno-paterno-filial y hacemos el seguimiento de todo el proceso de embarazo, parto y postparto. También disponemos de los recursos materiales en el caso de que si en la evolución del parto hay un desvío de la normalidad poder estabilizar la situación y, si es necesario, hacer la derivación al centro hospitalario que corresponda, que normalmente ocurre en pocos casos.

Con los años hemos ido observando algunos cambios en la forma de vivir el parto y que tienen que ver con los cambios que se han ido produciendo en la sociedad. En general, se ha pasado de un parto en el que la mujer se acompañaba de más personas cercanas de su entorno a un cambio actual en el que por ser una sociedad en la que hay más predominancia de familias menos extensas, es más frecuente que las mujeres y sus parejas quieran pocas o ninguna acompañante, no lo juzgamos y sabemos que en ambas situaciones es un proceso íntimo pero compartido de forma diferente. Ha ido cambiando la consciencia social e individual del parto en casa. Aunque sabemos que formamos parte del grupo social, y a la vez somos singulares como individuos, también son importan-

tes los apoyos en nuestra vida, el enriquecimiento e intercambio mutuo de las relaciones… Otro aspecto que hemos observado es el aumento actual de mujeres que paren en casa cuya pareja es otra mujer; y en general, desde hace unos 10 años, hay un aumento progresivo de parejas que eligen como opción el parto en casa.

Consideraciones de sociedades científicas

Los cuidados proporcionados por comadronas durante el proceso de parto son válidos y están avalados por diferentes sociedades científicas.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud): "*alumbrar en casa es un derecho de la pareja y sobre todo de la mujer, un embarazo no es una patología, sino un proceso natural y los hospitales tienen que servir para atender los embarazos con complicaciones, y advierte que muchos de los procedimientos rutinarios de los hospitales no se justifican en un parto normal*". Así que considera que: "*Una mujer debería tener su hijo donde se encuentre más segura y pueda dar al bebé el cuidado más apropiado. Puede ser un hospital o una casa*".

Según la evidencia científica Cochrane: "*el apoyo continuo y personalizado a las mujeres durante el parto reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia intraparto. Además, las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con respecto a sus experiencias de parto*". Otro estudio realizado por: O. Olsen y M. D. Jewell: «El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital» dice que: *En los países y las áreas en los que es posible establecer un servicio de nacimiento domiciliario apoyado por un sistema hospitalario moderno, a todas las mujeres embarazadas de bajo riesgo debe ofrecérseles la posibilidad de considerar un nacimiento domiciliario planificado, como también informarles acerca de la calidad de las pruebas disponibles para guiar su elección.*

Nuestras conclusiones

Es tiempo de dar a luz el deseo de las mujeres de vivir su parto en su propio hogar, legitimando y visibilizando la decisión y el empoderamiento de las mujeres que con sus cuerpos y sus vidas participan en la humanización del nacimiento y de toda la sociedad.

El parto en casa no es sólo una opción, es un derecho. Nos basamos en nuestra experiencia, en unos principios bioéticos, un código odontológico, así como en la evidencia científica, las recomendaciones de la OMS y la disposición de diferentes organismos públicos y entidades profesionales y sociales que reconocen el derecho de las mujeres y sus parejas a ser informadas, a decidir y que apoyan la capacidad autónoma de las personas. Nos alegra que con nuestro trabajo amado, elegido y dedicado durante estos 30 años de vida hayamos aportado nuestro "grano de arena" en la normalización del parto en casa. Gracias a tantas mujeres, hombres y criaturas que han confiado en ellas y en nosotras y que hacen posible que el parto domiciliario sea una realidad cada vez más amplia y agradecemos que en la actualidad esté apoyada por más profesionales. Esperamos que un día sea abonado por la sanidad pública, pues se está asumiendo y financiando a modo privado una necesidad que es pública.

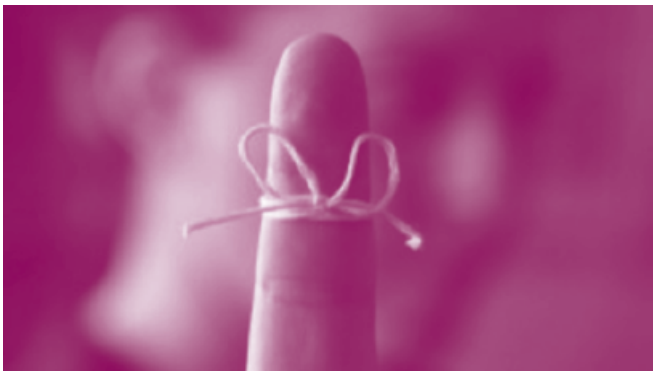
Sabemos que la manera de engendrar, parir, criar y educar forma parte de la transformación propia y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- www.titania-tasco.com
- "Nuestros cuerpos, nuestras vidas". Colectivo de mujeres de Boston. Ed Icaria, 1984
- "La política del deseo". Lia Cigarini. Ed Icaria, 1995
- "Nuevo gran libro del embarazo y del parto". Sheila Kitzinger
- "La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente". Casilda Rodrigañez Bustos. Ed Nossa y Jara, colección Madre Tierra, Madrid. 1995. Ed. Crimentales, 2007
- "El bebé es un mamífero". Michel Odent. Ed, Ob Stare, 5ª ed 2014
- Guía de asistencia del parto en casa". COIB 2010 www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/.../GUIA%20PART%20CAST.PDF
- Recomendaciones OMS. Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437.
- Revisión Cochrane. Martis R. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Duoda, Centro de Investigación de Mujeres, UB. www.ub.edu/duoda. Revista núm. 7, 20, 26, 31

DEL DETERIORO COGNITIVO AL ALZHEIMER: de La experiencia personaL a Las propuestas en saLud

Olga Fernández Quiroga
Psicóloga clínica
Juan Carlos Cejudo
Psiconeurólogo



Esta crónica surge de una experiencia personal: la convivencia con un familiar que comienza el largo y penoso proceso de un diagnóstico de deterioro cognitivo.
Como yo voy a escribir desde la perspectiva personal, la de los familiares, he pedido ayuda, para la vertiente profesional, al psiconeurólogo Juan Carlos Cejudo, que trabaja actualmente en la Unidad de Diagnóstico de deterioro Cognitivo y Demencias del Hospital Sagrat Cor (Hermanas Hospitalarias, Martorell, Barcelona).
Nos vamos a centrar en los servicios sanitarios, en lo que podría mejorar, tanto en la atención al paciente como a los familiares y/o cuidadores.
Esperamos que os sea de utilidad.

El inicio

Todo empieza porque un día pasa algo, y todo cambia. Hay un comportamiento raro, algo que no funciona. Visita al médico de cabecera en el Centro de Asistencia Primaria (CAP) correspondiente, TAC y confirmación de lo que ya sospechabas o temías: "inicio de un deterioro cognitivo", y derivación al especialista, al neurólogo.
Estoy hablando de mi padre, una persona que ha vivido durante los últimos años con total autonomía.
En este tipo de situaciones, habitualmente hay cónclave familiar, toma de decisiones, fumata blanca o negra. En el caso que nos ocupa, la decisión es que viene a vivir a casa, por tanto, hay que "incluirlo" en la convivencia. Y las perspectivas respecto al deterioro cognitivo no contemplan la mejoría.
Estamos en la primera visita al neurólogo.
Hay que saber que los especialistas tienen un mail para poder contactar con ellos pero no siempre contestan, aunque por qué no lo hacen es un misterio. Si contesta, como es el caso, se le puede pedir que organice los horarios de la próxima visita para disponer de unos minutos y poder hablar a solas sin la presencia del paciente. Esto debería ser algo habitual, que ya estuviera en el protocolo, tanto para bien del especialista como de los familiares pero, al parecer, no lo es. Mientras hablamos, el paciente puede realizar el test cognitivo con la enfermera (el test cognitivo sirve para evaluar el grado de deterioro).
Es fundamental que, además de la valoración del test, el personal médico esté informado de las condiciones psicosociales: dónde vive, cómo, qué problemas tiene, qué perspectivas… etc. También procuramos informar al neurólogo de todas estas circunstancias y de las medidas que ya se han tomado. Por ejemplo:

- Impulsar al máximo su autonomía.
- Estimular la socialización todo lo posible.
- Crearle una rutina segura, pero sin dejar de introducir actividades nuevas.
- Automatizar tareas cotidianas de las que se sienta responsable.
- Ser creativos, inventando actividades que le sean útiles: recuerdos, música, reuniones familiares…cualquier actividad que se adecue a las características de cada persona (sus gustos antiguos, los nuevos que pueda adquirir….etc.).
- Adaptarse, en la medida que sea posible, a sus necesidades. Sus capacidades de adaptación están menguadas.
- Utilizar la tecnología para prevenir futuras pérdidas de memoria (el servicio de atención domiciliaria para cuando esté…).

Hay mucho que comentar respecto a las estrategias a seguir, pero, fundamentalmente, se basan en la idea de proporcionar al enfermo, dentro de sus características personales, una vida

activa, tanto en el ámbito social como psicológico y cognitivo. Sobre todo, teniendo muy en cuenta su personalidad (que puede ir cambiando por efecto de la enfermedad) y sus aficiones. Aquí es muy importante la creatividad, ya que aunque muchas de estas actividades pueden encontrarse en cualquier manual sobre demencias, lo realmente vital es **inventar las que se adecuan a la personalidad y a las posibilidades de cada cual.**

Toda esta organización supone un interminable trabajo cotidiano para practicar la paciencia, el cariño y el sentido común.

El neurólogo aprobará todas estas medidas y nos dará la pauta farmacológica, si es que hay. En nuestro caso, no se puede hacer gran cosa. Suele ser habitual en pacientes ancianos. No hay medicación, porque los efectos secundarios serían más perjudiciales que beneficiosos.

El diagnóstico se confirma: "deterioro cognitivo leve". Que sabemos que luego pasará a moderado y seguirá su curso descendente. Quizás **Alzheimer, demencia**…

En casa

A la vuelta a casa, empieza la búsqueda de información en la red, los intercambios con colegas y personas conocidas que han pasado o están pasando por una situación similar.

Es un continuo aprendizaje sobre la marcha.

En esta búsqueda, surge la visita al **psiconeurólogo** en otro centro sanitario. El psiconeurólogo es un especialista que poca gente sabe que existe. Realiza una exploración neuropsicológica para ver el alcance de los déficits cognitivos, es decir, cómo está de memoria, de lenguaje, las habilidades motoras complejas, llamadas praxias, el sistema ejecutivo, que es aquel que nos permite programar acciones (ordenar una reunión, programar qué he de hacer mañana) y que son las más evolucionadas en el ser humano, las que nos distinguen como especie. Cuando una enfermedad afecta al cerebro, éstas se pierden o modifican de alguna forma, más aún en el caso de las enfermedades neurodegenerativas que acaban con el cerebro y sus funciones.

Hoy en día n**o hay marcadores biológicos para las enfermedades neurodegenerativas con el cien por cien** de especificidad y sensibilidad diagnóstica, así que es imprescindible la exploración neuropsicológica que nos indica qué áreas del cerebro y en qué grado están afectadas. Ni que decir tiene que las pruebas de neuroimagen como el TAC o la resonancia magnética no nos darán esta información, aunque la gente piense que sí. Las enfermedades neurodegenerativas se esconden muy bien a los ojos de las pruebas estructurales.

La visita a este especialista también puede resultarnos demasiado rápida, pero nos proporciona alguna información adicional. Como por ejemplo ésta:

"No os enfadéis con él, porque luego él no recordará el motivo del enfado, pero sí el enfado. O sea, la parte emocional"

Las vivencias

Se trata de una situación nueva en la que, subjetivamente podemos sentirnos con multitud de dudas, preguntas y emociones. Nos encontramos perdidos. Un poco. O mucho. Todos son "puede ser…". Puede ser que evolucione rápido. Puede ser que no. Puede ser que haya síntomas repentinos, puede ser que sean insidiosos…etc. Incluso, los propios diagnósticos sobre demencias son muy lábiles.

No se trata de buscar seguridades ni pastillas mágicas, que sabemos que no existen, pero sí contar con **información, apoyo y seguimiento**, tanto para el paciente como para los familiares. Conocer qué es ese diagnóstico que nos acaban de dar, tranquilizarnos un poco al saber de qué va su naturaleza y tener algunos datos sobre el pronóstico, prevenir las posibles fases por las que pasará para poder actuar en su momento, para tener **alguna estrategia que no nos fije en un duelo continuo**.

Porque, esa vuelta a casa, conlleva la primera vivencia de la tristeza.

Se trata de poder vivir el día a día sin que sea una **vivencia de un duelo continuo**, porque cotidianamente observamos una pérdida, una función que ya no funciona. El desgaste psíquico que supone para los familiares es inimaginable

para los que no tienen esta experiencia cotidiana. Muy duro. Se siente **ese agotamiento que no se restaura descansando o durmiendo**. Y a partir de aquí, se entiende muy bien que hay que inventar y construir realidades para vivir la situación de otra manera. Puede hacerse, pero con acompañamiento.

Y **aprendemos algo vital**: los familiares que estamos ejerciendo esa función de acompañantes y/o cuidadores, tenemos que estar bien fuertes física y psíquicamente porque de lo contrario es imposible realizar todas estas funciones de las que hablábamos. **Nuestro estado de ánimo tiene que ser bueno**. Y para eso necesitamos ayuda. De todo tipo.

Somos conscientes que hay mucha gente que vive estas situaciones en condiciones mucho peores que las que describimos aquí. Hay mujeres y/o hombres que están solos en este proceso, que se dedican a cuidar a su familiar enfermo durante las 24 horas, que duermen toda la noche atados a sus parejas para evitar que pase algo. O sea, no duermen. Y además, como suelen ser personas mayores, el cuidador tampoco suele gozar de buena salud. Si a esto añadimos unas malas condiciones económicas y la soledad, la fotografía es desoladora.

Nuestra sociedad ha cambiado rápidamente en los últimos 30 años. Las personas mayores, y más si hay deterioro cognitivo, ya no son cuidadas por las familias, ahora **viven solos y nuestra sociedad competitiva les gira la cabeza**. Son inútiles, no sirven a la sociedad, ya no son fuente de sabiduría, ahora son un estorbo. Así que hemos de inventar una nueva forma de cuidarlos y no es barata, **nadie está dispuesto a asumir este coste social y personal**. Somos una sociedad acostumbrada a ser negligente con lo humano. Pero el problema, que a nivel social queda diluido, está más que presente en el caso particular de nuestro familiar concreto, al que miramos como un caso especial. Paradoja humana, olvidamos al ser humano ¡pero lloramos con el nuestro! Así que no nos queda más que inventar el cuidado.

La red de atención en la Sanidad Pública

Llegados aquí, ya nos hemos dado cuenta del enorme déficit en la atención sanitaria respecto a este gran problema que son las demencias y la muy probable dependencia futura. Ya son demasiados años sin soluciones. Lo que no funciona en el Sistema Público de Salud, esta red inexistente, tiene que ser asumida por los familiares.

Apuntamos algunas medidas que sería preciso incorporar. Seguro que hay más.

1. La gestión clínica
   - Acceso rápido y coordinado con el médico de familia a la primera visita del neurólogo
   - Tiempo de atención especializada organizado
   - Conocimiento de las herramientas de diagnóstico
   - Conocimiento de los recursos existentes para el tratamiento y seguimiento
   - Información, acogimiento y apoyo psicológico a los familiares
   - Necesidad de integración de los servicios y recursos sociales
   - Creación de equipos multidisciplinares
2. La formación de los profesionales
   - De los médicos de familia en Atención Primaria
   - De la enfermería en Atención Primaria
   - Del personal no sanitario

Viene muy a cuento un artículo reciente de Jordi Varela, gestor clínico, citando un texto del geriatra británico David Oliver, que habla sobre el tema de las demencias y la necesidad del trabajo profesional interdisciplinar. Lo contrario de la llamada medicina fragmentada, que sigue funcionando así de mal, a pesar de que todos hablamos de la inversión de la pirámide poblacional, que hacemos predicciones escalofriantes del porcentaje de personas que a pocos años vista padeceremos algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, de que las demencias serán una de las enfermedades con mayor prevalencia e incidencia y de su gran impacto social en todos los ámbitos.

Urge contar con una Red Pública potente y que destaque por su calidad excelente, por una **atención continua, coordinada y eficiente**, que evite las desigualdades y el sufrimiento innecesario.

Se habla demasiado del coste económico. Muy poco del coste social y del coste emocional, que también se convertirá en coste económico.

Epílogo

En la página web del hospital de referencia, en nuestro caso Vall d'Hebrón de Barcelona, sí que hay dos **psiconeurólogas en el equipo.**

Si preguntáis cómo acceder a una consulta con ellas, os darán una respuesta descorazonadora:

*"… que las especialistas del hospital únicamente se encargan de realizar evaluaciones neurocognitivas para al diagnóstico de pacientes con sospecha de demencia y que **no hacen evaluaciones de control ni soporte o consejo a familiares** para abordar el cuidado de pacientes con demencia…"*

Original en:
- https://ecriteriumes.wordpress.com/2016/05/21/deterioro-cognitivo-alzheimer-demencia-enfermedad-neurodegenerativa/

MALA HIJA

Esperanza Aguilà Ducet
Enfermera

Mi madre, que pronto cumplirá 90 años, ha estado a punto de morir de una sepsis. En pocas horas una infección en el riñón izquierdo la dejó sin conciencia durante cinco días, agravando la insuficiencia cardiaca y respiratoria crónica que la acompaña desde hace años. Cuando salió de la UCI (donde recibimos, ella y nosotros, los hijos, un buen trato, profesional y humano), pasó de ocupar una cama en la planta de urología, al alta, en menos de una semana.

Ahora que han pasado unos meses y mi madre está en casa, (con un acompañamiento consensuado con esfuerzo), lo que más me duele es revivir los momentos de soledad y pesadumbre, de culpa incluso, por la frialdad de los médicos/as y enfermeras al darle el alta.

Ese día mi madre necesitaba la ayuda de dos personas para salir de la cama y no se aguantaba de pie, pero en ningún momento se interesaron por las condiciones de movilidad y autonomía personal que ella había perdido. *"Esto no puede hacerse con tan poco margen, hay que preverlo desde el ingreso"*, me soltó a bocajarro, acusándome con la mirada, la enfermera de la planta, riñéndome en medio del pasillo porque yo había ido a hablar por mi cuenta con la trabajadora social para tramitar el ingreso de mi madre en un centro de recuperación hasta que estuviera en mejores condiciones. La indignación que sentí me arrebató la respuesta, me quedé sin palabras y lo que es peor, las suyas, las de la enfermera, revestidas de autoridad reprobatoria, sembraron en mi interior la duda sobre mi comportamiento, como si yo hubiera caído en falta y ella tuviera razón.

Yo sabía, porque nos lo habían comunicado, que cuando mi madre tolerase los antibióticos por vía oral, se iba a casa. Los perfiles brumosos de esta nueva realidad me acompañaban día y noche pero no podía compartir mis dudas y temores con nadie (la complicidad entre los hermanos se había esfumado tan pronto ella salió de la UCI, volviendo a ocupar su lugar, con energía renovada, los viejos rencores y desencuentros). Estaba sola.

Y ahora ¿qué? En el hospital mi madre era un cuadro clínico que avanzaba inexorablemente hacia el alta. Aunque sus médicos sabían por mí que mi madre antes del ingreso caminaba por casa sola, aunque con bastón, y aún controlaba bastante sus necesidades, ante mi inquietud sobre su estado de debilidad sus semblantes no mostraban ningún signo de empatía y me referían que era normal que estuviera más dependiente. Ahí se acababa todo.

Mensaje recibido. El hospital atiende enfermedades y está saturado, una cama es un bien escaso y en cualquier momento se te arrebata. No era relevante que mi madre no controlara esfínteres ni se aguantara de pie, nos la entregaban con prisas porque ocupaba ya un lugar inapropiado. A nadie le importaba lo que iba a ocurrir al otro lado de las puertas del hospital.

El despacho de la trabajadora social estaba frente a la puerta de entrada a la sala de urología, la profesional que me atendió lo hizo con rigor, calor y eficacia (gracias a ella, mi madre ha estado dos meses en un centro de recuperación y ha vuelto a caminar con ayuda de un andador). Y yo me pregunto, si mi madre llevaba tres semanas ingresada en el hospital, y hay una profesional de lo social en cada planta ¿por qué no se hace la coordinación sistemática antes del alta? ¿Es que sólo las sanitarias avisan a las sociales cuando la persona/paciente está sola en el mundo y no saben a quién endosársela? Me temo que así es. Yo habría agradecido un acompañamiento, tal vez una única conversación con la enfermera o con el médico/a, por qué no, sobre las condiciones físicas de mi madre, más allá de su riñón, corazón, pulmones… y sobre nuestros recursos económicos y humanos para cuidarla que evidentemente habían de ser diferentes ahora que había empeorado. Yo necesitaba este acompañamiento, cualquier persona que cuide lo necesita.

Como tantas veces en la vida, de este proceso me llevo una experiencia ambivalente, el inicio de una relación más íntima con mi madre en esta su última etapa, y un pesar profundo, tristeza e indignación a partes iguales, frente a un sistema que forma a sus profesionales en la excelencia para algunas cosas y es tan ciego para otras. Por si no lo he dicho ya, mi madre estuvo satisfecha del trato humano recibido por médicos/as, enfermeras y auxiliares, en esta historia quien encontraba agujeros negros en el sistema, quien parecía la mala (hija) era yo.

Berta vive, La Lucha sigue

En Marzo de este año asesinaron a Berta Cáceres, lideresa hondureña defensora de los derechos indígenas, de las mujeres, de la tierra, de los ríos, de los derechos humanos, símbolo de resistencia a un mundo que va contra la vida de las personas y del planeta para seguir acumulando capital…
Por eso Berta, como muchas otras, es para nosotras un símbolo y una esperanza. Sus hermosas palabras serán "replicadas" por todas las mujeres que la hemos seguido y conocido. Desde nuestra revista quedamos también comprometidas a seguir replicando por la Verdad, la Justicia y la Reparación.
Su hija Berta (Bertita) estuvo en Barcelona hace poco hablando de su mamá y de su pueblo. Y en las Jornadas Radicalment Feministas (Barcelona, junio 2016), en el taller de resistencias a las guerras, junto con mujeres colombianas, saharauis, palestinas… refugiadas…, Berta también estuvo presente. Nos la trajo el fantástico grupo de música para y desde la resistencia "*Las amigas de la Yoli*" con este rap de homenaje que os invitamos a escuchar:

Berta y Laura se quedaron
sin mama
La mató la embestida
De otra gran transnacional
Otro proyecto hidroeléctrico
Que importa más que un
pueblo
Desarrollos Energéticos S.A.
(D. E. S. A.).
Financiados por imperios

Como delincuentes
Se la llevaron durmiendo
Ingenuos que el silencio
Sería otra vez el precio
Y hoy el mundo entero
Clama ¡verdad y justicia!
Rio blanco enfurecido
¡La memoria sigue viva!

Se levantaron las naciones
A un solo grito al menos
Berta Cáceres ¡VIVE!
……

No hay represa que contenga
Los ríos de gente
Denunciando a Agua Zarca
Empresarios asesinos
……
Hoy tampoco la Resistencia
Está dormida
Somos Río Blanco
El pueblo Lenca que camina
Dando lecciones
De cómo no hay muerte que
sepulte
El cauce del río
Que camina en los corazones

Aunque la metan en la tierra
Sus aguas subterráneas
Le pasarán saludando
Abrazándola
Y volviéndola caudal
En el cual bañarnos

Con el agua recorrerá
Toda Mesoamérica
Repartiendo su legado
Y el del pueblo Lenca
Cada gota contiene memoria
La tomamos
Y nos contará tu historia
Que fuiste valiente
Y pusiste tu rostro
Por toda tu gente
Que un río no se vende
No se contiene
No se detiene
No hay represa que detenga
El dolor de tanta gente

D.E.S.A.
Será quien temerá su suerte
Vos tenés la bala
Yo (tengo) la palabra
La bala muere al detonarse
La palabra vive al replicarse

El pueblo pipil el pocoman
El lenca
El zutujil el kanjobal
El queqchi el quiche
El kachiquel
El pocomchi
El mam el xinca
Chorti itza
Mesoamérica clama
Fuera de nuestra tierra ya
Ni olvido ni perdón
Castigo justicia y verdad

Y aun así se llevaron a al-
guien más
Nelson García
Muchos cuerpos
Muchas vidas
Agua Zarca ¡ASESINA!
¡Vos sos la que estás en
nuestra lista!
……
Vos tenés la bala
Yo (tengo) la palabra
La bala muere al detonarse
La palabra vive al replicarse
……
Fuera de nuestra tierra ya
Ni olvido ni perdón
Castigo justicia y verdad

A Berta Cáceres y a Río Blanco. Letra: Ana G. Aupi. Interpretación: Ana G. Aupi, Mònica Guiteras, Muna Makhlouf, Elisabet Alor y Montserrat B. Jurado. Para escucharlas: https://copinh.org/article/las-amigas-de-yoli-le-cantan-a-berta

LAS JÓVENES: DENUNCIAS Y PROPUESTAS

En este dossier dedicado a la salud de las jóvenes hemos querido, sobre todo, reflejar el presente: algunas cosas que les están pasando y algunas cosas que están haciendo o diciendo ellas mismas.
Los textos de ellas están llenos de rebeldía y saber. Hablan de lesbianismo, autoconicimiento, autogestión de la salud reproductiva… Nos enseñan cosas nuevas, nos hacen pensar otra vez lo ya pensado y nos admiran con su audacia y su ingenio. Nos llaman maestras pero ¡nos han superado! También alzan la voz contra el desinterés por su sufrimiento, el que les causa la endometriosis, de la medicina y de los médicos: el viejo conocido desinterés por el dolor de las mujeres, ¡una vez más!
En otros textos, otras hablan de ellas para denunciar (¡una vez más!) la medicalización de las mujeres que ahora les toca a ellas: Anticonceptivos hormonales en cuanto entran por la puerta del gine por primera vez, una vacuna dañina contra una enfermedad que probablemente nunca padecerán, un sistema de esterilización infalible que acaba ¡una vez más! en dolor y sufrimiento… Mientras nadie les habla de lo que funciona (¡desde hace más de un siglo!) el diafragma.
En fin, como siempre pinceladas para la información y la reflexión.

MLC

La visibiLidad Lésbica

Laura Corcuera
Activista feminista, periodista, artista...

(Extracto de la conferencia que inaugura la Semana de Visibilidad Lésbica de Mallorca en la librería-peluquería Los Oficios Terrestres)

En la escuela me llamaron muchas veces "marimacho" y, en el mejor de los casos, "chicazo". Yo era una niña que jugaba al fútbol, saltaba ríos y construía cabañas. Recuerdo zanjar este tema para que me dejara de doler. Mi reacción fue radical: pasar olímpicamente del insulto, del juicio y de todas las personas que los emitieran. Sin excepción. Ir a mi bola. Pensaba: "no me entienden, pues ellos se lo pierden". Tenía ocho años cuando escribí en un papel que sólo yo tendría las riendas de mi propia vida.
Esta forma básica de autodefensa frente a la lesbofobia y a la mirada androcéntrica (entre otras formas de dominación y opresión que yo no he encarnado como blanca europea de clase media que soy) se expresó muy temprano. No es mérito sólo mío, sino –sobre todo– del entorno familiar en el que crecí: "Quiérete como eres. Quiéreme como soy". "Qué bonita es la variedad". En casa me cuidaron y acompañaron una maestra particular a tiempo completo y un catedrático de lingüística. A mi hermano y a mí nos dieron el cariño y conocimientos necesarios para desarrollar una seguridad y amor propios que hoy –junto a la conciencia política de la vulnerabilidad compartida–, conforman los cimientos de mi vida. Qué privilegiada me siento. Sí. Qué privilegiada.
A veces me duele mucho encarnar estos tiempos, se mueven las fibras emocionales que entretejen la autoestima, se mueve la identidad personal, se mueve la corporalidad, se mueven los gustos sexuales, se mueve todo. "Eppure si muove". Esto no es una anécdota contada al tuntún, es un granito de arena dentro del estereotipado y silenciado terreno de la experiencia lesbiana, y creo que hoy es importante compartirla. Hoy, 26 de abril de 2016, día de la visibilidad lesbiana, arranca la Semana "Orgullosas y Visibles" en la isla de Mallorca. Y yo hoy me siento y me pienso archipiélago.
Quiero compartir dudas y también secretos. Los secretos son la geopolítica de las emociones. Y este texto es sólo un boceto discursivo, un ejercicio escritural. Una imagen en movimiento. Como el gif que circula en las redes sociales de dos

mujeres recostadas en el campo que dicen "no somos amigas, nos comemos el coño".

Evelyn Blackwood, entre otras intelectuales e investigadoras feministas, demostró ("*Rompiendo el espejo: la construcción del lesbianismo y el discurso antropológico sobre la homosexualidad*", 1991) cómo el presupuesto de una "naturaleza homosexual" figura en el groso de las ciencias como parte de una concepción esencialista para la que dicha "naturaleza homosexual" subyace a todas las expresiones culturales de homosexualidad. Y es que lesbiana no se nace, se hace.

Y digámoslo. No somos enfermas ni taradas. Somos interdependientes y autónomas. Somos bellas y somos listas. El androcentrismo y la misoginia son la verdadera enfermedad social y sexual de nuestro mundo.

Amparo Moreno definió la opacidad androcéntrica hace justo treinta años (*Cuadernos Inacabados*, 1986) como el "conjunto de mecanismos discursivos mediante los que ya no sólo se sitúa el arquetipo viril en el centro del universo mental-discursivo (…) sino que, además, se oculta tal centralidad generalizando como humano cuanto corresponde, exclusivamente, al sistema de valores propio de quien se sitúa en un centro hegemónico de la vida social, a partir del cual proyecta su hegemonía expansiva sobre otras y otros mujeres y hombres".

La construcción social y cultural de la feminidad y de la sexualidad tiene que ver con la articulación de derechos y libertades, con olvidos y ocultamientos deliberadamente orquestados por esta mirada androcéntrica (desvalorizar los mensajes y temas tratados por las mujeres, dificultar las posibilidades de intercambios de información entre mujeres, expropiar los saberes elaborados por las mujeres y los espacios sociales habitados por ellas).

Por eso es importante seguir creando espacios de encuentros entre mujeres y estudiar juntas las culturas que habitamos, desde las herramientas de la antropología feminista, para comprender cómo se construyen los significados y simbólicos del género. Para señalar y erradicar las relaciones de opresión y dominación que se expresan en la lesbofobia y en sus cruces con otras fobias que tienen que ver con la edad, la clase, la raza y las creencias religiosas.

¿Qué están haciendo con sus vidas las mujeres independientes? Unirlas a otras mujeres independientes, hablar, escuchar, exponerse, comerse el coño, transgredir los propios límites, cambiar –en definitiva– el mundo y el espacio que otros reservaron para ellas con el mayor de los sadismos.

Esto nos afecta a todas. Hagámonos cómplices las unas de las otras. Los cuidados, los placeres y los deseos sustentados sobre unas normas sociales que pautan nuestros comportamientos, resignificados, puestos patas arriba, son un terreno que cultiva, al menos, tres horizontes de acción política: el horizonte artístico (el humor, el juego, el erotismo, el pensamiento crítico), el horizonte científico (interdisciplinar, interseccional, queer, no esencialista) y el horizonte movimentista (las luchas de base anticapitalistas, feministas y ecologistas).

El siglo XX fue el siglo de la rapidez, de las tecnologías del género, de las luchas por las libertades y derechos afectivo-sexuales y reproductivos, un grito colectivo por la diversidad y multiplicidad irreductible de las identidades que fue dolorosamente reprimido. Y llegó la expresión del desencanto, el nihilismo, el triunfo del individualismo y del capitalismo.

El reto en el siglo XXI será recoger ese legado, hacer memoria, pensar y sentir a la vez, aniquilar por fin el androcentrismo, expresión primaria del heteropatriarcado, y descolonizarnos en una suerte de fluctuación vital que tendrá un reflejo en nuevas relaciones afectivas, sexuales, políticas y económicas.

Soy y estoy lesbiana. No soy más ni menos que nadie. Lesbiana, lesbiana, sí lesbiana. ¿Cómo nos interpela la palabra? ¿Cómo nos resuena? ¿Cómo nos implica? ¿Cómo nos distancia? Todavía hay muchas resistencias, tabúes y miedos. Hay muchas violencias. Es atroz. Es atroz. Por eso es importante seguir saliendo a la calle, interpelar a nuestras madres y abuelas, a nuestras vecinas, a nuestras amigas, y gritar "Lesbianas, orgullosas y visibles".

Sigamos pues indagando juntas en la autoconciencia, compartiendo experiencias y conocimientos, exponiéndonos y organizando la lucha feminista lesbiana. ¿Entiendes? ¿Entendemos?

Enlaces relacionados:
- El Sexo más allá de la genética
  www.diagonalperiodico.net/cuerpo/26114-sexo-mas-alla-la-genetica.html
- ¿Para cuándo cuidados maricas?
  www.diagonalperiodico.net/cuerpo/29836-para-cuando-cuidados-maricas.html
- Biblioteca feminista abierta: http://biblioteca-feminista.tumblr.com/

VULVA SAPIENS Y GYNEPUNKS

DOS maneras, un mismo fin: DESCOLONIZAR EL CUERPO FEMENINO

Leonor Taboada

Una nueva ola feminista se expande por el mundo globalizado; jóvenes que releen el discurso del cuerpo y la sexualidad, que no se conforman con las ofertas del sistema cuando se trata de la salud ginecológica de las mujeres, que no aceptan las reglas del juego, resisten al impacto de los estereotipos dominantes y crean sus propios instrumentos de avance. Hemos escogido dos ejemplos potentes de grupos que pretenden el mismo objetivo: descolonizar el cuerpo de las mujeres, otorgarles el poder de decidir cómo quieren ser vistas y tratadas desde la medicina y la sociedad en general, desobedeciendo los mandatos de la sociedad patriarcal en general y rescatando propuestas que se han ido olvidando como hace Vulva Sapiens, o creando nuevos instrumentos para la re-apropiación del cuerpo femenino, como hacen las Gynepunks.
Como corresponde a los tiempos, ambas se mueven como peces en el agua en las redes sociales.

Vulva Sapiens

www.vulvasapiens.net

LA REVOLUCIÓN EMPIEZA en el propio cuerpo

GINECOLOGÍA AUTOGESTIVA: RAZONES PARA PROMOVER EL AUTOCONOCIMIENTO

Cinco mujeres mexicanas han creado un grupo de autoconocimiento potente, creativo y contagioso. Manejan las ideas y las nuevas tecnologías con sorprendente y deslumbrante talento. Y tienen en nosotras sus más devotas fans.

El grupo está compuesto por Erika Pérez, antropóloga, Marcela M. Magaña, socióloga y antropóloga, Eunice H. Aguilar, antropóloga, Ixchel Morales, historiadora e investigadora y Lisel Lifshitz, administradora de empresas. Se presentan como un colectivo de investigaciones feministas inquietas y extremadamente curiosas que comparten un interés apasionado por la salud femenina, la ginecología autogestiva y la apropiación y construcción del cuerpo, así como su dimensión política.

Su objetivo pasa por generar y compartir conocimientos desde una perspectiva crítica. Para ello toman como punto de partida "*la propia experiencia y vivencia de SER cuerpo*". Desde allí reflexionan, teorizan, investigan, diseñan y proponen "*nuevos caminos para pensar, sentir y existir*", creando diversos espacios colaborativos "*para intercambiar y compartir en libertad*", y proporcionan materiales diversos para construir un conocimiento colectivo nuevo. "*Creemos que en el diálogo, la reflexión y el intercambio entre mujeres encontraremos una forma de vivirnos de manera más sana, libre y gozosa*". Y afirman rotundamente "*partimos de que la revolución, esa que transforma la vida, empieza en el propio cuerpo*".

Dado su interés, extraemos del texto publicado en la página web de vulvasapiens, que recomendamos explorar, la explicación del origen del concepto de ginecología autogestiva y las razones por la que la promueven.

"…la ginecología autogestiva, o self help como la llama Leonor Taboada en su ***manual introductorio***[1]*, tiene su origen en los vertiginosos años setenta. Su principal nutriente fue el feminismo que centró su atención en la dimensión política del cuerpo. (…) Este movimiento reconoce su origen en el intenso intercambio que dio lugar a la publicación del Boston women´s health book collective*[2]*, que aún sigue influyendo en todo el mundo."*

"Una clínica de ginecología autogestiva no se circunscribe a un espacio de cuatro paredes, ni precisa certificaciones o grados académicos. Se trata de un proceso educativo en colectivo, que puede ser itinerante, temporal o permanente, y el límite es lo que cada grupo sea capaz de imaginar, reflexionar, proponer, investigar y diseñar."

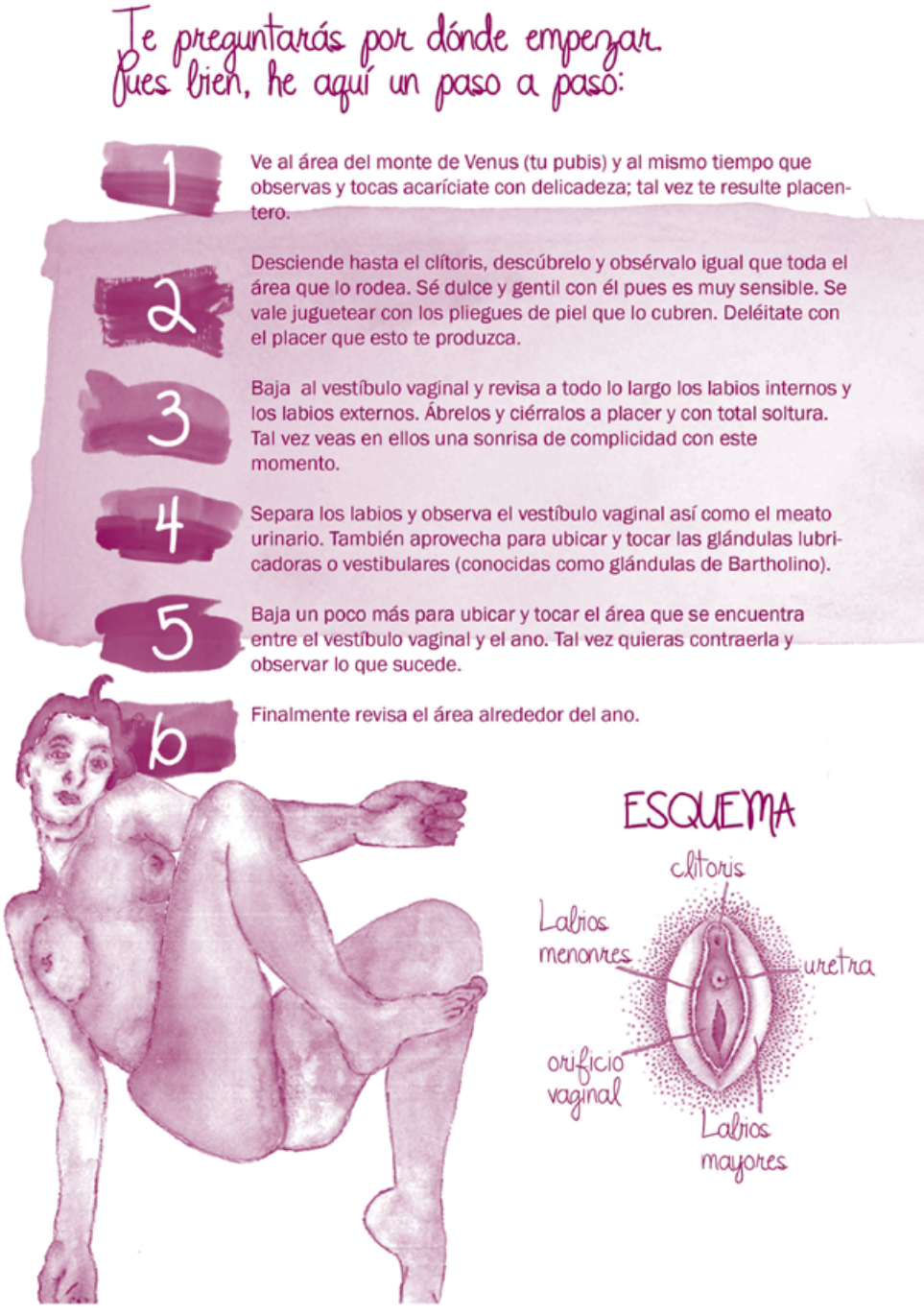
"La ginecología autogestiva trae consigo una crítica a la práctica médica occidental centrada en la medicalización y un cuestionamiento a la producción del conocimiento que la sustenta."

Un sano consejo: ¡Entra en la web!

La web ofrece varios apartados, a cual más interesante. Desde las recomendaciones de lecturas a un blog que ofrece talleres on line sobre el conocimiento de la vulva a estrategias para evitar la medicalización de la menstruación, o la reducción natural de los niveles de estrógenos, o el tratamiento de las cándidas, a videos con instrucciones para masajearse los pechos "*para disfrutar mientras te exploras gozosamente*".

En su Factoría, además de mochilas y compresas, es posible conseguir piedras de jade talladas en forma de huevo que se acomodan en el interior de la vagina y sirven para fortalecer los músculos vaginales y del suelo pélvico, lo que a su vez ayudan a prevenir la incontinencia urinaria y el prolapso uterino y permiten cierto control de los movimientos vaginales para lograr mayor placer sexual.

¿Cuánto hace que no te miras la vulva?



1 Cuaderno Feminista. Introducción al self health. www.caps.cat/images/stories/Cuaderno_Feminista.pdf

2 www.ourbodiesourselves.org/

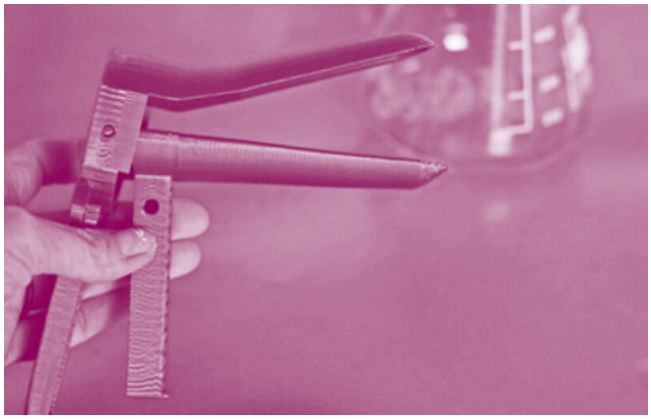
gynepunk.tumblr.com
gynepunk.hotglue.me

Atención chicas: LAS GYNEPUNKS YA ESTÁN AQUÍ

GYNEPUNKS: el nombre lo dice todo, o casi todo… lxs GynePunks se crearon en Calafou, una cooperativa comunitaria y "*colonia posapocalíptica ecoindustrial*" en los restos de una planta textil abandonada, cerca de Barcelona en 2013.
Desde entonces miembrxs del espacio llamado Pechblenda han llevado a cabo talleres destinados a descolonizar el cuerpo femenino, explorando medicinas basadas en plantas o nuevos juguetes sexuales. Este trabajo pronto se fusionó con una red global de bio-hackers llamada Hackteria, el proyecto suizo de laboratorio abierto Gaudilabs y otros nodos de artistas, científicxs, investigadores y hackers, hasta que nació GynePunks.

GynePUNK es un proyecto de investigación autónoma sobre la historia de la ginecología, una propuesta activa y radical.
"*La institución médica ostenta siniestras prohibitivas tecnologías de diagnóstico, metodologías de diagnosis patriarcales, conservadoras y ocultistas en lectura y tratamientos. En el caso de la ginecología llega a niveles inquisitorios, paternalistas y actitudes fascistas*", dicen ellas en la introducción de su página web.
Según el artículo publicado el 23 de agosto de 2015 en Motherboard, una plataforma dedicada a la ciencia y la tecnología, escrito por Doug Bierend y traducido por Mario Abad, titulado "*Las GynePunks traspasan los límites de la ginecología casera*", se trata de "*Un colectivo de biohackers radicales y transhackfeministas que ha decidido interceder por mujeres marginadas y por ellas mismas para reclamar servicios ginecológicos, desarrollar instrumentos caseros con los que poder llevar a cabo diagnósticos y dispensar asistencia de primera necesidad.*"
Con la determinación necesaria, es posible montar un laboratorio biológico casero[1] totalmente equipado para realizar pruebas rutinarias como análisis de fluidos o espectroscopias.

Las GynePunks han logrado reunir muchas de estas herramientas y técnicas, así como información sobre su aplicación en la detección de infecciones por cándida, cáncer de útero, ETS y embarazos.
Entre sus productos elaborados existen centrifugadoras fabricadas con motores de disco duro; microscopios hechos con piezas de webcams; incubadoras caseras y espéculos creados con impresoras 3D.
También han recopilado gran cantidad de información sobre otros aspectos de la salud reproductiva, desde tratamientos a base de plantas para las ITU (infecciones del tracto urinario) hasta recursos para practicar autoabortos con menor riesgo para la mujer.
Hasta ahora, sus experimentos se limitan básicamente a laboratorios de hackers y talleres. No obstante, su intención es la de conseguir que este tipo de utensilios esté a disposición de cualquiera que tenga conexión a internet y acceso a piezas de uso frecuente, de forma que puedan tener más control sobre su salud reproductiva.
Para muestra, vale alguna foto, como la del espéculo 3D y la inserción de una cámara en un espéculo.



Espéculo fabricado con una impresora 3D y diseñado por Gaudilabs.
Foto por Klau / Creative Commons

1 http://hackteria.org/wiki/Make_a_diy-biolab

En sus propias palabras:

"Gynepunk tiene como objetivo visionario que broten laboratorios DIY-DIT de diagnosis accesible y extrema experimentación de debajo de las piedras o en ascensores si hace falta. Tiene que ser posible en un espacio fijo y/o en el nomadismo de laboratorios móviles.

Tiene que poder actuar tantas veces como QUERAMOS, hacer a destajo, antojo e intensidad: cultivos, análisis de fluidos, biopsias, PAPs, sintetizar hormonas, exámenes de sangre, de orina, HIV test, alivios a cualquier dolor que no soportemos, o lo que sea que NECESITEMOS.

Construir y hackear nuestros propios cacharrukos de ultrasonido, endoscopia o ecografías de manera low-cost.

Todo en estricta complementación de conocimientos naturales y sobre hierbas, tradiciones orales, pócimas sumergidas.

Para generar con ansia superhabit de lubricantes DIY, anticoncepción, dominios de doulas, cuidado salvaje de todas las técnicas manuales de manipulación visceral, como extracción menstrual.

Todo elevado en potencia máxima hacia el conocimiento compartido y el empoderamiento radical de nuestro cuerpo".

CONTROVERSIA ENTRE PROFESIONALES EN USA

El reportaje de Kari Oakes en la publicación digital Ob-Gyn-News Digital Network del 1ro de noviembre de 2015 recoge la controversia que este movimiento hacia el auto-diagnóstico y autotratamiento provoca entre profesionales de la ginecología en Estados Unidos.

A la Doctora Constance J. Bohon, del Sibley Memorial Hospital, aunque reconoce las barreras que aún existen para el acceso de muchas mujeres a una atención sanitaria adecuada, le preocupa que el movimiento "*pueda hacer más daño que bien*". "*Algunos procedimientos en manos de personas no profesionales pueden causar mucho daño*", y cita como ejemplo los "*horrores autoinducidos por los abortos ilegales de la época previa a su legalización*".

En contraste, el Dr. Scott A. Sullivan, profesor asociado de obstetricia y ginecología de la Universidad de Sud Carolina, percibe la innovación de los esfuerzos de las Gynepunks como una extensión natural de la tendencia actual hacia el empoderamiento de pacientes, que quieren más información y participación en su salud; como una llamada para despertar a las clínicos especialistas en salud de las mujeres en los Estados Unidos. "*Es una evolución natural a medida de que lxs pacientes leen artículos, hacen sus propias investigaciones y hablan entre ellxs*". "*También representan un fenómeno generacional, en el que la gente más joven tiene el deseo de aprender los unos de los otros en las redes, y pueden entender cómo hacer las cosas por sí mismos*".

El Dr. Sullivan ve muchos pacientes rurales con problemas de acceso a clínicas u hospitales y cree que más cuidados ginecológicos pueden hacerse a domicilio, como test de ovulación, pruebas de sida o test genéticos. "*Con apropiada comunicación y monitoreo, pueden proporcionarse cuidados efectivos a más mujeres*". Lo más importante, declara, "*la gente necesita ser bienvenida. Porque nos están diciendo algo*". "*Si las mujeres no se sienten bienvenidas en nuestras consultas, tenemos que hacer algo*", concluye el Dr. Sullivan.

Para Terra Zyporyn médica, historiadora de la ciencia y coautora de The New Harvard Guide to Women's Health, "*el énfasis de las mujeres como agentes de su propia salud parece una extensión de los esfuerzos feministas de los años setenta; mujeres reclamando su cuerpo y cuestionando la autoridad de los expertos*".

"*Es como un Ourbodies Ourselves puesto al dia para un mundo globalizado y digitalizado*".

"*El movimiento de hace 40 años promovía la autoconsciencia y el empoderamiento, animando a las mujeres a conseguir un espejo y un espéculo para familiarizarse con su anatomía. Hoy los espéculos te los mandan a casa: 10 espéculos por 10 dólares*".

"*Ya sea que hayan venido a completar el círculo de las antiguas maneras de auto-cuidarse, o si están creando una nueva fusión de feminismo y tecnología, el movimiento de las Gynepunks tiene el potencial de remover la visión tradicional de la salud de las mujeres*".

EL DIAFRAGMA: un anticonceptivo POCO CONOCIDO

Rosa Almirall
Ginecóloga

Margaret Sanger (New York 1879-1966) descubrió el diafragma en Holanda en 1914. Enfermera de formación, de tendencias anarquistas, fue una gran luchadora por el derecho de las mujeres a disfrutar su sexualidad sin miedo al embarazo. En 1912 publicó una columna periodística titulada "What every girl should know" (Lo que toda chica debería saber), donde hablaba de la educación sexual y la salud de la mujer, dos temas que le apasionaban. Fue censurada por un artículo que consideraron vulgar y obsceno, sobre infecciones de transmisión sexual.

A partir de ese momento luchó por la derogación de la Ley Comstock, que consideraba un crimen importar o distribuir cualquier instrumento, medicamento o información para prevenir embarazos o provocar abortos o mencionar por escrito los nombres de las infecciones de transmisión sexual.

En 1914 publicó el primer número de la revista *The Woman Rebel (La mujer rebelde)*, reclamando el derecho a practicar el control de la natalidad. Se le imputaron nueve cargos por no respetar la Ley Comstock. Se fue a Inglaterra y pasó a llamarse Bertha Watson. Publicó 100.000 copias de *Family Limitation*, un panfleto de dieciséis páginas, donde hablaba de educación sexual y control de natalidad, y daba instrucciones para la utilización de diferentes anticonceptivos.
En Inglaterra trabajó con Havelock Ellis, psicólogo/sexólogo, con quien reafirmó su defensa del derecho de las mujeres a disfrutar de su sexualidad sin miedo al embarazo y viajó por diferentes ciudades del mundo, siendo arrestada en algunas de ellas por defender la práctica del control de natalidad. Y en Holanda, como he dicho al principio, descubrió el diafragma, que era el método más efectivo en aquel momento.

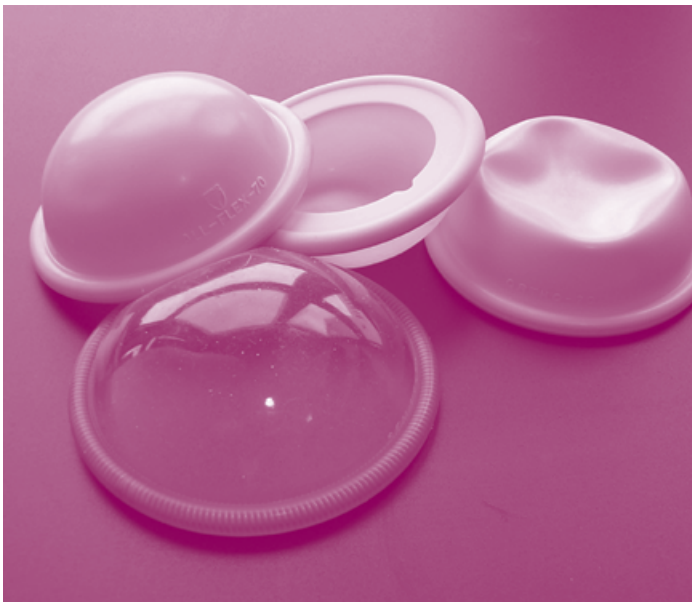
En 1916 abrió la primera clínica de control de la natalidad en EEUU junto con Ethel Byrne. Ambas fueron arrestadas nueve días después y les confiscaron todos los folletos informativos, los preservativos y los diafragmas. Perdieron el juicio pero consiguieron que se aceptara el derecho a dar información sobre anticonceptivos y prescribirlos si había razones médicas.

En 1917 empezó a publicar la revista *Birth control Review* y en 1921 fundó la American Birth Control League, dedicada a dar educación e información para prevenir embarazos y, en 1923, la primera clínica legal de control de natalidad que fue un modelo de referencia para la investigación de métodos anticonceptivos y la formación de profesionales del mundo.

En 1927 ayudó a organizar en Suiza la primera World Population Conference para conseguir la aceptación mundial del control de la natalidad, pero sólo en 1936 se consiguió derogar la Ley Comstock, permitiendo a los profesionales dar información y prescribir métodos anticonceptivos. Sanger viajó por Europa y Asia promocionando el uso del diafragma, investigando sobre cremas espermicidas, esponjas, polvos y anticoncepción hormonal.
En sus últimos años escribió muchos libros. Uno especialmente importante fue My Fight for birth control (Mi lucha por el control de natalidad).

Mi descubrimiento del diafragma

A mediados de los años 70 el uso de los métodos anticonceptivos en España era muy restrictivo. Su uso estuvo penalizado hasta la aprobación de la Ley 43/1978. Los anticonceptivos hormonales sólo podían prescribirse como reguladores del ciclo menstrual y su prescripción como anticonceptivos podía



suponer la inhabilitación profesional. Los dispositivos intrauterinos no estaban comercializados. Tampoco existía la posibilidad de recurrir a los métodos irreversibles, ligadura de trompas y/o vasectomía. En este contexto social la sexualidad de la mujer estaba relegada al placer del hombre y sólo aceptada con fines reproductivos.
El placer sexual de la mujer era un gran desconocido para la mayor parte de mujeres, negado sistemáticamente y relegado al ámbito del matrimonio católico. En esta situación los únicos métodos anticonceptivos posibles eran los métodos naturales (método Ogino y método de la temperatura basal), basados en la abstinencia sexual y responsables de un montón de hijos/as no deseados/as, y el uso de preservativos, socialmente aceptados básicamente en relaciones sexuales con "prostitutas".

En 1974 en Barcelona se forma el grupo feminista DAIA (Dones per l´Autoconeixement i l´Anticoncepció), que se integra en la Coordinadora Feminista de Barcelona y que surgió de la Asociación de Planificación Familiar de Barcelona, grupo mixto integrado por algunos ginecólogos/as y no profesionales favorables a la promoción de una sexualidad libre del riesgo de tener embarazos no deseados.
El descubrimiento del diafragma abría un camino nuevo y daba posibilidades a las mujeres, para disfrutar de su sexualidad con un método eficaz, seguro y que les daba una autonomía total, sin necesidad de negociar con sus parejas ni con los profesionales de la salud. Los importábamos de Londres, Holanda y Francia, declarándolos como tetinas de biberón para evitar situaciones legales incómodas. Hacíamos sesiones semanales de autoconocimiento y aprendizaje de su uso, aprovechando estas sesiones para descubrir a las mujeres una parte desconocida de sus cuerpos, hablar de placer sexual, de la importancia de experimentar en ellas mismas mediante la masturbación, la importancia de no delegar en sus parejas su placer sexual y la responsabilidad de asumir un papel activo para evitar embarazos no deseados.
Pero el diafragma fue siendo relegado a los cajones de objetos inútiles. Los/as profesionales de los centros de planificación familiar perdieron progresivamente el espíritu inicial de lucha que representaba el control de la sexualidad por parte de las mujeres. La industria farmacéutica hizo su trabajo, en función de sus objetivos financieros, desacreditando métodos que no alimentaban sus intereses. En 1982 aparecen los primeros casos de SIDA y va creciendo la popularidad del preservativo, con el mensaje demasiado simple de utilizarlo en parejas no estables. El diafragma también perdió esta batalla, por ser un método de barrera que no protege frente al VIH. En resumen, el diafragma cayó en el olvido y tanto los profesionales de la salud como las mujeres optaron mayoritariamente por el resto de métodos.

Condiciones de uso

El diafragma es una barrera de silicona con un aro de refuerzo, que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo el cuello del útero e impidiendo el paso de espermatozoides a través de su orificio. Hay diafragmas de distintas medidas (de 6 a 9 cm de diámetro) y una persona entrenada debe explorar tu vagina, para ver qué medida necesitas y después te ha de enseñar a colocarlo. Como no es fácil encontrar a una de estas personas (hay algunas excepciones en algunos centros de planificación familiar y en algunos servicios públicos de ginecología), muchas veces sólo puede recurrirse al diafragma Caya de talla única, de venta online y que no requiere ninguna valoración previa.
A diferencia del preservativo, puede colocarse en cualquier momento antes o durante la relación sexual, pero siempre antes de la eyaculación. Siempre ha de utilizarse con espermicida. La crema espermicida tiene dos presentaciones (óvulos vaginales y crema). Si colocamos el diafragma con la crema espermicida justo antes del inicio de la relación sexual, ponemos una cantidad como una cucharadita de té en el fondo del diafragma, antes de su colocación en la vagina. La crema espermicida, una vez en la vagina, es eficaz durante las dos siguientes horas. Por lo tanto la eyaculación no debería tener lugar fuera de este periodo. Si han pasado más de dos horas desde la colocación de espermicida en la vagina y se desea una nueva relación sexual con coito, deberá colocarse un poco más de espermicida en la vagina en crema o en óvulo, sin retirar el diafragma.

Se están investigando productos espermicidas, que además de neutralizar los espermatozoides, puedan eliminar microbios (bactericidas), con la esperanza de que puedan utilizarse también para proteger de algunas infecciones de transmisión sexual, especialmente el SIDA. Si estas investigaciones dan resultados, dispondríamos de otro método anticonceptivo que podría prevenir estas infecciones, además del preservativo.

Cuando tenemos el diafragma colocado no se nota nada y tampoco durante la relación sexual. El diafragma no puede retirarse de la vagina hasta que hayan pasado como mínimo 6 horas desde la última eyaculación. Los espermatozoides tienen una vida media en la vagina de 4 a 6 horas y hay que asegurar que cuando lo retiramos no hay espermatozoides vivos.
Al retirar el diafragma lo lavamos con agua y jabón y lo guardamos. Al ser de silicona no requieren utilizar polvos de talco para su conservación.
La duración del diafragma es muy variable en función del uso que se le dé. Se recomienda cambiarlo cada 6 meses, pero no suele ser necesario .Hay que asegurar que el aro no esté muy deformado y de vez en cuando llenar el diafragma con agua y comprobar que no hay ningún poro. También puede ser útil tirar suavemente de la silicona del fondo. Si está en malas condiciones se rompe con facilidad.
Antes de utilizarlo en las relaciones sexuales, se recomienda probarlo algunas veces fuera de las mismas, y comprobar que lo tenemos bien colocado. Es útil saber reconocer el cuello del útero, en el fondo de la vagina. Al introducir un dedo en la vagina, al fondo, se nota una zona más dura y lisa que recuerda la punta de una nariz o un pequeño champiñón al revés. Hay que notar que hay una capa de goma entre el dedo y el cuello uterino.
Se recomienda hacer una nueva medición si hay aumentos o pérdidas de peso de más de cinco quilos y después de un parto vaginal. Por mi experiencia, solo hay que comprobar la medida tras un parto vaginal.
Su precio es muy variable y es razonable pagar un máximo de 40 euros. En las farmacias pueden desconocer de qué les estás hablando y desde hace aproximadamente un año no hay crema ni óvulos espermicidas en las farmacias de España, por lo que cada vez recomiendo más el diafragma Caya y la crema espermicida Caya, de compra online.
La eficacia del diafragma como método anticonceptivo es muy variable según diferentes estudios científicos. Las estadísticas existentes sobre su eficacia oscilan entre una eficacia del 88 al 96% dependiendo de lo correcto de su utilización.

Cada mujer con su diafragma

Toda mujer que tenga una relación sexual sin riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual podría considerar la posibilidad de conocer y tener un diafragma:

- **Especialmente si decides utilizar un método de barrera**. La responsabilidad de su uso es sólo de la mujer y no es necesaria su negociación, además, su colocación puede ser independiente de la propia relación sexual. En la relación coital no se nota que se está utilizando y permite un juego sexual no centrado en la erección sostenida hasta la eyaculación. Además permite más de una eyaculación sin necesidad de cambiar el diafragma, sólo añadiendo crema espermicida, y sale mucho más barato que el uso de preservativos.

- **Si estás utilizando métodos hormonales**: Porque puedes utilizarlo en los periodos en que no es eficaz: los 7 primeros días o si cuando empiezas a utilizarlos no es el primer día de la regla, o los 7 días siguientes a haber tenido un olvido en su uso correcto o mientras tienes vómitos o diarreas (si son de administración oral), ya que impiden su correcta absorción, o durante el tratamiento con medicamentos que disminuyen su eficacia y los siete días siguientes a haber finalizado los vómitos, diarreas o si debes dejar de usarlo unos días por una intervención quirúrgica…

- Y también mientras tienes **relaciones sexuales durante la menstruación**, porque impide o disminuye la posibilidad de manchados incómodos.

En cualquier caso aprende sobre él, tenlo en reserva, por si acaso, o enamórate de él y utilízalo siempre.

Animo a todas las mujeres a conocer el diafragma y a actuar como facilitadoras de conocimiento y utilización de este método, ya que no se requieren estudios para ello, y así poder recuperar el espíritu inicial de las mujeres feministas de los años 70, potenciador de la autonomía en el desarrollo de una sexualidad libre de embarazos no deseados.

Referencias
- Hatcher, RA; Trussel J; Stewart F; et al. (2000). Contraceptive Technology (18th ed.). New York: Ardent Media. ISBN 0-9664902-6-6.
- Barnhart KT1, Rosenberg MJ, MacKay HT, Blithe DL, Higgins J, Walsh T, Wan L, Thomas M, Creinin MD, Westhoff C, Schlaff W, Archer DF, Ayers C, Kaunitz A, Das S, Moench TR Contraceptive efficacy of a novel spermicidal microbicide used with a diaphragm: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007 Sep;110(3):577-86.
- Contraception with with Caya® contoured diaphragm. www.caya.eu/caya-fits-me/determine-contraception-yourself/

¿ANTICONCEPTIVOS ORALES A LAS ADOLESCENTES? mejor no

Carmen Valls Llobet
Endocrinóloga

La formación en derechos sexuales y reproductivos, y la información sobre métodos y actitudes sobre la anticoncepción, se ha realizado de forma irregular y no reglada a los y las adolescentes de toda España. En ocasiones han sido determinadas ONGs las que han cubierto el vacío, y en otras ocasiones la denominada "tarde joven" intentaba paliar la desinformación desde algunos centros de atención primaria. Sin embargo la desinformación puede llegar incluso a determinados estratos profesionales que no han tenido ocasión de valorar los pros y contras de determinados métodos anticonceptivos.

¿Pueden tener efectos negativos los anticonceptivos orales?

Los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración de anticonceptivos orales de segunda y tercera generación adolecen de escasez de ensayos clínicos randomizados para evaluar su efectividad y efectos secundarios. Los síntomas más frecuentes a corto plazo son la ganancia de peso, las náuseas, la mastodinia y tensión mamaria, la disminución de la frecuencia de los ciclos menstruales, la aparición de sangrados intempestivos, la dismenorrea, las metrorragias y el edema de extremidades inferiores o la aparición de varices y dilataciones de vasos sanguíneos. Tampoco ha sido estudiada la incidencia del estímulo de la autoinmunidad, con incremento de la presencia de Anticuerpos antinucleares (ANA), fenómenos lupus-like, desencadenamiento de lupus eritematoso y de tiroiditis auto inmune.

Pudo parecer una panacea la aparición de la píldora de uso continuado para lograr la desaparición de la menstruación. Pero la FDA advierte que los riesgos de usar esta píldora son similares a los riesgos de otros anticonceptivos orales, como el incremento de riesgo de trombosis periféricas y pulmonares, accidentes vasculares cerebrales y ataques cardíacos, y que el tabaquismo aumenta los riesgos cardiovasculares de los anticonceptivos hormonales.

¿Cómo prevenirlos? Historia clínica y analítica

¿Por qué hay anticonceptivos orales que no son cubiertos por la Seguridad Social? No son cubiertos los que tienen más riesgo de trombosis, ya que aunque tengan menos dosis de estrógenos, están unidos a progestágenos que aumentan los riesgos de embolización. El riguroso metaanálisis de todos los estudios relacionados con efectos vasculares y anticonceptivos hormonales desde 1980 hasta 2002 ha llegado a las siguientes conclusiones: El riesgo acumulado asociado con el uso de Anticonceptivos hormonales con baja dosis fue para el infarto de miocardio de 1.84 [95% intervalo de confianza (IC) = 1.38, 2.44] y para los accidentes vasculares cerebrales isquémicos de 2.12 (95% IC = 1.56, 2.86). La suma de odds ratio para los dos problemas vasculares fue de 2.01 (95% IC = 1.63, 2.48). La segunda generación de anticonceptivos hormonales se ha asociado con un significativo incremento de riesgo de infarto de miocardio [OR 1.85 (95% CI = 1.03,3.32) y de accidentes vasculares isquémicos (2.54 (95% CI = 1.96,3.28); y para la tercera generación el riesgo se incrementa sólo para los ictus isquémicos con una odd ratio de2.03 (95% CI = 1.15,3.57)]. Los autores sugieren que el uso de anticonceptivos hormonales con baja dosis de etinil estradiol y alta de progestágenos de síntesis, incluido el levonorgestrel, aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad cardíaca, y vascular arterial, con un incremento de problemas vasculares arteriales con los anticonceptivos de tercera generación.

Aunque la Universidad debería ser un método de formación que promueva el pensamiento, la creación de ciencia y la evaluación de la eficiencia de los resultados, es posible que algunos profesores recomienden no pensar demasiado para no entorpecer la evaluación de las pruebas tipo test (más fáciles de evaluar masivamente). Si la Universidad hace dejación del estímulo de pensar, y lo sustituye por el de repetir, se puede convertir en una fábrica de técnicos, que podrán realizar las mismas rutinas, pero que no podrán evaluar ni las condiciones personales, ni las de vida, trabajo y medio ambiente de las personas que deberán atender. No nos puede sorprender que en este caso las actividades de algunos profesionales de medicina puedan ser sustituidas por robots.

PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA Y DE MIR

En el caso de que tengas que examinarte en tu Facultad de Medicina o en el examen de MIR, puede ser que la respuesta recomendada por tus profesores, en el caso de anticoncepción hormonal, sea que puedes darla sin ninguna precaución y sin analítica previa. Para aprobar el examen contesta lo que te recomienden tus profesores, pero cuando ejerzas en la vida real ten en cuenta los efectos secundarios que hemos resumido en este artículo y cómo puedes alertarlos y prevenirlos.

ESSURE®: Los riesgos de La oclusión mecánica de las trompas de Falopio

Enriqueta Barranco
Ginecóloga. Universidad de Granada

Descubrimiento de un método sin problemas aparentes

Hace veinte años que publicamos una investigación sobre los síntomas que presentaban algunas mujeres que habían sido sometidas a la esterilización tubárica, tanto intracesárea como por laparoscopia (electrocoagulación) [1]. Fundamentalmente se trataba de dolor pélvico crónico y/o trastornos menstruales, síntomas todos ellos a los que la comunidad científica no les concedía demasiada importancia. Pocos años más tarde, a finales del 2002, diversos medios de comunicación y cadenas de televisión, tanto nacionales como regionales, retransmitieron una rueda de prensa desde el Institut Dexeus en la que la Dra. A. Úbeda y el propio Dr. S. Dexeus presentaron un nuevo método de esterilización tubárica con el nombre de Essure. Se trataba de una espiral de níquel y platino que tras ser introducida en las trompas desencadenaba un proceso inflamatorio y, tras su cicatrización, las trompas quedaban obstruidas.

Dexeus lo consideraba ya – aunque sólo había realizado 7 inserciones en aquel momento- como muy ventajoso para las mujeres y, lo más importante, exento de efectos secundarios (aludiendo, ahora sí, al hasta entonces despreciado síndrome postligadura). En algunos programas televisivos muy populares en aquellos momentos, como "Dos rombos", protagonizado por L. Berdúm, se dio a conocer el nuevo método ante una mayoría de audiencia joven.

La promoción del mismo y sus supuestas excelencias – inserción en consulta sin ingreso ni anestesia - conllevaría a que en muchos hospitales del sistema sanitario público se adoptara como único método de esterilización, aparte de la ligadura de trompas intracesárea.

Entre las mujeres también se desató cierta euforia y muchas comenzaron a solicitarlo cuando consideraban poner punto final a su fecundidad.

Nuevas evidencias: dolor pélvico y más

Tras la revisión de la bibliografía más reciente, hemos obtenido datos sobre las complicaciones que se han ido presentando desde su comercialización.

Comenzaremos por España, donde Povedano y cols [2] han publicado los resultados de la inserción de 4.306 Essure entre marzo de 2003 y junio de 2010 en el HU Reina Sofía de Córdoba y han concluido que el procedimiento es "factible, exitoso y seguro".

Esta investigación sirvió de base para algunas afirmaciones emitidas con posterioridad en nuestro país, sin tener en cuenta que la mayor parte de las inserciones se hicieron por personal muy capacitado en la técnica.

Pero, en una revisión sobre la seguridad y eficacia de los dispositivos insertados en Finlandia, Hurskainen y cols [3] concluyeron que durante el proceso de asesoramiento a la mujer que solicitara el método, este debería desaconsejarse especialmente en las que padecieran problemas de sangrado abundante o dismenorrea, porque entre sus riesgos potenciales se encontraban el dolor postinserción, la perforación de las trompas y el sangrado y manchado; y advertían de la escasez de estudios a largo plazo sobre su seguridad y costo-efectividad.

Tras la detenida lectura del estudio de Mahmoud y cols [4] sobre el dolor pélvico agudo vinculado al método, podemos concluir que la aparición del mismo se incrementa con los años, por lo que inicialmente su incidencia era mucho menor de lo que posteriormente se ha demostrado, como veremos a continuación. Así, en la revisión llevada a cabo por Al-Safi y cols [5], entre los 457 efectos adversos comunicados, el dolor era el más preponderante (47.5%), seguido de su mal funcionamiento (26.4%), embarazo (13.3%; 29 de ellos extrauterinos), perforación (19.7%), sangrado uterino anómalo (9.6%), y mala posición de los microinsertos (7.2%). Además, para su tratamiento se requirió una técnica quirúrgica adicional (59.1%); y en 44 casos hubo de realizarse una histerectomía.

Posteriormente, ya a finales de 2015, Casey y cols [6] asociaron el dolor pélvico crónico a la perforación de las trompas,

pero la publicación más decisiva sobre éste problema fue la de Yunker y cols [7], quienes demostraron que el riesgo de presentar dolor pélvico crónico se multiplicaba por 6 en las mujeres a las que se les había insertado un Essure. Y Lora y cols [8] sugieren que en todos los casos en los que aparezca la queja se debería investigar la incorrecta colocación de los microinsertos.

La técnica también importa

Es de destacar que la puesta en práctica de tal procedimiento se hizo con un entrenamiento escaso entre los profesionales que iban a llevarlo a cabo. En el hospital en el que realizo mis tareas asistenciales, todo el entrenamiento se limitó a que un experto y experimentado profesional hizo una sesión demostrativa a lo largo de una mañana y nada más, cuando todavía se ignoraban sus efectos secundarios a medio y largo plazo.

Ahora sabemos que:

- se hace necesario un período de entrenamiento y que la curva de aprendizaje puede influir en los resultados,
- que el dolor pélvico crónico postinserción puede guardar relación con el método, insertado tanto correcta como incorrectamente,
- que una complicación frecuente es la perforación de las trompas o la expulsión de los "muelles" a la cavidad abdominal
- y que también se discute si la alergia al níquel es una contraindicación para su inserción.

Ante la situación de alarma creada por sus efectos adversos, la FDA [9] emitió un comunicado advirtiendo de la necesidad de tomarlos en consideración, ya que había recibido 5.093 informes de los mismos, estimando que podrían llegar a 25.000 las mujeres perjudicadas por el producto [10]. Por similares derroteros han transcurrido las recomendaciones de la SEGO, aunque entre sus miembros se mantiene la postura de que el dolor pélvico crónico no se vincula necesariamente a la presencia de los dispositivos [11].

Conclusión

En resumen, nos encontramos ante una nueva tecnología, pretendidamente innovadora pero manifiestamente mejorable, ya que en muchos casos sus efectos adversos pueden ser mayores que sus potenciales beneficios.

Más allá de su papel reproductivo desconocemos, en gran medida, la fisiología tubárica y los mecanismos que se ponen en marcha cuando se obstruye su luz.

El Essure ni evita ni aminora los síntomas asociados al síndrome postligadura, añadiendo nuevos riesgos tales como la perforación tubárica y la expulsión.

Referencias

1- Barranco E, Barranco E, Marchal, G. Post-tubal-ligation syndrome as a motive for emergency room visits at the University of Granada Hospital (Spain). The European Journal of Contraception and Reproductive Health 1996;1:148. ISSN/ISBN: 1326-5187.
2- Povedano B, Arjona JE, Velasco E, Monserrat JA, Lorente, J, Castelo-Branco C. Complications of histeroscopic ESSURE sterilization: report on 4306 procedures perfomed in a single centre. BJOG 2012;119:795-799.
3- Hurskainen R, Hovi SL, Gissler M, Grahn R, Kukkonen-Harjula K; Nord-Saari M, Mäkelä M. Hysteroscopic tubal sterilization: a systematic review of the Essure system. Fertil Steril 2010;1(94):16-19.
4- Mahmoud MS, Fridman D, Merhi ZO. Subserosal misplacement of ESSURE device manifestad by late-onset acute pelvic pain. Fertility and Sterility 2009;92(6):2038.e1-e3.
5- Al-Safi ZA, Shavell VI, Hobson DT, Berman JM, Diamond MP. Analysis of adverse events with Essure hysteroscopic sterilization reported to the manufacturer and user facility device experiencia database. J Minim Invasive Gynecol 2013;20(6):825-9.
6- Casey J, Yunker A. Pelvic pain associated with Essure perforation. JMIG
7- Yunker AC, Ritch JMB, Robinson EF, Golish CT. Incidence and risk factors for chronic pelvic pain alter hysteroscopic sterilization. J Minim Invasive Ginecol 2016, march 01.
8- Lora Alcantara I, Rezai S, Kirby C, Chadee A, Henderson CE, Elmadjian M. Essure surgical renoval and subsequent resolution of chronic pelvic pain: a case report and review of the literature. Case Rep Obstet Gyecol 2016;6961202.
9- FDA-2014-N-0736.
10- McCarthy M. US to require safety warnings for Essure sterilization. BMJ 2016;352:i1283.
11- Comunicado de la SEGO sobre el método de anticoncepción definitivo ESSURE. www://http.sego.es

LA INDUSTRIA A POR LAS NIÑAS

¿PSICO QUÉ? La Lucha de La AAVP. UNA HISTORIA DE MUJERES

Alicia Capilla
Presidenta AAVP (Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma)
www.aavp.es
asociacion.aavp@gmail.com

Cómo y por qué nace la AAVP

Nuestra historia comienza en febrero de 2009, cuando dos adolescentes valencianas hubieron de ser hospitalizadas afectadas por los efectos adversos de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Desde entonces, otras muchas niñas y jóvenes los padecen -exigiendo que se les escuche- o permanecen en el anonimato.

Ahora ya, con cientos de casos reportados, es evidente, que todos los mecanismos de prevención, respecto al uso de los medicamentos, fallaron estrepitosamente al comercializar esta vacuna. Sin embargo, y aunque negar la obviedad de que todos los medicamentos pueden provocar efectos adversos es, cuanto menos, una necedad, las autoridades sanitarias negaron entonces (y continúan haciéndolo) que la vacuna fuera la causa de los graves problemas de salud que padecían las niñas.

Este no reconocimiento nunca se debió a la ignorancia de quienes lo sostuvieron, postulándose como adalides de un avance científico sin parangón (algún charlatán a sueldo llegó incluso a decir que se trataba del mayor hito de la Historia de la Medicina), sino más bien a otro tipo de intereses menos altruistas que la Justicia tendrá que investigar en algún momento.

Pero si la ignorancia no es admisible como pretexto, aún lo es menos el trato vejatorio y denigrante que, incomprensiblemente, recibieron las víctimas y sus familias en el hospital, por no hablar de la infamia, hábilmente difundida, de que las niñas estaban simulando.

NUNCA antes nos hemos sentido tan DISCRIMINADAS COMO MUJERES.

Que las mujeres, por el hecho de serlo tengamos que aguantar que nos tilden de histéricas es algo que, en pleno siglo XXI, no se puede consentir, pero que se utilice este sambenito como argumento científico es algo realmente inaudito, aunque eso sí, los muy hipócritas, para guardarse las espaldas, incluyeron a posteriori los síntomas que habían presentado las niñas en la ficha técnica del medicamento y los reconocieron en las cartas remitidas por la *Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana* a las familias y en las campañas de vacunación posteriores, sin que la bellaquería les produjera el más mínimo sonrojo.

Nunca antes nos hemos sentido tan desprotegidas y tan engañadas. Sin escrúpulo alguno elaboraron un documento lleno de contradicciones con el objeto de exculpar la actuación de "los equipos médicos", de los que se habían servido, en justo pago a sus servicios (el hecho de utilizar el colectivo "equipos" para diluir las responsabilidades individuales, que las hubo, es siempre un recurso eficaz).

Además, con dicho documento zanjaban "el asunto" sin tener que verse en la tesitura de explicar a los ciudadanos que se habían equivocado y, al mismo tiempo, silenciaban las voces de muchos médicos que ya empezaban a manifestar sus reticencias respecto a la conveniencia de administrar esta vacuna a las niñas, reticencias con las que ponían en serio peligro la pervivencia de lo que se había previsto como un fructífero negocio. Era evidente que teorías como la de la "psicogenia masiva" o la de la "enfermedad latente", que tan oportunamente se habían sacado de la manga, no terminaban de cuajar en un colectivo formado científicamente.

Una serie de conferencias auspiciadas por el propio laboratorio al amparo de las más altas instituciones, y la denominada "rumorología médica" hábilmente utilizada, hicieron el resto.

Durante estos siete años, las jóvenes y las familias hemos tenido que soportar un calvario. Al principio, los primeros casos (los casos de Valencia) parecían ser únicos en el mundo, pero tanto el *Conseller de sanitat*, D. Manuel Cervera, como el Secretario de sanidad, D. José Martínez Olmos, reconocían que la vacuna era la causa. Sin embargo, en seguida, del

reconocimiento explícito se pasó, por arte de magia, a la negación absoluta.
Pero no eran casos únicos y ellos lo sabían. No había más que consultar las notificaciones que se habían cursado tanto en nuestro país como en otros países (informes VAERS) antes de los casos de Valencia.
En el porqué de esta gran mentira, y en la constatación de que no tenían ninguna intención de reconocer algo tan simple como que un medicamento provoca efectos adversos, está el origen del nacimiento de nuestra asociación.

La Asociación de Afectadas por la Vacuna del VPH nace por lo tanto, por la ineficacia de los responsables de la sanidad, que en ese momento tenían el deber de velar por la salud de nuestras hijas, y que optan por mirar hacia otro lado para zanjar un problema que temen les estalle entre las manos. Por esa razón, y aunque parezca mentira, una de las reivindicaciones de la Asociación desde que nace es la de recibir una atención sanitaria adecuada.
No hay ninguna razón que pueda justificar la denegación de asistencia, salvo que se considere que las víctimas no están enfermas, tal y como mantienen los laboratorios que fabrican las vacunas, aunque hayan incluido los riesgos, como ya hemos dicho, en sus fichas técnicas… por si acaso.
Así pues, nos encontramos ante una situación incomprensible en un estado de derecho: elevar a razonamiento científico lo que no es más que un prejuicio reprobable e impropio de sociedades, que como la nuestra, aspiran a la verdadera igualdad.
Ser mujer no puede ser en ningún caso justificación para no atender a una enferma. Merecemos y exigimos el mismo trato que se le daría a un hombre si estuviera en la misma situación, aunque mucho nos tememos que si esta vacuna se hubiera administrado a los niños, y les hubiera afectado en la misma medida, la consideración habría sido otra. A nadie se le hubiera ocurrido justificar los efectos adversos de un medicamento diciendo que los niños tenían psicogenia masiva.

Dando pasos

Desde el año 2009, hemos trasladado a las Autoridades Sanitarias de nuestro país nuestras preocupaciones como Asociación, pero desgraciadamente se nos ha ignorado como colectivo. Nuestra lucha ha sido intensa, tanto a nivel nacional como internacional.
En dos ocasiones nos hemos reunido con técnicos del Ministerio de Sanidad y la AEMPS. Pero desgraciadamente sus compromisos con las víctimas nunca han salido de los despachos.
El pasado 16 de septiembre, tras varios años de lucha, varias Asociaciones de víctimas de la vacuna contra el virus del papiloma humano fuimos recibidas por los representantes de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), ya que el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) – a petición de las autoridades sanitarias danesas- estaba realizando un proceso de investigación de dos graves reacciones adversas a la vacuna: el síndrome de dolor regional complejo (CRPS) y el síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS).
Los representantes de las tres Asociaciones europeas, entre ellas la española AAVP, manifestamos nuestra preocupación por el proceso de evaluación que se estaba llevando a cabo y la infranotificación de los efectos adversos que esta vacuna provoca.
Además, los representantes de dichas asociaciones, avalados por el elevadísimo número de notificaciones recogidas por la

propia EMA, solicitaron una investigación que ayude de una vez por todas a las víctimas, y que pasa inexorablemente por informar al personal sanitario de los verdaderos riesgos que se corren al suministrar esta vacuna para que actúen con la debida diligencia y precaución.

En concreto, la AAVP solicitó a la EMA que se paralice la vacunación del VPH –como se ha hecho en otros países como Japón por un principio de precaución- hasta que se analicen con rigor científico las notificaciones que acabaron en muerte y existan pruebas científicas concluyentes que permitan valorar si el balance beneficio-riesgo sigue siendo favorable.

Pero, a pesar de toda la información aportada por dichas asociaciones, la EMA emitió una nota de prensa, en la que concluye que los datos disponibles no apoyan que la administración de la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) pueda causar el síndrome de dolor regional complejo (CRPS) ni el síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS).

La Plataforma NoGracias (PNG) -cuyo fin último es el de promover y fomentar un sistema de salud democrático y al servicio de la sociedad-, califica este informe de escándalo científico y político, y lo critican por ser *"poco transparente y por ser insultante con los médicos que señalan los posibles efectos secundarios mientras es complaciente con los datos proporcionados por las farmacéuticas"*.

Dentro del ámbito europeo, el pasado 26 de mayo el Centro Nórdico Cochrane - centro de investigación e información independiente- presentó una queja a la EMA por su mala gestión en la evaluación que realizaron de los casos de POTS y CRPS. Encuentran el documento que la EMA publicó el 26 de noviembre 2015 poco transparente, engañoso, peyorativo e impropio de una Agencia Reguladora que tiene que velar por la salud de los ciudadanos. "*Nuestra sociedad no debería aceptar que las evaluaciones de seguridad de los medicamentos se dejen en manos de empresas con grandes intereses financieros y de una Agencia Reguladora que recibe el 80% de su financiación de la industria farmacéutica*" arguyen.

Recientemente, Sanevax –organización que reivindica vacunas seguras, efectivas y necesarias- ha enviado una carta a la EMA, en la que se expone la existencia de un creciente número de adolescentes gravemente enfermas después de la vacunación contra el VPH y el desacuerdo de muchos padres, médicos, especialistas y científicos de todo el mundo con las conclusiones de la EMA de que los beneficios de las vacunas contra el VPH (Cervarix/Gardasil) que actualmente se ofrecen a las jóvenes para prevenir el cáncer de cuello uterino superan a los riesgos.

A nivel internacional se han producido algunas actuaciones dignas de consideración: este mismo año el Colegio Americano de Pediatras se ha pronunciado sobre la falta de seguridad de la vacuna del papiloma humano (VPH). Lo ha hecho para documentar una nueva reacción adversa: el fallo ovárico precoz y defender el derecho de las familias a decidir si vacunar o no. Además se han mostrado a favor del consentimiento informado.

Por otra parte, el pasado 14 de marzo, la Academia Nacional de Medicina de Colombia solicitó al Ministro de Salud y Protección Social (MSPS) un cambio en los actuales protocolos de aplicación de la vacuna contra el VPH. En dicha carta se solicitaba que las personas con antecedentes de enfermedades autoinmunes no se vacunaran, ante la creciente información sobre la asociación entre la aplicación de esta vacuna y el inicio o agravamiento de diversas enfermedades autoinmunes. Pero desgraciadamente, bajo un nuevo presidente, escasamente dos meses después, la Academia Nacional de Medicina se ha retractado de su anterior pronunciamiento.

En nuestro país, la AAVP, ha impulsado una iniciativa firmada por el Dr. Carlos Álvarez Dardet, Catedrático de Salud Pública, para solicitar de nuevo la exclusión de la vacuna del calendario de vacunaciones. Hasta el momento hemos recogido 37.000 firmas, que trasladaremos cuando termine la campaña al Ministerio de Sanidad.

Y el pasado 19 de mayo, la AAVP se reunió con la *Conselleria de Sanitat* de la Comunidad Valenciana, siendo considerado este encuentro positivo por nuestra asociación por los compromisos que se acordaron.

A pesar de todas las dificultades con las que nos hemos encontrado durante todos estos años, aún tenemos la esperanza de que se actúe con honestidad. Sólo así, las víctimas podremos dejar de decir: ¿Psico qué?

Ver:
- CAMPAÑA CONTRA LA VACUNA DEL PAPILOMA http://www.nogracias.eu/2015/06/02/campana-contra-la-vacuna-del-papiloma/
- Escándalo científico y político con la vacuna del papiloma: la EMA ignora los datos clínicos que apuntan a problemas de seguridad http://www.nogracias.eu/2016/05/05/escandalo-cientifico-y-politico-con-la-vacuna-del-papiloma-la-ema-ignora-los-datos-clinicos-que-apuntan-a-problemas-de-seguridad/
- Carta abierta y preguntas a la EMA http://sanevax.org/open-letter-ema-hpv-vaccine-safety/

Lo que no se diagnostica no existe

Irene Aterido
Socióloga activista en salud y diversidad sexual. Enferma de endometriosis. Miembro de ENDOMadrid.
http://endomadrid.org

El puzle de la endometriosis

Endo… ¿Qué? "Endometriosis". EN-DO-ME-TRIO-sis. Un nombre extraño para una enfermedad invisible y negada. Muchas lectoras, si no la padecéis o tratáis profesionalmente, probablemente nunca hayáis oído hablar de ella. Tampoco sabréis que se estima que **una de cada diez mujeres**[1] la padece, aunque no tenga síntomas (1.090.113 de chicas y mujeres 15-49 años en España). O que las personas que nos ocupamos de la enfermedad la definimos como un **problema de salud pública** (el 10% de todas las mujeres de 10 y más años en España son muchas: casi 2.145.000 personas). Ni siquiera las que la tienen diagnosticada saben, en los primeros momentos, que está clasificada como **crónica y potencialmente discapacitante**, pues sólo se les cuenta de pasada que "tienen una peritonitis" o "un hidrosálpinx" o "los ovarios pegados al útero", o unos cólicos menstruales tan fuertes que se desmayan pero "**que eso es normal, que la regla a algunas mujeres les duele mucho**".

Durante los ciclos menstruales, la mucosa que recubre el **endometrio** se descama y expulsa en forma de regla. En el caso de las personas con endometriosis, parte de ese tejido se "**implanta**" y crece como un **tumor benigno**, lo que provoca una **inflamación** crónica de los tejidos de esos órganos (todos los del sistema reproductor, algunos del sistema digestivo y otros como el apéndice o la pleura), siguiendo la pauta del ciclo menstrual de la persona. **La endometriosis es, sobre todo, dolor incapacitante**.

Así que tenemos a unos dos millones de mujeres con un dolor agudo, tipo cólico, constante, o ningún dolor (30% de endometriosis son asintomáticas), a las que no se encuentra casi nada en las pruebas de imagen diagnósticas de la medicina convencional: ecografía, Doppler, 3D, TAC, colonoscopia, RMI… ¡Las histéricas de Freud existimos! Y estamos retorcidas de dolor por espasmos uterinos. Parece que se cumpliera, parafraseada, la maldición bíblica: "**Menstruarás con dolor**".

Actualmente **no existe un consenso sobre su origen** (agregación familiar, desequilibrio hormonal, trastorno inmunitario –pero no autoinmune-, disruptores endocrinos EDC's, "menstruación retrógrada"[2] y ni siquiera conocemos con exactitud su mecanismo de acción. Existen otras hipótesis médicas, psicológicas y psicoanalíticas sobre la endometriosis pero muy poca investigación útil a las pacientes y quienes nos tratan. Esto provoca que existan enormes **carencias preventivas, de tratamiento efectivo** (no paliativo) y, en definitiva, de terapias curativas.

Pero el viejo adagio de "no se conoce la causa ni la cura de la endometriosis" parece ya casi negligente y poco profesional. **Hoy por hoy conocemos algunas piezas del puzle**. Al parecer, en las personas con endometriosis el ambiente peritoneal es diferente al del de las sanas; su sistema inmune es hiperreactivo; la endometriosis se ha encontrado en fetos masculinos y femeninos; es una enfermedad dependiente de los estrógenos; se sospecha que podría "viajar" por el sistema linfático/vascular; se estudia la hipersensibilidad a las histaminas, al trigo (¿gluten?) y la caseína; se sugiere una resistencia a la insulina; se estudian los trastornos de permeabilidad intestinal ("colon irritable"); hay sensibilización central y periférica, con todos los tipos de dolor; hay crecimiento tumoral y angiogénesis; hay trastornos endocrinos y reumatológicos asociados claramente.

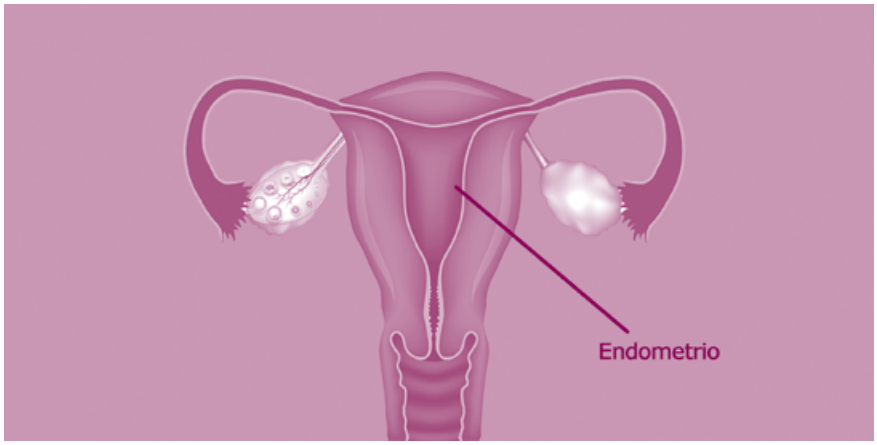
No obstante, aún no se sabe por qué ocurren exactamente —y cómo podrían paralizarse o prevenirse— esos procesos. No se destinan fondos de investigación proporcionales ni de lejos a su elevada prevalencia o equivalentes a los de otras patologías como la diabetes. No disponemos de tratamientos específicos para la endometriosis, mientras que sí tenemos fármacos para la disfunción eréctil.

Los síntomas de la endometriosis

Los **síntomas clínicos de la endometriosis** son muy claros para quien desee verlos, lo que no es el caso de algunos ginecólogos desactualizados:

1 Recordemos que no sólo menstrúan las mujeres sino todas las personas con útero, también algunos hombres trans, y que no todas las mujeres tienen o nacieron con útero, ni todas menstrúan.

2 El tejido endometrial fluiría hacia la pelvis a través de las trompas. De hecho, el 90% de las personas que menstruamos tenemos menstruación retrógrada; sin embargo, sólo un 10% desarrollamos endometriosis.



- **Dismenorrea** y hemorragias no menstruales ni vinculadas a actividad sexual. Síndrome premenstrual acusado, especialmente migrañas.
- **Dispareunia:** El dolor suele ser al fondo de la vagina, justo al tocar el cuello de la matriz, irradiado a sacro.
- **Disquecia:** dolor tras la evacuación; estreñimiento y diarrea dolorosos.
- **Disuria:** dolor durante/tras la orina. Urgencia y frecuencia. Síndrome de la vejiga llena.
- **Dolor pélvico** (p. ej. tras hacer esfuerzos o estar mucho tiempo de pie o sentada), dolor lumbar (de riñones, zona sacra e isquiotibiales) y/o en las piernas.
- **Síndrome del intestino irritable y problemas digestivos**: dispepsia, gases, hinchazón, espasmos. **Edema abdominal persistente.**

Las enfermas de endometriosis y las personas cercanas a ellas conocen muy bien esta sintomatología agrupada en la etiqueta "dolor pelviano crónico" (CPP en inglés). Sin querer decir que cualquier malestar femenino en el área pélvica sea endometriosis, sí que debemos sospechar endometriosis o adenomiosis ante esos síntomas.

El dolor en la endometriosis

En muchos casos no se limita a las menstruaciones ni es cíclico, sino que se convierte en crónico (continuo y/o diario) o aparece en cualquier momento del ciclo menstrual. Aproximadamente el 20% de las enfermas con síntomas manifiestos (el 70% de esos 1'5-2 millones de personas con endometriosis en España) vivimos con un **dolor limitante, crónico** (diario). Para cualquier enferma, leve o grave, este **dolor puede ir en aumento o mutar con los años** al avanzar la enfermedad. Y recordemos que con 10 años ya podemos estar menstruando…

El dolor de la endometriosis no está mediado sólo por cambios hormonales, dietéticos o estrés. **Incluso sin cirugía, la endometriosis va produciendo una sensibilización central y periférica**, no habiendo estímulos nociceptivos ni problemas fisiológicos a los que achacar esas molestias. **Es un dolor inflamatorio crónico.**

Suele estar presente **el síndrome miofascial**, teniendo "acortadas" algunas bandas musculares abdominales y observándose puntos gatillo en diferentes músculos. Muy típico es tener "dañados" los músculos elevador, obturador y transverso del ano. En ginecología por fin se está empezando a hablar de esto como síndrome de **atrapamiento del nervio pudendo** (pseudociática).

Estamos hablando, pues, de una **enfermedad grave que impacta severamente en la calidad de vida** y proyecto vital de cientos de miles de mujeres: estudios, reproducción, empleo, productividad y carrera laboral, crianza y cuidados, trabajo doméstico y ocio, estilo de vida.

Los prejuicios de género retrasan el diagnóstico y agravan la endometriosis.

Retraso en el diagnóstico

Este tumor benigno **tarda, de media, 9 años en diagnosticarse desde la primera consulta** de la paciente y unos 5 desde la instauración de la primera regla o los primeros síntomas. Demasiado tarde para muchas. La endometriosis trunca el proyecto de vida de muchas mujeres justo en los que socialmente son "**los mejores años**" de su vida: entre los 20 y los 40.

¿Cómo es posible que el diagnóstico se demore tanto? **Debido a una mezcla de sesgos de género sociales y médicos.**

Sin embargo, **la concepción patriarcal de la sexualidad femenina, el embarazo y el parto, así como de los roles sociales de las mujeres**, ha ido en detrimento de la atención integral a las enfermas, impactando en tres esferas: **sexualidad, fertilidad y salud mental**.

Las enfermas de endometriosis, además de tratamientos inespecíficos y con graves efectos secundarios, **sufrimos violencia ginecológica y médico-institucional**. Estamos **hartas** de ser invisibles incluso para las sociedades médicas. **Hartas** de peregrinar. **Hartas** de dolor (el dolor no ennoblece a nadie, ni nos hace mujeres más fuertes, ni "endoguerreras"… quitémonos la ideología del sacrificio de género). **Hartas** de no ser contestadas (o mentidas) cuando preguntamos si nos vamos a quedar sin ovarios o sin libido. **Hartas** de que se nos diga que el dolor oncológico o del parto es terrible y el dolor de la menstruación con endometriosis o el postoperatorio de una laparoscopia hay que aguantarlo con un paracetamol. **Hartas** de que se minimicen las consecuen-

cias de todos los síntomas que tenemos, que indican que la endometriosis es una enfermedad invasiva y tumoral que, a veces, maligniza.

El retraso diagnóstico provoca secuelas físicas y emocionales, algunas irreversibles, en la salud: múltiples cirugías pélvicas para extirpar adherencias, nódulos, implantes y quistes endometriósicos; "tratamientos" hormonales desde edades tempranas; menopausias inducidas precozmente; uso "compasivo" de fármacos contra el cáncer de próstata masculino (Decapeptyl) en nuestros cuerpos femeninos; negación o por el contrario abuso de analgésicos, especialmente mórficos; empleo diario de antiinflamatorios, en pauta o automedicados; y uso de neurolépticos, coadyuvantes (Lyrica) y estabilizadores del estado de ánimo para paliar el dolor físico, la ansiedad y la depresión por los años de negación y peregrinaje por la medicina; técnicas intervencionistas contra el dolor, con todos sus riesgos (bombas de morfina, neuroestimuladores, bloqueos de nervios); tratamientos de FIV que empeoran los síntomas de la endometriosis… Todo ello a un coste emocional y personal altísimo para las enfermas de endometriosis.

Cuando por fin llega el diagnóstico

Actualmente la endometriosis se diagnostica cuando la histología de los implantes, nódulos o quistes extirpados durante una cirugía (antes: laparotomía; ahora: laparoscopia cada vez más robotizada) de endometriosis confirma los hallazgos visuales. Es decir, **la única manera de diagnosticar con certeza, sabiendo grado y órganos afectados, es operando.** La otra se basa en una buena historia clínica por parte de profesionales especializados.

¿Hay unidades multidisciplinares especializadas en endometriosis? **No hay unidades de referencia oficiales y públicas en el Estado español (2016).** Los servicios existentes son iniciativas de hospitales públicos o privados. No se ha puesto en marcha la Guía de Atención a las Mujeres con Endometriosis del Ministerio de Sanidad (2013). El plan de cuidados enfermeros en endometriosis suena a política ficción. No existen escuelas de pacientes ni programas de educación en autocuidados (¿Cómo habrían de existir, si sólo una veintena de especialistas saben realmente de endometriosis en nuestro país?).

El sentimiento de culpa, el miedo a perder a la pareja y/o el empleo, si se tiene; las dudas, la incertidumbre, el miedo (pero también el alivio tras años de incomprensión) y la vergüenza son sensaciones comunes entre las mujeres recién diagnosticadas.

Convivir con la endometriosis

Como enfermedad crónica y actualmente sin cura que es, hay que aprender a convivir con ella**. Pero vivir sin información válida es casi imposible.** Vivir con endometriosis es manejar como pacientes la incertidumbre en un escenario en el que nadie puede pronosticar tasas de recidiva ni tipo de tratamiento que, con suerte, palie los dolores.

¿Hay diferentes perfiles de enfermas, como en la diabetes? El 20% de ellas convivimos con endometriosis infiltrada o profunda y en este tipo de afectación el dolor crónico es constante por los mecanismos apuntados y puede llegar a grados elevados de incapacitación (poder sólo estar tumbada y no poder hablar en los ataques y cólicos). Del 80% restante que aparentemente sólo tiene los famosos endometriomas, ahora sabemos que, si los hay, muy probablemente también desarrolle endometriosis profunda o peritoneal, que darán la cara en torno a la treintena, incluso tras una maternidad exitosa.

¿Cuándo vamos a disponer de biomarcadores para la endometriosis que no entrañen los riesgos de una cirugía laparoscópica? ¿Qué podemos hacer de efectivo hoy por las mujeres gravemente afectadas, que viviremos más allá de los 80 años y fuimos operadas por primera vez con 25 o 30 años? **Ni sanitarias ni enfermas tenemos respuestas. Para ello haría falta más investigación.**

Aceptar y asumir las limitaciones de nuestro conocimiento como personal sanitario es fundamental para las enfermas, no jugando a ser héroes ni heroínas de la cirugía, operando siempre con otros especialistas (la complejidad de la cirugía de endometriosis es equivalente a la oncológica), no generando falsas esperanzas de remisión postquirúrgica (la histerectomía no es ninguna cura y no debe ofrecerse como tal).

Es imposible, sin un abordaje **farmacológico** riguroso, evaluado por especialistas en dolor pélvico y haciendo equipo entre las actuales unidades del dolor y la atención primaria, garantizar una calidad de vida digna a las afectadas. Aunque asumamos que un abordaje del dolor endometriósico debe incluir cambios alimentarios, de estilo de vida, educación menstrual y sexual, manejo de emociones… Lo inmediato es la analgesia adecuada, que es un derecho de las mujeres, un derecho humano.

Es imprescindible potenciar la **atención psicológica** adecuada a las enfermas de endometriosis desde antes del diagnóstico, al igual que se viene haciendo en cánceres ginecológicos desde la psico-oncología.

En cuanto a las familias biológicas o de elección, deberían involucrarse acudiendo a las citas médicas acompañando siem-

pre como respaldo psicológico a las afectadas, ser informadas sin ambages de los efectos a largo plazo de la endometriosis, explicándoles la realidad del dolor visceral y lo que supone el **duelo de la endometriosis** (salud, fertilidad) para la persona diagnosticada. **La implicación y comprensión de la enfermedad por parte de la pareja o la familia es un factor indispensable** para lograr una asunción plena de la endometriosis después del diagnóstico. Sólo de esa manera las afectadas podremos **afrontar en mejores condiciones la enfermedad**, también a nivel laboral y financiero, esferas que quedan irremediablemente mermadas, por no hablar de la esfera de los cuidados.

La atención sanitaria privada

Ha quedado demostrado que los intereses comerciales priman por encima de la salud de las mujeres (*Yasmine, Essure*…) en varios casos. Resulta más fácil tratar el síntoma a perpetuidad con píldoras anticonceptivas que investigar las causas últimas de la endometriosis. Ante esa constatación, muchas enfermas nos lanzamos a la **sanidad privada**. Aunque hay excelentes profesionales y especialistas en endometriosis en la medicina privada, queremos señalar dos datos. El doble ejercicio en la sanidad pública y privada, legal en nuestro país, fomenta situaciones opacas en cuanto a pruebas, recomendaciones quirúrgicas y tasa de embarazos conseguidos. Así mismo, la endometriosis diagnosticada es causa de exclusión de cobertura privada, por lo que muchas hemos de costear de nuestro propio bolsillo los tratamientos y cirugías privados, lo que nos empobrece.

Los tratamientos holísticos y complementarios

Otras tantas enfermas acudimos a naturópatas y terapeutas de medicina complementaria con la esperanza de mejorar la salud, en detrimento de nuestro bolsillo. Estos enfoques holísticos atienden a la globalidad de la vida de la enferma de endometriosis, y a aspectos como la nutrición y las emociones del duelo por la salud perdida. Aunque nos cuiden más que en la sanidad convencional, hay al menos un peligro (aparte del bolsillo): pueden llegar a victimizarnos por razón de género.

Imaginemos que a un paciente con cáncer de próstata se le dice que ha enfermado porque no acepta su mandato de género masculino, o que tiene un tipo de personalidad X que lo hace propenso a llevar sus conflictos emocionales a la próstata. ¿Ridículo? No, si leemos algunas teorías bastante difundidas en entornos feministas (Dra. Northrup) sobre la endometriosis. "Una dismenorrea intensa", "Menstruación mal llevada", "Cólico debido a conflictos emocionales", "Falta de aceptación de la feminidad /sexualidad propia", "Mala relación con el linaje materno". Todas esas teorías gratuitas las hemos oído las mujeres con endometriosis de boca de "terapeutas" de pago.

Ese tipo de teorías **alimenta la culpa de las chicas y mujeres con endometriosis y las re-victimiza tras haber sufrido el maltrato de la sanidad convencional**. No caigamos en las trampas del patriarcado negando la realidad de una enfermedad mayoritariamente de mujeres. No somos responsables de, ni somatizamos, la endometriosis. La actitud positiva no va a curar la endometriosis[3]. Hay adherencias que no van a desaparecer con bendiciones del útero. Hay chicas con endometriosis que viven con una bolsa en su abdomen desde los 20 años. No fomentemos la perpetuación de estereotipos de género y esencialismo en las medicinas alternativas.

La negación social de la endometriosis

La falta de conocimiento sobre la endometriosis no es privativa del sistema sanitario ni de las terapias holísticas. Se le suma la poca empatía social que reciben las afectadas, tanto por desconocimiento de la enfermedad (lo que no se diagnostica, no existe) como por los prejuicios sobre la salud y el cuerpo de las mujeres. **Una educación menstrual y sexual y una medicina de la diferencia, como defiende la Dra. Valls, son imprescindibles para la endometriosis**. Necesitamos más investigación (bioquímica, genética, psicológica…) sobre la etiología y fisiopatología.

Las enfermas estamos desamparadas y desinformadas. Hay ausencia de ayudas institucionales, nulas prestaciones sociales o reconocimiento de nuestras discapacidades. Sólo los grupos de apoyo mutuo en las redes sociales hacen la labor de información y derivación que deberían hacer las administraciones públicas sanitarias o las sociedades médicas.

Si crees que padeces endometriosis o crees que alguien pudiera tenerla, ponte en contacto con una asociación de pacientes, que te informe sobre tratamientos y opciones, y oriente sobre especialistas contrastados en cirugía de la endometriosis. Tenemos la responsabilidad, como sociedad, de prevenir antes de que la endometriosis trunque el proyecto de vida de las que ahora son niñas. Es imprescindible que tomemos conciencia de que el **dolor de regla no es normal y que las mujeres no tenemos que aguantar ningún dolor por el hecho de menstruar**. Sanitarias y afectadas lograremos, juntas, un diagnóstico más temprano y mejores tratamientos, pero no sin un **enfoque de género que cambie la atención médica a las personas con endometriosis**. ¡Rompamos el silencio!

Testimonios (1)

Me llamo María José. Llevo con fuertes dolores menstruales desde mi primera regla, que fue a los 11 años.

Desde muy jovencita, mi madre me llevó a diferentes ginecólogos para que todos me dijeran y ofrecieran lo mismo: ¡Saldeva forte! Y nada de duchas con agua caliente, que eso produce hemorragias.

Así que durante los 21 años que he convivido con mis menstruaciones han sido un infierno. He sufrido bajadas de tensión por el dolor, desmayos, llantos por los retortijones que me dejaban durante varios días en cama sin posibilidad de ir a trabajar o hacer una vida normal. Agotaba todos los voltarén, enantyum, nolotiles, Naproxenos, buscapina que había por casa sin apenas resultados efectivos más allá de un par de horas. Hemorragias y dolores que duraban días y días. Días en los que rezaba que no me coincidieran con algún examen importante o con un exceso de trabajo, porque sabía cuál sería el resultado.

Hace dos años, el flujo menstrual, ya de por si abundante, fue a más.

Me planté en la consulta del médico de cabecera y literalmente le dije: Me siento enferma. Sé que algo no va bien. Sangro tanto que cuando acaba el ciclo, paso semanas en cama para recuperarme y vuelta a empezar. No puedo soportarlo.

Y entonces llegaron las pruebas hormonales, las citologías, las insinuaciones de que quizás, estaba somatizando el estrés de mi vida en las menstruaciones. Todo en orden, me decían, mientras yo sentía que cada vez estaba más debilitada por la falta de hierro y de sangre, y que el ánimo, caía en picado.

Una mañana me planté en urgencias y tuve la suerte de encontrarme con una enfermera competente. No puedo recordar su nombre (quizás tampoco me lo dijo) pero no me dará la vida para agradecerle todo lo que hizo por mí. Horas más tarde estaban haciéndome mil pruebas médicas que determinarían mi endometriosis. Mi útero tenía 3 tumores sangrantes y dolorosos. A parte de 3 miomas que también hacen su trabajo.

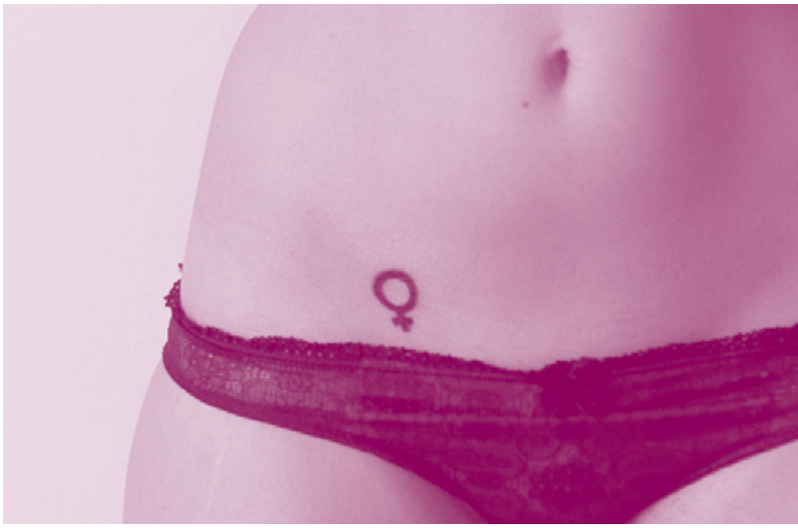
Nadie tuvo ni tiene la culpa de mi enfermedad. Pero sí como me hicieron entenderla... mi ginecólogo, un señor mayor con nulas habilidades, me transmitió mi enfermedad crónica y mi infertilidad igual que anuncias que te ha tocado un premio de la bonoloto: a lo loco. Sin tacto. Elevando la voz ante mis preguntas lacrimógenas que le debían resultar pesadas y engorrosas en su retraso del día con las demás pacientes. Me despachó rápido, sin asomar un ápice de empatía ante mi tremendo disgusto de tener que hacer las paces con un útero doloroso, infértil y lleno de tumores.

La doctora de cabecera trató de consolarme diciéndome que entendía que lo de la endometriosis era un mal trago... ¿Mal trago? "Querida, un mal trago es discutir con tu mejor amiga, dejarlo con tu pareja, que te gasten alguna jugarreta. Pero que te diagnostiquen una endometriosis e infertilidad a los 30 años, no es un mal trago, es una putada"

Una vez más, otra en 21 años de dolores y de consultas médicas, sentí que nada había cambiado. Volví a sentir que no me comprendían. Que no eran conscientes del impacto que una noticia así puede tener sobre la salud mental de una mujer. Hacía años que pedía ayuda y solo recibía somatizaciones como respuestas. He pasado meses, muchos meses de mi vida, desde que supe de lo que sufría, tratando de hacer las paces con mi útero. Creo que ya lo he conseguido, y aunque el tema, ocasionalmente, siga generándome algo de estrés, he aprendido a gestionarlo. Vivo medicada para el dolor y para las hemorragias. Cualquier cosa siempre será mejor que el dolor salvaje que sufría.

Pienso que mi feminidad no se basa en mi condición de poder procrear. Ya no es algo que me angustie. Y para dar fe de ello os adjunto una foto del tatuaje que me hice para hacer las paces con mis monstruos y con la dura batalla que libré conmigo misma durante un largo tiempo.

Fuerza y salud, compañeras.



Testimonios (2)

Me llamo Laura y tengo 36 años. A los 13 años tuve la primera menstruación. Recuerdo tener dolores menstruales desde la adolescencia. De esa etapa recuerdo tomar "Saldeva forte".
A los 18 años fui por primera vez al ginecólogo. Él me decía que era normal tener dolores menstruales, que simplemente a algunas mujeres nos dolía más. Pasé por 2 especialistas más de ginecología y también me decían que era normal, que tenía el cuello del útero estrecho por no haber tenido hijos, que tenía la vagina desviada hacia la derecha y al inflamarse el ovario durante la menstruación me rozaba y por eso dolía y varias cosas más.
De los 20 hasta los 30 años tenía dolores con unas contracciones tan fuertes que a veces no podía respirar ni mantenerme en pie. En varias ocasiones fui a urgencias porque los medicamentos vía oral no me hacían efecto, además el dolor me producía vómitos. Todas las veces que fui me administraron calmantes y, en cuanto remitía el dolor, me enviaban a casa con diagnóstico de dismenorrea, no recuerdo que me hicieran ninguna prueba médica más que un análisis de sangre para descartar apendicitis en varias ocasiones. Ahora pienso que quizás si no hubiera dicho que tenía la regla me hubieran hecho más pruebas…
Cuando le contaba estos episodios a mi ginecólogo me dijo que "lo positivo, es que cuando tengas un parto ya estarás acostumbrada a este tipo de dolor y te irá mejor que a una mujer que no haya tenido nunca dolores de contracción".
A los 33 años empecé a tener sangrados rectales. La primera vez me asusté muchísimo. Una especialista digestiva me realizó, entre otras pruebas, dos colonoscopias, ya que la primera tenía tal inflamación intestinal que no pudo hacerme la prueba. Con los meses me fui dando cuenta de que sólo sangraba cuando tenía la menstruación, por lo que me derivó a ginecología.
Ese año me operaron de apendicitis. Tras operarme, el cirujano me dijo que debería ir a un especialista en ginecología porque "algo tenía en el intestino que podía tener origen ginecológico", sin darme más explicaciones.
Un nuevo ginecólogo me dijo que quizás tenía endometriosis y me preguntó por mi deseo de gestación. Al decirle que sí deseaba ser madre me dijo que me tenía que hacer pruebas para ver como estaba mi sistema reproductor. Le pegunté que porqué tenía esos sangrados y dolores, ya que estaba muy preocupada y me explicó por encima, y sin mirarme a la cara, lo que era la enfermedad mientras escribía en el ordenador… centrándose únicamente en el tema de la maternidad.
Decidí cambiar de especialista y fui a una ginecóloga que me recomendaron, ella me escuchó por primera vez ¡de verdad!!, al explorarme se quedó perpleja al ver que tenía focos de endometriosis totalmente visibles cerca del cuello del útero, incluso me hizo una fotografía y ¡me la enseñó!. No entendía como no me habían diagnosticado antes. Me explicó qué era la enfermedad, me mandó hacer unas pruebas diagnósticas (resonancia magnética con contraste) y me orientó en el tema de la maternidad y las dificultades que podría encontrar para el embarazo, pero después de haber tratado el tema del dolor y de haber valorado mis necesidades.
Con 35 años me diagnosticó endometriosis profunda grado 4… tras 23 años de dolores insoportables. Y ahora pienso ¿DE VERDAD NADIE PUDO HACER ESO ANTES?

CAUSAS. Empezamos a saber que:

- El incremento de endometriosis en la sociedad industrializada ha situado en segundo lugar la causa genética y ha hecho crecer la etiología ambiental.
- El exceso de estrógenos estimula la autoinmunidad y a la vez estimula la menstruación retrógrada. Se producirían cambios inmunológicos en el tejido endometrial retrógrado.
- El incremento de estrógenos ambientales se produce en la sociedad industrial desde 1945 en que se introdujo masivamente el primer insecticida organoclorado (DDT).
- En diversos estudios se ha establecido relación entre la presencia de dioxinas (subproducto de incineración) y la presencia de endometriosis (Mayani et al 1997) y (Eskenazi et al 2002).
- Otros estudios señalan la relación con la exposición a los PCBs (Bifenoles policlorados) (Louis et al 2005), a xenoestrógenos (Hunter et al 2000; Rier 2002) y a cadmio (Jackson et al 2008).
- Los disruptores endocrinos alteran la función mitocondrial. La alteración mitocondrial estimula la formación de citoquinas y la autoinmunidad. (M Pall 2012; Hyun Ahn et al 2014)

AVANCES EN TRATAMIENTO

- En la mayoría de los casos, y dado el retraso en el diagnóstico de la enfermedad, el abordaje habrá de ser quirúrgico.
- Se debe actuar en todos los aspectos que puedan estimular la cadena mitocondrial y compensar, así, las carencias metabólicas que debilitan el sistema de oxidación y reducción celular: Vitamina B1, Ubiquinol (forma reducida de Coenzima Q10), tiroxina, Vitamina D, Vitamina C, Omega 3 y magnesio.
- Faltan estudios que incluyan aspectos integrales de protección ambiental, tratamiento preventivo inmunológico y el papel de protección de la progesterona natural
- En un estudio del año 2013 se ha podido demostrar una mejoría en la evolución de la enfermedad con la administración de dos antioxidantes: Resveratrol (uva y vino tinto) y epigalogatequina3 galato (EGCG) en té verde. (Ricci 2013)

Carme Valls Llobet

FÁRMACOS, MUJERES Y GÉNERO: La píldora anticonceptiva en España y Polonia (1960-1980)

Agata Ignaciuk y Teresa Ortiz Gómez. Ed. Catarata, 2016.

La píldora anticonceptiva ha sido considerada uno de los medicamentos socialmente más influyentes de los fabricados durante la segunda mitad del siglo XX y una *gendered drug* por excelencia, es decir un medicamento marcado por el género y, por ello, excepcionalmente apto para profundizar en el estudio de las ideologías y jerarquías sustentadas en la desigualdad social de las mujeres, así como para indagar la agencia de las mujeres sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva. Como primer método anticonceptivo eficaz casi al 100% y administrado de forma independiente del coito, ha jugado también un papel fundamental en la redefinición del significado de la anticoncepción y la sexualidad. Este libro estudia cómo se introdujo, se usó y se explicó, entre 1960 y 1980, en dos países sometidos a sendas dictaduras pero ambos con una fuerte influencia católica (España y Polonia). Para ello examina, desde la historia social y cultural y la historia de género, los discursos, los debates y las prácticas generados de forma simultánea en el mercado farmacéutico, la profesión médica, los medios de comunicación y entre las mujeres usuarias, y lo hace de manera comparada entre ambos mundos. Se adentra así en una fascinante indagación sobre la memoria y sobre las ideologías y jerarquías construidas sobre la desigualdad social de las mujeres, a la vez que reivindica la agencia de estas sobre su cuerpo.

Un documental que te ayudará a decidir si hay que vacunar a las niñas contra el virus del papiloma

SOLICÍTALO EN:
redcaps@pangea.org

¡SIGUE PASANDO!

Ante un paro cardíaco, las mujeres reciben peor atención médica que los hombres.

Ya hace 25 años del famoso "Síndrome de Yentl" de Bernardine Healy, la cardióloga que denunció que a las mujeres con infarto se les practicaban menos pruebas que a los hombres al llegar a urgencias. En su editorial recomendaba a las mujeres que si querían ser atendidas como hombres se disfrazaran de hombres (de ahí la referencia a la película de Barbara Streisan). Pero este estudio publicado hace un mes nos dice que la cosa no ha cambiado mucho. El estudio vio que, ante un paro cardíaco, las mujeres tenían:

- un 25% menos de probabilidades de recibir una angiografía (estudio de imágenes para observar las arterias cardiacas bloqueadas).
- un 29% por ciento menos de probabilidades de someterse a una angioplastia (una técnica para abrir las arterias bloqueadas).
- un 19% o menos de probabilidades de ser tratadas con hipotermia para reducir la temperatura corporal (que aumenta las probabilidades de supervivencia sin daño cerebral).

En estudio, los investigadores no saben a qué se debe esta diferencia de trato. Al parecer, a pesar de los muchos artículos publicados en los últimos treinta años sobre el tema, no han oído hablar del sesgo de género en atención médica, que significa que, sólo por el hecho de ser mujer, el profesional (de ambos sexos) tiende a dar menos importancia y prioridad a la paciente que tiene delante sea cual sea el cuadro que presente.

Kim LK, Looser P, Swaminathan RV, Horowitz J, Friedman O, Shin JH, Minutello RM, Bergman G, Singh H, Wong SC, Feldman DN. Sex-Based Disparities in Incidence, Treatment, and Outcomes of Cardiac Arrest in the United States, 2003-2012. J Am Heart Assoc. 2016 Jun 22;5(6)

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_159545.html

ALIMENTOS PROCESADOS.

Cuáles hay que evitar

Se habla con frecuencia de lo perjudiciales que son para la salud los alimentos procesados pero qué sabemos de ellos.

DIFERENTES TIPOS. Según su grado de manipulación, podemos hablar de alimentos:

Mínimamente procesados: alimentos preparados para facilitar su consumo: frutos secos sin cáscara, hortalizas o verduras lavadas y cortadas en bolsa sin ingredientes añadidos…

Algo procesados: alimentos congelados (verduras, pescado), legumbres cocidas, latas de conservas…

Con ingredientes añadidos para potenciar su sabor o apariencia (edulcorantes, colorantes, conservantes): salsas envasadas…

Muy procesados: con un alto nivel de procesamiento para su consumo inmediato: galletas, dulces, patatas chips, cereales, embutidos…

Altamente procesados: platos preparados listos para el microondas (pizzas congeladas…)

¿SON TODOS IGUAL DE PERJUDICIALES?

Nuestra actitud de consumo debería ser directamente proporcional al nivel de procesado de los alimentos, así, podemos consumir sin miedo los dos primeros tipos, con prudencia los dos siguientes y evitar completamente el último, los altamente procesados.

¿POR QUÉ SON PERJUDICIALES?

Los Alimentos Altamente Procesados son perjudiciales porque el procesado les hace sufrir cambios en su composición:

Pierden fibra dietética, contenido acuoso, minerales y vitaminas.

Aportan más sodio y menos potasio lo que supone un riesgo para presión la arterial.

Suelen contener más azúcar y grasas que la misma comida elaborada con nuestras propias manos.

Suelen tener más calorías.

Están diseñados para producirnos una sensación placentera por lo que pueden llegar a ser adictivos.

El precio de los productos industriales es, generalmente, más alto.

Entrañan mayor riesgo de padecer enfermedades: cáncer, hipertensión, diabetes, obesidad y depresión…

http://muyenforma.com/alimentos-procesados.html

Con la colaboración de:

Ajuntament de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones