

ENTREVISTA

SERENA BRIGIDI

PROFESORA
DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA

“Mi alumnado
me ha cuidado”

CARDIOLOGÍA

El corazón de
Las mujeres
se hace oír

PSICOLOGÍA

La anorexia
como síntoma

MENOPAUSIA

perimenopausia
muy temprana

CICLO MENSTRUAL Y OVULACIÓN

Más allá de La
adversidad

EDUCACIÓN SEXUAL

cómo se nos ha
colado el porno

DOSSIER:

violencias invisibles a plena Luz

A dark silhouette of a handprint is visible on the right side of the page, set against a background of vertical wooden planks. The handprint is positioned in the lower right quadrant, with fingers spread. The background is a warm, orange-brown color with a vertical wood grain texture.

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

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

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

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 Cánovas 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: B 16354-2017

EDITORIAL. violencias invisibles y La subordinación interiorizada de Las mujeres. Ana Távora Rivero	3
MYS CONFIDENCIAS	4
on: feminismo siempre. off: pin parental	5
ENREDHADAS. EL dueLO, dueLe. Leonor Taboada Spinardi	5
ENTREVISTA a serena brigidi. Leonor Taboada Spinardi	6
EL DEDO EN LA LLAGA. Necesitamos una epidemia de sororidad. Carme Valls-Llobet.	9
tuya es La rueca, beLLa durmiente. Patricia Verdés Giménez	10
poterOSO cabaLLero es don dinero. Josep Martí Valls	13
centro para La investigación deL ciclo menstrual y La ovulación. Jerilynn C. Prior	14
La perimenopausia muy temprana. Nina Coslov	15
Anorexia como síntoma. Claudia Truzzoli	16
PLan nacional 5G. Razones para una moratoria	19
COSAS QUE NOS PASAN. La mirada. Margarita López Carrillo	19
de cena con mis amigas. Margarita Petit	20
IN MEMORIAM cynthia cockburn. Carme Alemany Gómez	21
EL corazón de Las mujeres se hace oír. Carme Valls Llobet	22

DOSSIER

INTRODUCCIÓN. violencias invisibles a plena Luz. Margarita López Carrillo	25
EL poder de Las violencias invisibles. Mónica Ortiz Rios	26
género, agua y justicia climática. Sara López García	29
reLaciones tóxicas y como rehacerse. Àngels Córcoles i Pàmies	32
ESTUDIO: violencia social encubierta hacia Las mujeres. M. Evelia Aparicio García y Agustina Vinagre González	35
defensa jurídica y violencia machista. Nani Beltrán	38
transgénero en La infancia. Gemma Cánovas Sau	40
Acoso sexual en el entorno hospitalario. Carme Alemany Gómez	43
sobre el pin parental: porno o nada. Fran Béjar	46
MYS LIBROS	47
MINIDOSIS	48

myses publicados

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia. | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres sí. | 36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? | 37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 39 CUANDO LA VIDA SE ACABA |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | 40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS | 41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO | 42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS |
| 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR | 43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA |
| 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS | 44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR |
| | | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA | 45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA |
| | | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE | 46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO |
| | | 33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA | |
| | | 34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA | |

VIOLENCIAS INVISIBLES Y LA SUBORDINACIÓN INTERIORIZADA DE LAS MUJERES

Algunas claves para pensarnos



Ana Távora Rivero
Psiquiatra y
psicoterapeuta feminista

Cada vez se hace más necesario que podamos pensar, descubrir, no solo cómo la desigualdad social y política tiene efectos sobre nosotras, sino también cómo el análisis de la subordinación interna es imprescindible para conocer qué de los valores no igualitarios ha sido internalizado y forma parte de nuestro mundo interno.

Si recordamos las aportaciones del Feminismo Ilustrado, podemos afirmar que, mientras a los hombres se les reconoce como sujetos políticos y se les da el lugar de ciudadanos, de individuos, a las mujeres no solo no se nos da el reconocimiento necesario para ser sujetos políticos, entendiendo político como ser reconocida por los OTROS como sujeto separado y autónomo, sino que se nos da el lugar de "sujeto en relación". Es decir, un sujeto que se construye a través de las relaciones con los demás, donde lo más importante son los vínculos afectivos y que es considerado en la medida de su disponibilidad.

Esta importancia de los vínculos y de la afectividad como central, será el primer lugar de indagación para llegar a alcanzar una representación de nosotras mismas como sujetos plenos.

"Ser en relación" diría que no permite ni ser sujeto, ni ser reconocida, más bien es ser objeto y ser utilizada. Sobre todo porque niega la tensión necesaria para ser iguales, la tensión entre autoafirmarse y afiliarse. Todas y todos necesitamos relacionarnos con los demás para poder construirnos. Necesitamos lo que da de sí el encuentro con el otro diferente a mí, y porque todos y todas necesitamos ser reconocidos en lo que somos para que esto forme parte de la idea que tenemos de nosotras, nosotros mismos. Si no eres reconocida en tu autonomía difícilmente podrás llegar a ser autónoma.

Reconocerte es, sobre todo, que el otro pueda verte como un sujeto igual a sí, aunque sabiéndote diferente y que no le pertenezcas. Es decir, que puedas ser vista tanto cuando estas moviéndote por el mundo tú sola como cuando estas cuidando o otros. Y a la par de esta necesidad de afiliación, siempre, es necesario que esté el deseo de autoafirmarse, en definitiva quedarte tranquila, sin culpa de hacer lo que deseas tú, incluso en contra, aunque no necesariamente, del deseo del otro.

Qué quiero yo, qué me apetece, qué me gustaría.... se convierte en un interrogante necesario si no queremos ser atrapadas en el deseo de afiliación. Esta autoafirmación significa: ahora no hay otros, ahora solo estoy yo, me toca a mí, apareciendo el deseo de soledad también como algo que te conforma. Y esto sin caer en lugares de omnipotencia (yo ya no necesito a nadie) o de impotencia e insuficiencia (no soy nada sin los demás). Soportando la tensión de: hasta dónde las relaciones, hasta dónde yo. Hasta dónde cuido, quedo con mis amigas, comparto lo que me ocurre con mi pareja, y hasta dónde me quedo sola, no comparto, me retiro.... y cómo entender esa tensión como algo imprescindible. Poder crear un nuevo diálogo interno entre afiliada y autoafirmada.

¿Cuál sería el elemento central que permite sostener esa tensión? Creo que va a depender, en gran medida, de cómo se ha podido elaborar lo referido a las necesidades básicas, especialmente las necesidades de lo que no se ha recibido. En nuestra investigación sobre la importancia del amor, las mujeres establecían una relación entre lo que no te dieron tus figuras significativas, sobre todo las madres, con una idea de madre siempre disponibles para ser únicamente madres, construyéndose como un tipo de mujeres donde se priorizaba la búsqueda del amor por encima de otras búsquedas.

Dejar de buscar esto, poder encontrarte con lo que no te dieron, abrazarte y decirte con cariño: fue lo que fue, no pudo ser posible de otra manera.

La desigualdad política se hace fuerte cuando se ha depositado en los demás la fantasía de que pueden darte lo que te falta, y que ser reconocida depende de lo que des tú.

Creo que la verdadera subordinación es pensar que lo que nos conforma es el vínculo con los otros, en lugar de un poco de todo: un poco de los otros, un poco de una misma, un poco de los proyectos, un poco de las amigas, un poco de los paseos, de la música, de la lectura, y un larguísimo etcétera. Todo esto hace necesario despedirse de una autoconstrucción donde lo determinante no sean los vínculos. Hacer el duelo, con alegría, de que los otros no están para cubrirnos lo que nos falta, de que el reconocimiento es algo que te darán o no generosamente y que no dependerá de lo que tú des, solo de que el otro quiera y pueda verte como una igual. Dejar de seguir buscando por ahí y poder situarte como un sujeto separado que no está esperando continuamente que le cubran sus necesidades de apego, narcisistas...y así poder pasar a otro lugar donde, como dice una amiga mía, de lo que se trate sea de ser lo más feliz posible dentro de lo que cabe.

Abortar en La sanidad pública: una carrera de obstáculos

Blanca

Me quedé embarazada y decidí que quería abortar. Ese mismo día, sábado, me dediqué a ir a centros de salud o llamar por teléfono para conseguir información.

Primero fui al CAP (Centro de Atención Primaria), el que está más cerca de mi casa. Me atendió un médico de urgencias bastante joven que, después de explicarle todo, se fue a hacer una llamada para preguntar y cuando volvió me dijo que mi caso no lo cubría la seguridad social porque no entraba dentro de los supuestos de problemas de salud de la madre o el feto. Esto además lo dijo sin explorarme y sin hacerme ningún tipo de pregunta sobre cómo me encontraba y de bastante mala manera. Le pregunté si podía ir a maternidad y me dijo que no porque esto no era una urgencia. Cuando me fui le dije que me parecía fatal que una persona en su puesto tuviera esta falta de información.

Me fui a maternidad. Estuve bastante tiempo esperando. Primero me atendió la enfermera para saber cuándo me había venido la última regla y demás. Esperé otro rato y me atendió una ginecóloga que me dijo que claro que entraba dentro de la seguridad social y que podía hacer un aborto farmacológico pero que ellas no me lo podían dar y que fuera a mi cap. Así que me fui a otro CAP, otra vez un montón de rato esperando y cuando me atendió la enfermera me dijo que seguramente aquí tampoco me lo darían. Le estuve explicando la situación, que esa semana, el jueves, me iba a trabajar fuera y estaría dos semanas en el extranjero, así que tenía que resolver esto lo antes posible. Me dijo que iba a hablar con una doctora en el cambio de turno y a ver qué me decían. Al rato salió la doctora y me dijo que ellas no me lo podían dar que tenía que ir a mi médica de cabecera y de ahí a ginecología pero que la pastilla no me la iban a dar inmediatamente porque había que esperar un periodo legal de tres días, y que

ellas no me estaban dando toda la información y que además no tenían el formulario legal así que no podían hacer nada. Les pedí que me hicieran un informe de urgencias diciendo que había ido el sábado y que quería abortar por si podíamos adelantar el proceso el lunes.

Llamé a un hospital donde una enfermera de ginecología me dijo que allí el aborto era ilegal porque era un hospital de la Iglesia. Le dije que el aborto no es ilegal, que otra cosa es que en su hospital no lo hagan. Ella me dijo que tenía que ir directamente a mi CAP de ginecología el lunes.

El lunes fui a la comadrona que, esta vez sí, fue super maja pero habló con la ginecóloga y no se quiso saltar el periodo de los tres días, a pesar de que llevaba el informe del sábado del cap. Me dijo que cogieramos hora para el jueves por la mañana para poder tomarme la pastilla el mismo jueves. Me acompañó a administración pero aunque el administrativo que estaba también era muy majo no había ni un solo ginecólogo que atendiera el jueves o el miércoles, que no fuera objetor de conciencia. Así que me tuvo que dar hora para el viernes a las 14.

El problema es que yo cogía un vuelo de 14 horas el domingo y no sabía si me habría recuperado o no.

En todo el proceso, me sentí, en casi todo momento, mal tratada y cuestionada y eso que parto del privilegio de que soy una mujer de aquí y no una emigrante, de 38 años y no una adolescente, blanca y con estudios; no me imagino cómo tiene que ser para otras mujeres que tienen situaciones más complicadas.

Me parece increíble que en casi ningún sitio que me han atendido tuvieran claro cuál es el circuito para una interrupción voluntaria de embarazo y que este circuito solo funcione de lunes a viernes.

Relatos de La consulta. MARÍA

Hoy viene María a la consulta, acompañada como siempre de su marido y su hija. Como siempre, viene arreglada con chaqueta y falda azul marino y lleva un collar de aquellos, que sabes, tienen una bonita historia escondida detrás. Se sienta en la silla, me mira y sonrío. Le devuelvo la sonrisa. Nos sobran las palabras. Y es que ella, es una de esas pacientes que no te quitas de la cabeza, una de esas personas que permanecen en tu memoria y te generan un sentimiento difícil de explicar.

Aún recuerdas el primer día que la conociste, no hace tanto. Recuerdas cómo, entrecortado y entre lágrimas, su marido te contaba su historia y te decía: "Se apaga poco a poco, como las bombillas". Recuerdas cómo ella, mientras tanto, absorbía cada uno de los elementos de la consulta, consciente de que en poco tiempo tal vez ya no los recordaría. Recuerdas su sonrisa como de niña pequeña que acaba de hacer una travesura y su mirada perdida, que inconscientemente buscaba una explicación a todo.

Anna Pujol Flores
Médica de cabecera

Hoy viene María a la consulta, acompañada como siempre de su marido y su hija, a los que ya no reconoce. Como siempre, viene arreglada con chaqueta y falda azul marino y lleva un collar de aquellos, que sabes, tienen una bonita historia escondida detrás, que ella ya no recuerda. Se sienta en la silla, me mira y sonrío. Le devuelvo la sonrisa. No sabe quién soy. Sobran las palabras

On



8M, FEMINISMO SIEMPRE

En este planeta cada vez más invivible, lleno de violencias, dolor, pobreza, injusticia, del que nos queremos bajar cada día...esta silueta de mujeres juntas, diversas y que plantan cara al patriarcado racista y capitalista nos salva la existencia y no podemos más que unirnos a ellas.

Cada día es 8 de marzo, cantamos, pero hoy más. En todo el mundo, ríos de asambleas de mujeres de todo tipo se reúnen para preparar acciones para el 8M, el día Internacional de las mujeres, que nos dimos como símbolo para recordarnos que aquí estamos y que EN NUESTRO NOMBRE no van a dar ni un paso, y que lo nuestro va de salvar la vida, los cuerpos y los territorios de nuestro planeta que están asesinando. Y sonreímos cómplices porque sabemos que el futuro será nuestro o no será, libre para todas, y vemos el mapa del mundo iluminado por las luces, las acciones de las mujeres que organizan huelgas feministas de cuidados, de consumo, de trabajo...cadenas humanas, ocupaciones de tierras o de instituciones o iglesias..., con propuestas para todos los temas, que hacen de la sororidad la política de las mujeres, porque juntas podemos y estamos cambiando el mundo. Y nos atrevemos porque nos va la vida en ello, la nuestra, la de nuestras hijas y madres y la de nuestra tierra. Viva el 8 de Marzo. Feminismo o barbarie.

Off



PIN PARENTAL: DEJAD EN PAZ A MADRES Y PADRES

La revista pasada dedicábamos el off a todos los Salvini y parece que no vamos a poder dejar de decir que detestamos furiosamente la oleada de reconquista

con la que nos están inundando nuestros Salvini particulares. Pero es que son 52 voces pardas en el Congreso y con posibilidades de hacer cambios en algunas comunidades. Y ya está bien. La educación afectivo-sexual está incluso votada en la ley de aborto y, además de la necesidad de una sexualidad libre sana y placentera, es el mejor antídoto que tenemos para prevenir la violencia contra las mujeres. Lo hemos dicho por activa y por pasiva y aún estamos en pañales para que sea una realidad ante esta lacra que cada día padecemos las mujeres, como para que ahora nos vengán a interpelar contra lo que ellos llaman ideología de género y a decir que la violencia de género es un invento de las feministas. Dejados en paz a las madres y padres. No necesitamos ningún pin para que nuestras hij@s sean libres sino precisamente todo lo contrario, necesitamos una educación pública que eduque a personas sanas y libres y no retroceder a las peores épocas oscurantistas religiosas y fascistoides de supremacía masculina machista.



EL duelo, duele

Leonor Taboada Spinardi
Directora MyS
leonortaboada6@gmail.com

Mamá, por mucho que lo intento no puedo dejar de escribirte si quiero seguir escribiendo otras cosas.

Para una agnóstica es difícil entender qué ha sido de ti ahora que no te puedo llamar por teléfono como cada día ni irte a ver siempre que puedo.

Sé que tus cenizas se han ido río adentro junto a las de mi hermano. Las vi. Pero es que no sé donde llamar para preguntarte. Ni para contarte lo confusa que estoy con las cosas que pasan a mi alrededor en este mundo loco que todavía habito.

Sé que no todas las mujeres tenemos la misma relación con nuestras madres; lo nuestro no fue un apego feroz a lo Vivian Gormick, ni estábamos de acuerdo en todo, pero leyendo tus cartas y diarios, repasando tus fotos, tus dibujos, tus pinturas y tus cerámicas, y habida cuenta de las reacciones que ha provocado tu muerte entre mis amigas y nuestras familias, caigo en la cuenta de que he tenido mucha suerte en que me tocaras tú y no otra. Eres una heroína. Me has hecho privilegiada.

Tu casa, tu jardín, tus amigas, tu elegancia. Y por encima de todo tu valentía para liberarte de la predestinación de ser obediente ama de casa, y tu poder para reinventarte.

Y, entre tú y yo, la suerte de que te cayeran los ojos más bellos que imaginarse pueda. Así cualquiera! Ah, sí,...sobre todo eso: ya sabes, siempre te lo he dicho, que nunca te perdonaré que no me hayas transmitido tus ojos.

Adiós mamá, ...o hasta luego... Donde sea que estés, serás la reina. Eso si lo sé. Y sé que el duelo duele. Es todo lo que sé.

Hasta mañana.

ENTREVISTA A SERENA BRIGIDI

profesora de antropología médica

“Mi” alumnado me ha cuidado

Por Leonor Taboada Spinardi



De pronto, las redes ardieron. ¡Serena deja la universidad! Sus alumnos estallaron. Las feministas que conocen su talento y reconocen su activismo, también. Le mando preguntas. Se toma su tiempo pero valió la pena esperarla. Tiene mucho que decir. Y un curriculum impresionante. Experta en salud y género, en estudios sobre maternidad –violencia obstétrica en el embarazo, el nacimiento y la lactancia–, en Salud y Arte, Salud Mental, Salud y Migraciones y Metodologías cuantitativas. Trabajaba, desde hace más de diez años, en Facultades de Ciencias de la Salud. ¡Pero no le han renovado el contrato!

Cuéntanos tu versión

Más que relatar lo que ha ocurrido en estos meses, narro lo que me ha resultado más doloroso de esta experiencia. Como antropóloga, desde una visión encarnada, desde lo subjetivo, lo más lamentable para mí ha sido observar cómo se ha generado y utilizado el silencio como forma de violencia. Me explico mejor. La actitud de “hacer como si nada”, para mí es violencia. Bajar las miradas o evitarme, es violencia. Aceptar las amenazas, a pesar de ocupar un puesto que hace posible la denuncia, es legitimar la violencia. No ofrecer una explicación clara, es violencia.

En la Academia, la diversidad la contemplamos como un elemento de análisis, desde una perspectiva interseccional, puesto que todas/os somos “buenas/os” investigadoras/es, la teorizamos, la argumentamos, la incluimos en la reflexión. Sin embargo, cuándo se trata de intervenir porque algo real está ocurriendo, la capacidad de análisis se desvanece y la diversidad se concreta en una fachada, un título. La cuestión es que la precariedad laboral desestabiliza mi rol de investigadora en este país.

La precariedad mata la investigación y el silencio ningunea la experiencia, la identidad y la presencia.

¿Hasta dónde afecta la precariedad laboral a tu vida?

No es sólo un tema económico, se trata de unas posibilidades de acceso y de identidad. A veces, las personas se han preocupado sobre cómo iba y voy a mantener a mis hijas y mi hijo. Curioso, ¿no? Como si la investigación fuera un trabajo cualquiera y no una vocación profunda. Por supuesto que me identifico también como madre y, de verdad, me parece importante que se reconozca una parte, sin duda alguna, importante de mi identidad, pero en este proceso lo que está en juego es mi carrera: yo soy científica. Soy una mujer que lleva toda su vida adulta investigando. La madre sacará adelante una carta mágica y saldrá, una vez más, de esto, no es la precariedad económica lo que me preocupa. No tengo dudas, ni miedos. La cuestión es que lo que antes ya era difícil, debido a la condición “a término” de mi contrato, ahora

se hace imposible. En la vida real se traduce en cómo obtener una tarjeta sanitaria europea y/o alquilar un piso, por ejemplo, generando otras formas de dependencia, y respecto a la Academia significa no poder acceder a convocatorias prestigiosas de investigación y perder los otros contratos de asociada que tenía con otras universidades. Perderlos. Subrayo que no es exclusivamente un tema económico sino de redes, de intercambios, de posibilidad de crecer. Se me exige un determinado CV y no se me permite obtenerlo porque el acceso está

delimitado sólo a quién cumple con pautas laborales establecidas y fijas. Mi presencia, en el sentido más profundo que de Martino usaba del concepto, ha sido intensa en estos años en la Universidad. No por ego ni por cuestiones económicas he coordinado u organizado seminarios, charlas y talleres. Lo hacía por activismo feminista y por pasión..

Enseñas antropología médica

Ser profesionales de salud significa, ante todo, entrar en contacto con la vida, comprender que nada se puede controlar (el sistema biomédico enseña exactamente el contrario: ¡el control!), porque la vida es impredecible. Que existen multitud de diversidades en la consulta de Primaria o en Urgencias que, antes de atenderlas, es necesario re-conocer-se como persona. Que las desigualdades sociales en salud marcan indeleblemente nuestro recorrido vital y qué es desde allí que tenemos que empezar y trabajar. Las investigaciones y las formaciones que he propuesto en estos años, han sido pensadas para poder mostrar al alumnado una realidad humana que, por razones curriculares, por el vértice del tecnicismo que padecemos y por la re-biomedicalización de la educación en salud, no entra en los programas. Para que el alumnado vea que detrás de la palabra cuidado, está la vida y es desde este pilar que reconstruimos las experiencias. La precariedad en la que se me colocó este recorrido, el reconocimiento y mi identidad.

Hablemos de tu alumnado

Un reconocimiento que, sorprendente y espontáneamente, me ha sido regalado por el alumnado con la campaña en Twitter #serenate. Que creo merece la pena dedicarles una reflexión puesto que ha sido mal interpretado y no comprendido a nivel interno. A pesar de que soy yo la sujeta de estos mensajes, me permito compartir cómo los interpreto desde el orden que la Antropología me proporciona. Es decir que por qué no he escrito nada al respecto ni retwitteado en las redes. Era consciente de que no podía elegir si manifestarme o no. No tenía esa libertad porque la precariedad ha anulado mi voz y mi presencia, por esto, no he podido disociarme ni apoyar la campaña y he tenido que quedarme en silencio. Además, creo que estas/os estudiantes han tenido la capacidad de reconocer un problema (y, más importante aún, de reconocerme a mí como persona más allá de ser quién les evalúa), observar una incongruencia del sistema, incluso en la estructura didáctica. El alumnado de Enfermería se reparte en dos grupos de aproximadamente 60 personas, y sólo uno de ellos ha realizado la formación en violencia de género propuesta por el proyecto que lideraba yo. Han percibido una fragmentación en su formación, han entendido que sensibilizarse en las violencias de género no es un capricho, una moda del momento, que es real, un problema concreto que padecemos como sociedad. Así que han denunciado públicamente su frustración. Personalmente, lo encuentro un acto de inmensa valentía. Así que, tal vez, podamos pensar que lxs sujetos no hemos sido nosotrxs (yo y la Universidad), sino ellas/os. Frente al pasotismo que superficialmente atribuimos a la juventud, ellas/os han sabido hablar, comunicar y organizarse.

Detrás de la palabra cuidado, está la vida

Llevar a cabo una acción. Ellas/os han hecho algo magnífico que ha sido romper el silencio y hablar de lo que sienten, de sus necesidades y sus miedos. Dedicando tiempo (que es una forma de cuidar) a esta campaña. Hablar es un privilegio y es una de las claves que tenemos para erradicar la violencia. Yo no estaba en condiciones para hacerlo, nipolítica ni emocionalmente. "Mi alumnado me ha cuidado. No sé si ellas/os mismas/os tienen la conciencia de cuánto apoyo han sido para mí en las últimas semanas: sus deseos, ganas y capacidad de reflexión me han permitido seguir adelante. Incluso, el alumnado ha organizado una fiesta de despedida sorpresa y, con mucha ironía, ha decorado la pizarra de la clase con mis frases redundantes en itañol: el uso del femenino genérico que en clase hago servir, la palabra "tetta", puesto que odio la palabra pecho (¡me recuerda la pechuga de pollo!), para agradecerme lo compartido. No puedo negar que me siento orgullosa de ellas/os.

Aunque, mi parte, en su formación, ha sido limitada temporalmente, he apreciado la capacidad de construir, exponerse, desarrollar un pensamiento crítico, tomar una posición, defenderla, dar cariño y demostrar estima. Tengo que decir que raramente propongo exámenes en mis asignaturas, ocasionalmente preparo un programa cerrado, intento siempre co-construir las temáticas con ellas/os según intereses o necesidades, hechos de la crónica diaria, curiosidades.

*No siempre se consigue consenso o comprensión por el uso de innovación docente y métodos feministas en clase. A veces el alumnado puede pensarlo como una desorganización y confusión. O tomar el desafío como arrogancia, el cambio de ambiente como una infracción de los códigos. Lo he escrito y dicho muchas veces, **diversas escuelas ofrecen un sistema educativo que castra las ideas y la capacidad de reflexión, anestesia los ánimos y empuja a la normatividad.** Llegan a*

Diversas escuelas ofrecen un sistema educativo que castra las ideas y la capacidad de reflexión, anestesia los ánimos y empuja a la normatividad.

la universidad muy uniformadas/os con la mediocridad. A la vez, hay modelos familiares que no sustentan, no acogen, que a menudo, conscientemente o no, fomentan el individualismo, el ostracismo y la ausencia. He visto a muchas/os perdidas/os en estas ausencias y recuperar voz, cuerpo y espíritu es un proceso largo y doloroso. Sobre todo, dentro de un itinerario de formación biomédico.

Sobre tu formación

En mí caso, por ejemplo, la universidad fue un estímulo constante hacia la cultura disidente y la rebelión. Tanto en casa como en la escuela siempre me empujaron a decir lo que sentía y defender mis ideas, argumentarlas, pero la universidad representó un cambio. Por esto decidí ser docente universitaria. Para tras-formar y trans-formarme.

Me asomé impetuosamente a la cultura literaria y filosófica francesa, alemana e italiana durante mis años como estudiante universitaria. Por primera vez, empecé a sentirme inte-



lectualmente viva y un sujeto en continuidad entre el pasado y el presente. Hasta entonces, no había entendido la fuerza que representa la cultura. Hasta entonces, no sabía dejarme penetrar por las palabras. La universidad fue para mí un mundo maravilloso y superó mis esquivas expectativas. Me gustaría que las/os estudiantes hoy, de cualquier facultad, pudieran experimentar lo mismo. Claro, entré de puntillas y, sobre todo, no por deseo propio; no obstante, me sumergí capturada de toda aquella variedad y posibilidad de conocer, y de la magnitud de las narraciones. Por ejemplo, una de las cosas que más me cautivó fue la libertad de poder elegir -entre una oferta infinita de cursos- los que más deseaba escuchar sin tener que explicar a nadie el porqué cursaba historia del Arte o Religiones Monoteístas en el grado de Pedagogía. Había clases magistrales realizadas en el Aula Magna o en un viejo cinema, dislocado de la sede universitaria, en el corazón de la ciudad. Incluso, se compartían las asignaturas con otras carreras, y te trasladabas en las sedes de la histórica universidad genovesa. Lo cual representaba un gozo para los sentidos: minúsculas clases, al final de infinitas escaleras de caracol que te llevaban a un sobre techo. Dentro del aula, no quedaba ningún espacio sin frescos y allí, desde las ventanas de madera, se te abría ella: Génova, La Sobervia, y la mirada bajaba «*Nei quartieri dove il sole del buon Dio non dà i suoi raggi*»¹ (de Andre, 1965) hasta el mar. En otras ocasiones, compartías lecturas y narraciones con las/os futuras/os médicas/os en el teatro anatómico. Sabía todo a cannabis y formol, y a una multitud de personas que atravesaban los pasillos, de todas las edades, de todas las ideas. Me enamoré locamente de este mundo académico, a pesar de sus políticas señoriales y todo el formalismo. Cada día observaba las imperfecciones, las formas rígidas y las faltas de aquel sistema educativo para médicas/os, y de cuánto se alejaban de la realidad del sufrimiento. Sentía que enseñaban la distancia como valor, veía como perpetuaban la visión de élite, el modelo nobiliario y excluían las diversidades. Sin embargo, lo que yo estudiaba (literatura para la infancia, historia de la iglesia, filosofía, antropología, sociología...) era absolutamente esencial y propedéutico para transformarse en profesional de la salud. En aquel entonces

Intuía que el sistema patriarcal en salud no podía ser ni eficaz ni eficiente para las personas.

Soy narradora, soy narrante y soy narrataria.

no dominaba determinados conceptos que la antropología médica y el feminismo me han proporcionado, pero intuía que el sistema patriarcal en salud no podía ser ni eficaz ni eficiente para las personas.

¿Quién o quiénes influyeron en tu formación?

Tengo también que agradecer a Giovanna², mi profesora de literatura en el instituto, que me acompañó en este proceso de cambio intelectual. El libro, *las palabras escritas*, se convirtieron en experiencias de personas que, como yo, padecían, amaban, sentían el ímpetu de la vida y el miedo, desesperado, de abandonarse a ella. Un día, en clase, Giovanna nos mostró que detrás de aquellos personajes tan aburridos había situaciones reales y tan parecidas a las que nosotras/os estábamos viviendo. La experiencia estética siempre había formado parte de mi formación. Para mí era más sencillo sentir a Michelangelo que a Leonardo. El Arte me traspasaba. Por contra, las palabras eran objetos estériles, muchas veces, estéticamente mal colocadas en el papel y, sobre todo, no me transmitían nada. No me avergüenza decir que, hasta la Universidad, la mayoría de los escritos leídos, me aburrían soberanamente.

¿Cómo afrontaste la dislexia?

La dislexia me ha acompañado siempre en mi vida y nunca había representado un problema importante. Me enseñaron -y también aprendí autónomamente- estrategias de supervivencia para seguir adelante, para parecer como los demás y utilizar las mismas estructuras para llegar a las cosas. La introducción del ordenador ha solucionado muchas de las dificultades de la escritura, pero sólo ahora entiendo que he tardado muchos años en sentir realmente las palabras. Curiosamente, ahora trabajo con ellas. Ahora una de mis aficiones más estimulantes es recolectar palabras y transmitir las, hablarlas, habitarlas. Hoy en día, me siento perfectamente en sintonía, acogida y arropada por ellas. En otras palabras, la narración es uno de los elementos más importantes en el trabajo como docente y como investigadora que realizo. Soy narradora, soy narrante y soy narrataria. Más aún, tengo que reconocer cómo la narración es central en mi crecimiento persona.



Carme Valls Llobet
Endocrinóloga

Las hijas y el hijo

La lengua transformó en algo identitario en el momento en que Gaia y Dídac nacieron. Jamás hubiera imaginado hasta dónde el idioma italiano se volvería presente en mi vida, en mi cuerpo. Una incorporación de los sonidos. Cuando, por primera vez, utilicé las palabras para colmar sus necesidades y calmarles, ofrecí mi cuerpo para nutrirles y acogerles, canté, hablé y escribí para paralizar los sentimientos y observar las contradicciones regaladas de la experiencia de ser madre –primeriza de dos– que desordenadamente experimentaba. En aquellos días locos de tetas agrietadas y compresas, entendí plenamente el significado de la lengua madre. Lo mismo ocurrió durante el parto de Aida: de repente y sin darme cuenta, sólo hablaba italiano, sólo existía ese idioma que acompañaba el nacimiento de mi tercera hija y nos arrojaba a ambas, durante el expulsivo. Este hilo que nos une, nos emociona, nos re-significa..

¿Qué es la antropología para ti?

Para mí la antropología es esto: una estupenda herramienta para analizar la complejidad de la vida. Para ir más allá, comprender, interpretar, reflexionar, poner orden, pero no con la finalidad obsesiva de simplificar los hechos, sino de profundizar constantemente puesto que evidencia las presencias, las no-presencias y las ausencias (¡he vuelto a de Martino!). Voces, olores, emociones. Es un modus operandi hacia la vida. Es curiositas: una necesidad íntima de saber. Lo que se traduce en que ¡siempre hago preguntas! Siempre pienso en el “porqué” y en el “cómo” de las situaciones y observo. No me cabe duda alguna de que la antropología médica era parte de mi historia, de mi narración, de mi experiencia vital. Tardé años en definirla e identificarla como campo de saberes. Supuestamente, el encuentro humano con Commie³ marcó definitivamente mi entrada en el mundo de antropología médica, pero siempre estuvo allí, siempre elegí esta forma de aproximación a la realidad, este interés por las culturas en el proceso de salud, la enfermedad y la atención. Así como con la cultura feminista que, por una parte, imagino, me enseñaron mis padres con su forma tan poco convencional de elaborar los roles de género en casa, de hablarme de sexualidades, cuerpos y posibilidades. Y por otra, fue la universidad al mostrarme este sentido profundo y ontológico de la equidad y la diversidad.

¿Qué quieres ser de mayor?

Si pudiera decidir qué cosa hacer de mayor, te contestaría que fundaría una Universidad, un lugar de acceso gratuito, sin exámenes, centrada en la filosofía educativa de Maria Montessori, Paulo Freire y, en general, en la pedagogía libre y viva, donde la experiencia, la capacidad de compartir y crear serían los valores fundamentales. Donde en el centro estarían las personas, la vida. Un lugar de intercambio, encuentro, posibilidad, abierto, inclusivo para cualquier edad, género, situación económica, social, administrativa...y claramente, ¡la historia del arte como materia propedéutica en cualquier grado! El Arte nos vuelve a conectar con la Alteridad y con nosotras mismas. Y en salud, tenemos que recuperar esta Ars Medica...

1. De André Fabrizio (1965). La città vecchia.

2. Giovanna Maistrello. Profesora de Literatura italiana en mi último año de Liceo.

3. Dr. Josep M^a Comelles. Director de mi tesis doctoral con la Dra Marta Allué y, en aquellos años, coordinador del doctorado de Antropología Médica en la URV

NECESITAMOS UNA EPIDEMIA DE SORORIDAD

La globalización de las actividades de los seres humanos en el planeta, y el crecimiento industrializado sin límites, utilizando energías fósiles, ha incrementado la temperatura ambiental, hasta crear una emergencia climática, sólo reconocida por una parte de los países que contribuyen a crearla. La Cumbre del Clima, Cop 25, ha aplazado las grandes decisiones, ya que sólo ha logrado el acuerdo de 87 países, con los dirigentes de Estados Unidos y China negando su compromiso. Todavía no hemos logrado un gobierno compartido a escala mundial. Qué lejos de los debates del ecofeminismo y su compromiso con la madre tierra, qué lejos todavía de las alianzas que han sabido establecer las asociaciones de mujeres en diversos países del mundo. La reciente epidemia del virus de Wuhan, en un mundo con constantes viajes internacionales, ya ha puesto de manifiesto que las estrategias de prevención han de ser compartidas, y que no hay muros ni fronteras que planten cara a las infecciones, sino recuperando las prácticas de higiene y cocinado, que ya aplicaron nuestras ancestras. Ellas ya sabían cómo tratar a los animales salvajes. Pero la epidemia más salvaje que sacude los cinco continentes es la epidemia de machismo, que física, psicológica y sexualmente agrede e intenta matar cuerpos y mentes de mujeres. En este campo se ha extendido la alianza de los hombres (y algunas mujeres) que hablan del género como ideología, tergiversando, a su favor, los términos de las relaciones de poder agresivas. Precisamos en este mundo una epidemia de sororidad tan potente como la de fraternidad, que establezca alianzas entre todos los feminismos: los ecologistas, los de la salud, los de la igualdad y los de la diferencia, y que dé apoyo a toda reclamación por vulneración de todo tipo de derechos. Aún con la razón en la mano, necesitamos una mejor organización, que pueda influir en las decisiones de gobierno compartido. Es una tarea urgente.

TUYA ES LA RUECA, BELLA DURMIENTE

Narraciones de educación sexual y de cómo se nos ha colado el porno



Patricia Verdés Giménez
Psicóloga y psicoterapeuta Gestalt

Para hablar de sexualidades, educación y porno empezaré yéndome aparentemente un poco lejos, hasta una narración del aprendizaje erótico que todas conocemos: la Bella Durmiente del Bosque. De las muchísimas lecturas de este mito, aquí traeré una en clave de educación sexual. Todas sus versiones coinciden en la amenaza que se cierne sobre la niña al nacer: al llegar a la adolescencia se pinchará con el huso de una rueca y caerá muerta, o, gracias a un hada madrina, cien años dormida. Tras ello, el rey padre quema todas las ruecas del reino y prohíbe por siempre su uso, esperando librarla del fatal destino. Sabemos que no lo consigue, y que la Chica, curiosa como buena adolescente, se adentra en las profundidades del castillo y encuentra una rueca con la que se pincha, sangra y duerme durante 100 años.

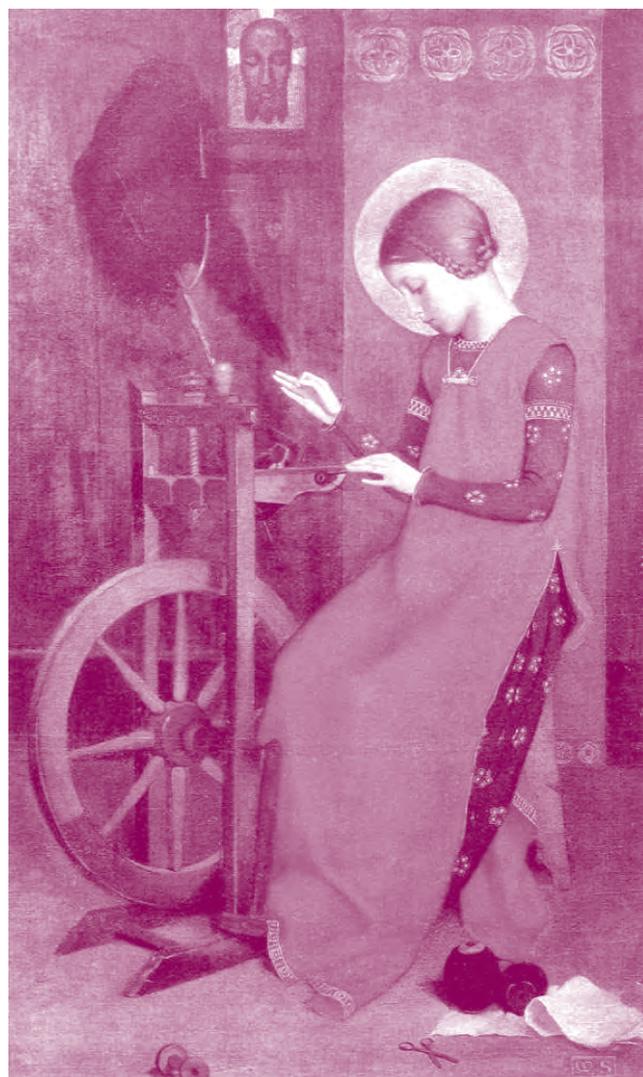
Al leer este cuento, nunca pude evitar pensar: ¿Y por qué nadie le explica a la Chica lo que podría pasarle con la rueca? ¿Por qué no le enseñan lo que es una rueca y cómo evitar pincharse? ¿No hubiese funcionado mejor?

Este cuento contiene numerosas lecciones del aprendizaje erótico, como el refuerzo del rol sexual femenino de espera y el masculino de acción o lo accesorio del consentimiento femenino en una relación sexual, pero en lo que nos ocupa, trae una manera de educar las sexualidades, encarnada en el rey padre: prohibir, ocultar y alejar a la Chica del conocimiento de la rueca, siendo la rueca su propia sexualidad.

Pero ¿y si la Chica hubiese aprendido a manejar la rueca? ¿Y si desde el principio hubiese tenido un huso romo del tamaño de su mano para hilar su propia sexualidad, a su ritmo, permitiéndose explorar, dudar, errar, gozar y probar con lanas y técnicas de hilado variadas y en compañía de otras hiladoras que le mostrasen sus trucos para no pincharse?

De ser así, posiblemente al Bella no le seguiría el Durmiente, para la adolescencia contaría con numerosas madejas para calentarse, hilaría cada vez de manera más compleja y creativa, tendría un bonito callo para no pincharse y elegiría a sus amantes y experiencias sexuales con los ojos abiertos.

La educación sexual representada por el rey padre es la educación sexual mayoritaria en nuestra historia y de la que to-



(Marianne Stokes. Santa Isabel de Hungría hilando para los pobres)

das y todos hemos aprendido algo. Es la educación sexual de la ocultación, el tabú, el peligro, la ignorancia, el miedo y la represión.

Bueno, pues estiremos un poco más el cuento e imaginemos que, hacia los 11 años, con todas las ruecas secuestradas, la Chica empieza a recibir imágenes de ese elemento del que ha permanecido ajena. Imágenes con posturas para hilar forzadas y dolorosas, con manos de formas irreales usando husos excesivamente grandes, con hiladoras que no deciden cuando empieza a girar la rueca, gimiendo y pinchándose

una y otra vez, visiblemente desconectadas del gusto de hilar. Todo esto sin aviso y sin ser acompañada en lo que recibe y sin imágenes alternativas. ¿cómo se acercará entonces a su ruca cuando se la encuentre en el fondo del desván del castillo?

Paralelamente, el príncipe que estaba convocado a “despertar” a la chica unos años después, también recibe esas imágenes. Imágenes que le dicen que su deseo, como hombre blanco heterosexual (¡y de la realeza!) es lo único que importa en los encuentros sexuales, que el otro o la otra está ahí para satisfacerle, con lo que puede pasar por encima suyo, y que en verdad, no se moleste en explorar, que ya le sirven en bandeja unos gustos y prácticas prefabricados de aplicación en cualquier príncipe indistintamente.

Y colorín colorado, este cuento... no lo damos por acabado.

Lo que quiero ilustrar con esto, es la existencia de tres modelos de educación sexual, de los que teníamos identificados dos, y un tercero que quiero visibilizar. Cada modelo de educación sexual tiene su propia ideología, práctica educativa, canales de transmisión, mirada sobre la sexualidad y los seres sexuados. Hasta ahora la distinción que hemos tenido clara sería entre dos formas de educar la sexualidad, que, simplificando mucho serían, una desde la represión, la ocultación, el tabú, etc. (la manera del rey padre) y otra, la educación sexual desde el cultivo de lo singular, la libertad, el placer, la relación, etc.



Pero se da una tercera manera, de la que participa enormemente el porno, y es la que llamaré modelo de sobreexposición. Es decir, una educación en la sexualidad que nos expone de sobra su material. Ofrece tantas imágenes, tantas posibilidades, tantas palabras, tantos “deber ser”, tantas fórmulas prefabricadas, tantas categorías, tantas etiquetas, que sirve perfectamente a desconectarnos a cada quien de nuestro propio deseo. Llamábamos sobreexpuestas a las fotos que recibían demasiada luz... y en las que no se veía nada. Esta educación sexual nacida también del capitalismo patriarcal

depredador y del culto al consumo, consumo aquí de cuerpos y experiencias. Este es su riesgo: mucho ruido, tanto que sofoca la posibilidad de conexión de mi conmigo, de mi contigo, de mi con el mundo, a mi ritmo, desde mi deseo, desde mi peculiaridad sexual a descubrir. También es una educación de la sobreexposición porque se sobrepone sobre cada sexualidad singular, suplantándola.

Hay más agentes en este modelo de educación sexual, pero el porno es sin duda la estrella. Algunas piden acotar esto al porno mainstream, que es el porno mayoritario. Muy mayoritario. Ahora mismo, es el educador sexual más accesible (a un click), con más medios para transmitir su mensaje¹; mensaje que es muy coherente y repetitivo, luego, muy eficaz, y con un refuerzo rápido que engancha porque impacta y genera algo, sin duda, algo que no pasa por voluntad o conciencia. Como dice Virginie Despentes, “primero te mojas y luego lo piensas”. Como agente de educación sexual, con una ideología y una visión de la sexualidad y los seres sexuados muy clara, que es profundamente patriarcal y violenta.

De hecho, no hace falta consumir porno directamente para incorporar algo de su mensaje. Ese es el éxito y la prueba de su hegemonía en el discurso y la práctica sobre sexualidad. Es un poco como que pases del fútbol pero sepas quien ha ganado la liga. El discurso es tan potente que excede los cauces que le son propios. Así, es posible que modifiques tu cuerpo con una depilación total sin conectarlo con que es una costumbre iniciada en el porno que se añadió a otras normatividades del cuerpo, o que incorpores una práctica sexual que el porno, impecable troquelador de fantasías, ha inculcado a tus parejas sexuales, o a las parejas sexuales de tus parejas sexuales, aunque tú no lo hayas visto; o que reproduzcas y participes en la división estereotipada y heterosexista de roles en las relaciones sexuales en las que todo empieza y acaba con la erección de un pene², (que, aunque es verdad que esto no lo inventó el porno, se encarga de afianzarlo).

Aclarado que el porno es un educador sexual con capacidad de colarse en casi todas las sexualidades, nos vamos a ese lugar de... ¿y qué hacemos con eso?. Y las respuestas que se han ido generando han ido en tres sentidos.

Una, la más superficial, es la que trata de recordar que el porno es ficción, que no es realidad, con lo que bastaría con ser capaz de discernir, o de educar en la capacidad de discernir, entre fantasía y realidad. Sin embargo, lo que sucede es que el porno construye nuestras realidades sexuales. He podido preguntar ¿la pornografía se parece a la realidad? en el contexto de talleres de educación sexual a un montón de jóvenes y, salvo excepciones, la mayoría decía que no. Sin embargo, este discernimiento no evitaba que construyesen su deseo y erótica acordes al discurso hegemónico del porno.

Según las fuentes que consultemos, casi el total de las chicas y chicos habrán estado expuestas a imágenes pornográficas antes de los 15 años³, y bastantes entre ellas y sobre todo ellos lo usarán de manera habitual. Algunas fuentes sitúan las primeras exposiciones en torno a los 9 o 10 años. De esta realidad surge una segunda respuesta, que en vez de obviar la incidencia del porno, intenta amortiguar su impacto. Es el enfoque de reducción de riesgos y daños. En esta línea están iniciativas como las guías *The porn conversation* de Erika Lust dirigida a familias o el material didáctico de *Porno Skola*.

La tercera respuesta es la creación de referentes alternativos. Aquí estaría lo que se ha dado en llamar porno feminista. Como opinión personal, para mí porno feminista es un oxímoron, como hablar de un ejército pacifista, aunque sí nace de la crítica feminista del discurso y las prácticas del porno mainstream y se agradezca su análisis y su intención de excitarnos y entretenernos con otro imaginario de cuerpos y relaciones.



(cuadro respuestas educativas al porno)

En este marco, me planteo qué contenidos desearía a unos medios audiovisuales que favoreciesen una educación sexual liberadora y feminista, que en el porno no están. Y me atrevo a desear pelis que...

...que eroticen los cuerpos enteros. Además de diversidad de cuerpos, cuerpos enteros. Cuerpos con clítoris, orejas, que menstrúan, con manos que tocan, que se arrugan, que tienen pelos, que se ríen, cuerpos asimétricos, con penes blandos y relajados, con límites y también con capacidades diversas.

...que eroticen la singularidad sexual. Más allá de ampliar a prácticas diferentes a la penetración, que fomenten la exploración hasta donde cada deseo lleve. Frente al monocultivo de fantasías y prácticas del porno y la ritualización⁴ de la conducta sexual, la diversidad que trae el fomento de la singularidad.

...que eroticen la relación, más allá del consentimiento. Hemos caído en la cuenta de que no tenemos una cultura del consentimiento en las relaciones sexuales. Esto es necesario, obviamente, pero el consentimiento, decir "sí, consiento" es un mínimo, es sólo un suelo para construir cualquier relación sexual. No es un cielo posible, no es poder expresar "sí, quiero que pase esto", no es "yo quiero esto, ¿y tú/vosotras, qué queréis?", no es "quería esto pero ahora voy queriendo esto otro" o "veo que querías esto y ahora estás queriendo otra cosa y a ver qué quiero yo", no es esa maravillosa complejidad que trae la relación. Todavía, educar para el consentimiento es poco, aunque sea un algo. Mucho sería erotizar la relación y sus negociaciones.

... que eroticen la coherencia entre lo experimentado y lo expresado en las relaciones sexuales. Que si alguien dice "oh, me gusta", su cara y su cuerpo también lo digan. Visualizar repetidamente sexo desconectado de una experiencia real de placer, entorpece nuestra conexión entre vivencia y expresión de la misma y nuestra capacidad de reconocer la experiencia de placer, en una misma y en el otro o la otra. Creo que por ahí va la cosa en quienes quieren hacen otro porno y señalan como una de sus marcas de identidad que las actrices y actores disfrutan "de verdad".

...que eroticen la flexibilidad en las maneras de colocarse en las relaciones de mujeres y hombres. Las dicotomías activo-pasiva, penetrador-penetrada, sujeto-objeto, dominador-dominada etc. son moldes, además de profundamente patriarcales, estrechos y rígidos y muy poquito sexys.

Aunque a mí lo que me gustaría de verdad, y no se lo puedo pedir a las pelis, es que erotizásemos el vacío. Vacío de normas sexuales, de "tener que", de maneras correctas e incorrectas, de fórmulas preconfiguradas al propio deseo para el encuentro contigo o con otra/s personas. Ir desnudas al encuentro, de ropa y de imágenes inoculadas. Frente a la sobreexposición, vacío. Vacío para que crezca lo propio.

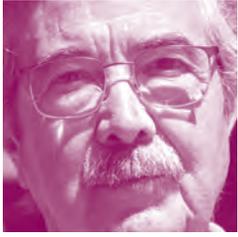
Vacío en el que tomar tu rueda libremente, Bella no-Durmiente.

1 Para hacernos una idea de "cuanto" porno hay, el contenido del porno descargado sólo en pornhub en el año 2017 bastaría para petar las memorias de todos los iphones del mundo, o por cada 400 películas que estrena hollywood, las productoras porno estrenan 11.000. El periódico de catalunya, 17 de mayo de 2016.

2 Lluís Ballester Brage, Carmen Orte Socías y Rosario Pozo Gordaliza Estudio de la nueva pornografía y relación sexual en jóvenes. 2014.

3 Un 86,5% de exposición involuntaria en la muestra de 15-16 años del estudio Jóvenes y sexo en la red. Reacción ante la exposición involuntaria a material sexual. Jesús Castro Calvo, Sandra Gómez Martínez, Beatriz Gil Julià, Cristina Giménez García, Rafael Ballester Arnal. 2015

4 Ritualización de la conducta sexual como se recoge en Ballester, Op. Cit.



Josep Martí Valls

Médico traumatólogo jubilado
Vicepresidente del CAPS

La campaña actual contra las llamadas medicinas alternativas parece de los tiempos en que las curanderas y herbolarias eran perseguidas y castigadas porque ponían en cuestión los "poderes establecidos" con su independencia y sus conocimientos (los poderes de la Iglesia, el patriarcal, el económico y el de los señores feudales)

Antes que nada hay que afirmar, como dijo Gray, prestigioso médico salubrista inglés, que "el conocimiento es el gran enemigo de las enfermedades". Una gran verdad. Pero una cosa es el "conocimiento" fruto de una buena investigación para encontrar la mejor evidencia científica disponible sobre un tema (enfermedad, tratamiento, etc.) y otra es una opinión sobre ese tema. Una cosa es "la medicina basada en la evidencia" y otra muy distinta la basada en "la eminencia". Es decir, basada en la opinión de un supuesto experto. Por eso en medicina muchas veces tenemos que actuar con incertidumbre, por experiencia personal o colectiva (consensos, sesiones clínicas, protocolos) aunque no tengamos aún evidencia científica.

Y aquí tiene mucha importancia el código ético de los profesionales, que dice, entre otras cosas: "lo primero no hacer más daño" (el segundo es hacer el bien, o al menos lo que creemos que es lo mejor para el paciente). Y a parte del código ético, está el sentido común.

Todo esto lo podemos aplicar a la actual moda de demonizar todas aquellas prácticas sanitarias que, buscando curar o ayudar a las personas en sus problemas de salud no son consideradas por los "poderes" de la medicina "oficial". Medicina que creemos totalmente científica cuando la mayoría de sus actuaciones no se apoyan en evidencias demostradas, ya sea porque hace falta más investigación o, lo que es peor, porque determinados intereses económicos o de hegemonía cultural utilizan estudios sesgados o directamente pagados y, además, se sirven de los variados medios de comunicación a su alcance para defender las bondades (no demostradas) de productos o procedimientos, de los que se ignoran o esconden sus efectos adversos. Tenemos muchos ejemplos, algunos recientes, de prestigiosos profesionales y grandes empresas. Seguro que hay muchos procedimientos y productos que históricamente han sido utilizados para mejorar la salud o curar enfermedades. Y la historia ha demostrado sus efectos beneficiosos y, además, que no han hecho daño, ya que de hecho

PODEROSO CABALLERO es don dinero



muchos fármacos derivan de productos naturales. Lo malo es cuando eso se convierte en un negocio que ambiciona ganar cada vez más dinero, olvidando el segundo principio ético, el de hacer bien a la salud.

Si prohibimos todo lo que no tiene acreditada seriamente su evidencia científica, tendremos que prohibir también muchos de los procedimientos y tratamientos "oficiales". Las autoridades sanitarias, que son responsables de la calidad y seguridad del Sistema de Salud, y los medios de combinación deben entender que actuamos en muchas ocasiones con esta incertidumbre (científica) y que tenemos que actuar según la experiencia colectiva y la ética.

Se deben prohibir todos los procedimientos (oficiales o alternativos) de los que se tenga presunción firme de que pueden hacer más mal que bien. Los poderes públicos deben velar por la protección de la salud colectiva e informar también de aquellos caminos alternativos que, aun siendo inocuos, puedan excluir caminos científicos de efectividad probada, y dejar el resto en manos de los mismos pacientes y de los profesionales.

Puede ser que algunos procedimientos no curen, o que actúen como placebo, o que no sepamos cómo actúan exactamente, pero que no hacen daño y los pacientes mejoran (ejercicio físico, dietas, quiropráctica, masajes, acupuntura, hierbas, homeopatía, etc.). Por eso también los profesionales de la salud necesitan más tiempo para escuchar, hablar (la palabra es el primer tratamiento) y poder tomar decisiones compartidas con sus pacientes.

CONCLUSIÓN

No es bueno sacralizar lo que creemos que es científico porque al cabo del tiempo se puede demostrar que no teníamos razón y, sobre todo, mucha atención allí donde haya grandes intereses económicos para hacer negocio con la salud (tanto en los caminos oficiales como alternativos) porque los profesionales y los científicos pueden caer bajo el poderoso poder del dinero.



Jerilynn C Prior
Directora del CEMCOR¹

CENTRO PARA LA INVESTIGACIÓN DEL CICLO MENSTRUAL Y LA OVULACIÓN: creciendo más allá de la adversidad



Mirando por la ventana de mi habitación una mañana mientras escuchaba meditativamente el "Concierto Coral", de repente me concentré en la hiedra que crecía audazmente por la chimenea de nuestro vecino. He visto cortar esa hiedra docenas de veces, pero siempre vuelve a crecer.

La hiedra verde oscuro que se agita con una ligera brisa me ayuda a ver con claridad, en este 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, la creciente influencia del CeMCOR. Gracias a él, está cambiando la manera en que nosotras, como mujeres científicas y médicas, entendemos las profundas implicaciones para la salud de las mujeres de los ciclos menstruales ovulatorios.

Los ciclos menstruales regulares son el signo externo de tener suficiente estrógeno. Sin embargo, en silencio, dentro de esos períodos predecibles y no problemáticos, puede o no darse la ovulación. Solo si hay ovulación, el ovario produce progesterona, la importante hormona compañera del estrógeno.

CeMCOR descubrió que, si la ovulación es perturbada repetidamente (a menudo por las tensiones de la vida cotidiana exclusivas de las mujeres por su rol dentro de esta cultura), se produce un desequilibrio entre estrógeno y progesterona, que conduce a la pérdida ósea y a eventuales fracturas osteoporóticas, ataques cardíacos en nuestros 50 y 60 años, y mayor riesgo de cáncer de mama, endometrio y probable cáncer de ovario.

Durante este último año, el mundo ha oído una y otra vez el mensaje de CeMCOR sobre la importancia de la ovulación y la progesterona para la salud de la mujer.

Me gustaría compartir algunos de nuestros éxitos:

- Gané el "The Aubrey J. Tingle" (BC Clinician-Scientist Award) por mi trabajo en Salud de la Mujer con CeMCOR. Soy la décima ganadora (y la segunda mujer en sus 10 años de vida). Este premio proporciona credibilidad a la investigación de CeMCOR y me da una "voz" única para expresar nuestra verdad a personas y organizaciones poderosas que nos habían descuidado, ignorado o opuesto a nosotras.
- Hemos Publicado un metaanálisis demostrado que las adolescentes que usan "la píldora" (anticoncepción hormonal combinada, CHC) experimentan una pérdida ósea espinal significativa y clínicamente importante en un momento de la vida en el que debería estar aumentado al máximo su densidad y fuerza ósea. Un donante de CeMCOR ha pagado la "tarifa de procesamiento del artículo" para que este importante documento sea de libre acceso.²
- También hemos publicado una revisión de "Progesterona para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis". Que integra los estudios publicados durante más de 25 años. Esta revisión en conjunto muestran que:
 - La progesterona es la hormona estimulante de la formación ósea en las mujeres

- La progesterona debe actuar con el estrógeno, la hormona que previene la pérdida ósea u otro medicamento antirresortivo, para que el tratamiento sea eficaz para la osteoporosis.
- Sin embargo, los "especialistas en huesos" rara vez integran este conocimiento en la práctica clínica.³

- Y encontramos que, sorprendentemente (usando información nacional del Estudio de osteoporosis canadiense, CaMOS⁴), las mujeres que acudían al médico por problemas importantes de vello facial y acné corrían mayor riesgo de pérdida de hueso espinal; cuando siempre se ha pensado que las hormonas masculinas eran buenas para los huesos. Esta nueva información significa, sin embargo, que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tienen un mayor riesgo de osteoporosis.⁵

Confirmamos, también, que aquellas mujeres con muchos periodos ausentes (amenorrea) o que tuvieron la primera regla a una edad avanzada (más de 15 o 16 años) presentaban mayor riesgo de osteoporosis.

- Por último, estamos lanzando una Cátedra en Salud de la Mujer en Endocrinología para que continúe el importante trabajo en CeMCOR (Professorship in Women's Health in Endocrinology).⁶

¿Por qué es necesaria? Porque, en su forma actual, CeMCOR casi no recibe fondos institucionales (más allá de mi salario de la Universidad de British Columbia [UBC] y las subvenciones para las oficinas y el laboratorio). La Facultad de Medicina de la UBC, con déficit presupuestario, no está reemplazando a los profesores que se jubilan (y, si hay reemplazos, solo son profesores asistentes). El CeMCOR está logrando producir todo lo que hacemos con financiación de donantes.

El CeMCOR es importante. La Fundación Michael Smith para la Investigación en Salud lo ha confirmado al darme el Aubrey Tingle.

LA INVESTIGACIÓN DE CEMCOR DEBE CONTINUAR. . .

1. <https://www.cemcor.ubc.ca/>
2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cen.13932>
3. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13697137.2018.1467400?needAccess=true>
4. www.camos.org
5. <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/1023>
6. <http://www.cemcor.ca/sites/default/files/uploads/Pitch%20for%20CeMCOR-Prof%20in%20Women%27s%20Health%20in%20Endo.pdf>

LA PERIMENOPAUSIA MUY TEMPRANA

Lo que podemos aprender de La investigación de La Dra. JeriLynn Prior



Nina Coslov

Cofundadora de Women Living Better

<https://womenlivingbetter.org/>

A los 40 años, comencé a notar cambios en mi cuerpo. Antes dormía mucho, pero ahora me despertaba a las dos de la madrugada, a menudo con mucha energía y a veces con ansiedad. Me quedaba despierta unas tres horas antes de poder volver a dormirme. Casi al mismo tiempo, volvió la sensibilidad mamaria premenstrual, algo que no había experimentado desde mis 20 años, antes de tener hijos. No mucho después, notaría de vez en cuando un nerviosismo generalizado, una aceleración, un sentimiento enérgico, ¡pero no positivo! Y sentía que no podía hacerle frente tan bien como solía hacerlo.

Cuando mencioné este nuevo conjunto de síntomas a mi médica de atención primaria, me preguntó sobre mi regla y señaló mi edad. Tenía 42 años y todavía mis periodos eran regulares. Así que el asunto no estaba relacionado con las hormonas, dijo, y me ofreció un medicamento para dormir y otro para la ansiedad. Varios meses después, mi obstetra escuchó estos mismos síntomas en mi visita anual: las mismas preguntas, la misma respuesta.

Que me dijeran que mi experiencia no estaba relacionada con algo biológico me hizo preguntarme a mí misma qué podría estar sucediendo en mi vida para causarme esto. Nada había cambiado. No tenía sentido. Estaba decidida a llegar al fondo. Me gusta compartir y hablar con otra gente para cuestionar el status quo y profundizar en la investigación científica. Así que eso fue lo que hice.

En el camino, encontré el trabajo de la Dra. JeriLynn Prior, una endocrinóloga que había fundado el Centro para la Investigación del Ciclo Menstrual y la Ovulación (CEMCOR). Su investigación sobre la perimenopausia muestra que muchas mujeres experimentan cambios en el flujo, la fertilidad, el sueño, el estado de ánimo, los calambres, los sudores nocturnos y los dolores de cabeza mientras todavía están menstruando regularmente. Cuanto más leía sobre la investigación de CEMCOR y sobre las experiencias de otras mujeres en el libro de la Dra. Prior "Temporada de tormentas de estrógenos", más reflejado veía lo que yo estaba experimentando.

Sabía que no era la única que tenía dificultades para encontrar buena información sobre la perimenopausia y la menopausia, y quería encontrar una manera de compartir, en un lenguaje fácil de entender, lo que había aprendido. Envié a la Dra. Prior un correo electrónico muy largo, explicándole que pensaba que había una oportunidad para crear un recurso en línea para las mujeres que, como yo, experimentan los efectos de cambiar las hormonas antes de que sus ciclos sean irregulares. Muchas mujeres no saben qué esperar o qué es normal, y no están recibiendo apoyo o información basada en evidencia de sus profesionales.

Ese correo electrónico fue el comienzo de una discusión que finalmente condujo a la creación de Women Living Better, un recurso que desmitifica la transición a la menopausia.

El sitio, que contiene datos e investigaciones, describe la amplia gama de cambios físicos y emocionales que las mujeres pueden experimentar. Enfatiza un mensaje clave de la Dra. Prior: que los síntomas a menudo comienzan antes de que desaparezcan períodos y los ciclos se vuelvan irregulares.

El sitio permite a las mujeres reunir y compartir datos con otras mujeres, para que podamos aprender de las experiencias de las demás, encontrar apoyo y saber que no estamos solas.

La Dra. Prior estuvo recientemente en Boston, donde dio una charla sobre la perimenopausia muy temprana en el Tufts Medical Center.*

Todos los días oigo hablar de mujeres que están agradecidas de haber encontrado a "Mujeres que viven mejor". A mi vez, estoy agradecida a la Dra. Prior, por su trabajo, su constante aliento y apoyo, y su generosidad con su tiempo y experiencia.

* La charla fue organizada por el miembro de la junta de Our Bodies Ourselves, Alex Spadola, que es obstetra / ginecóloga en el Tufts Medical Center.

anorexia como síntoma



Claudia Truzzoli
Psicóloga. Psicoanalista
feminista

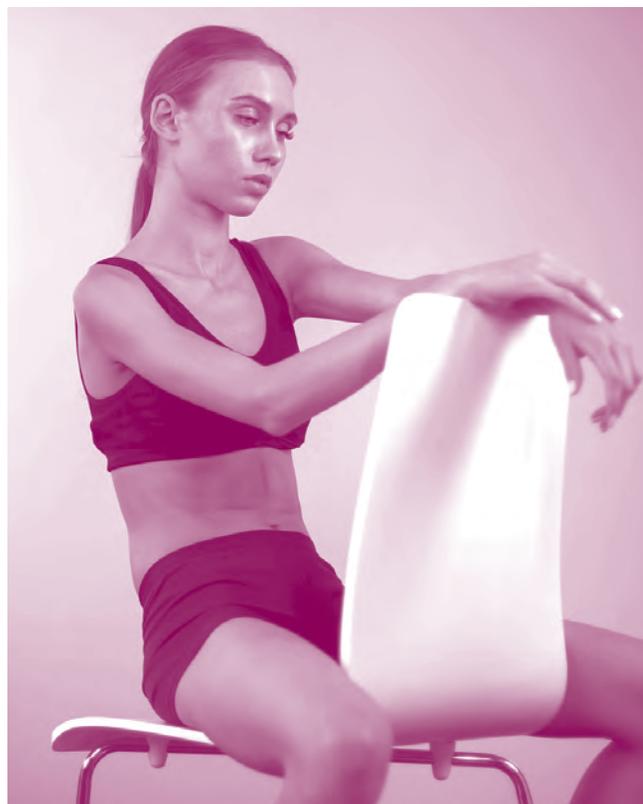
Interpretar la anorexia

El enfoque cognitivo conductual considera la anorexia y la bulimia como trastornos alimentarios que trata de reconducir a la "normalidad", sin tener en cuenta la subjetividad de la persona que los padece, a través de procesos reeducativos e incluso farmacológicos. Este enfoque es hegemónico en las universidades estadounidenses y europeas y el más utilizado en el tratamiento de los llamados trastornos de la alimentación.

La otra perspectiva, irreductible al enfoque biomédico, si bien no carente de relación con él, la constituye el psicoanálisis, recordando que el síntoma expresa la implicación del sujeto en el malestar que padece y cuya causa le resulta enigmática. Por eso, la noción freudiana de síntoma es la alternativa en el campo psicopatológico a la noción de trastorno.

Esto implica que la anorexia y la bulimia deben ser tratadas por un equipo multidisciplinar de endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, psicoanalistas, donde cada disciplina aporta su saber. Cualquier profesional que pretenda hacer de su ámbito un campo exclusivo de explicación de la causa se equivoca. Los médicos permiten a los psicoanalistas no olvidarse que lo real del cuerpo es un campo a-semántico, o sea, que no responde a una búsqueda del sentido del síntoma, sino a una presión pulsional autodestructiva que el sujeto se resiste a abandonar y que en casos extremos lleva a la muerte. Y los psicoanalistas permiten a los médicos no olvidar la singularidad de cada caso y la estructura subjetiva que sostiene el síntoma alimentario, ayudándoles a calibrar su intervención sobre el cuerpo a las posibilidades efectivas que la estructura del paciente consiente y que el momento de la cura hace oportuna. Cada caso particular nos obliga a tratar la anorexia como una construcción inconsciente en la que el sujeto que la padece está implicado, aunque no lo sepa y más aún, se niegue a reconocerlo.

Descartados problemas fisiológicos reales como las atresias (malformaciones congénitas donde la parte superior del esófago no se conecta con la parte inferior ni con el estómago), o la estenosis de la parte alta del tubo digestivo que impiden el paso del alimento, o la hipotonía del cardias que provoca un reflujo gastroesofágico, que puede provocar el vómito, debemos pensar en un determinismo complejo en lo



que a anorexia se refiere, tomando en cuenta factores de orden genético, endocrino, efectos secundarios de la privación de alimento, factores socioculturales, familiares, psicológicos. Estas patologías están ligadas a una separación fallida de la imagen de la madre, construida ésta a través de experiencias reales e imaginarias, y se caracterizan por la búsqueda de un vínculo pleno y nostálgico que reconstituya la experiencia de reencuentro de plenitud idealizada con la madre.

Frenar la deriva auto-destructiva de estas patologías, que son formas de suicidio no violentas, hace necesario el tratamiento que haga posible una subjetivación y una elaboración simbólica de sus causalidades inconscientes. Que es a lo que el sujeto se resiste porque el síntoma anoréxico -a diferencia del síntoma neurótico que generalmente produce malestar a quien lo padece- está animado por un ideal euforizante, de autosuficiencia que le otorga una identidad ligada a la enfermedad, desenganchándolo del vínculo con el otro, situándolo fuera del vínculo social y encerrándolo en un aislamiento mortífero. Las parejas que suelen tener estos sujetos suelen operar como un complemento narcisista, un sostén en la enfermedad. Es un *partner* más de apoyo que de deseo erótico

Deseadas y deseantes

La anoréxica no se conforma con ser deseada, reivindica su derecho a desear. Y el deseo femenino ha traído muchas preocupaciones al cuerpo social en los intentos de controlarlo. En la segunda mitad del siglo XIX, hubo una obsesión médica en el intento de combatir lo que se consideraba una excitación sexual femenina excesiva, que amenazaba las relaciones de poder entre los sexos, aplicando sanguijuelas en el cuello de la matriz, haciendo clitoridectomías y extirpación de ovarios, para volverlas más dóciles. En una época que las sufragistas luchaban por la emancipación legal y política de las mujeres, se puso de moda un corsé más ajustado que nunca, que las aprisionaba físicamente. Un anuncio de 1878 afirmaba que el corsé es el monitor siempre presente de una mente bien disciplinada y sentimientos bien regulados. En el intento de ser deseante, la anoréxica quiere desencarnarse de su cuerpo. La anorexia afecta predominantemente a las mujeres, un 90%, si bien hay casos de anorexia que también afectan a varones, un 9%. La característica predominantemente femenina de la anorexia se entendería mejor si tomamos en cuenta la posición sexuada de quien la padece, que la ubica del lado hombre o del lado mujer, con independencia de su sexo biológico, porque la anorexia mental casa muy bien con la estructura del deseo femenino, que opera en las mujeres que se resisten a ser consideradas sólo como un objeto de goce frente a la mirada masculina, quieren ser reconocidas en su ser y valoradas como tales más allá de la imagen.

A veces la anorexia puede ser una barrera que interpone la anoréxica entre sí misma y otro personaje que abusa sexualmente de ella. Por ejemplo, el caso de una joven a quien su madre lavaba reiteradamente sus genitales para que no se contaminara con la lencería íntima movida por un delirio de celos con su marido. El mandato materno era "tienes que estar siempre limpia" y ya en la infancia esta niña desarrolló algunos problemas anoréxicos y en la pubertad una anorexia restrictiva grave, que a la vez es el acatamiento de la orden materna de mantener su cuerpo impoluto y la necesidad de interponer entre ella misma y la locura materna una pantalla protectora. De hecho su madre redujo sus feroces prácticas de limpieza en el cuerpo de su hija desde que se desencadenó su anorexia.

Anorexia y conflicto adolescente

La pubertad y la adolescencia enfrentan a las personas a procesos de duelo complicados, paradójicos. El estallido hormonal impone cambios corporales que causan extrañeza, a veces son vividos con angustia. La diferenciación sexual obliga a tomar posición con respecto a su propio sexo y al otro. Los jóvenes tienen que decidir sus planes de futuro. Es normal que aparezcan regresiones que hacen que sea difícil saber cómo tratarlos, a veces quieren ser niños, otras se ofenden si no se los trata como adultos. Los mismos padres tienen que soportar una caída del lugar idealizado donde habían sido

colocados por sus hijos, para pasar a ser considerados como personas que no entienden nada acerca de lo que quieren o valoran ellos. Esto implica para una púber una sensación de soledad que no siempre puede procesar de buena manera. La aparición de la amenorrea, tan frecuente en la anorexia, podría ubicarse dentro de los síntomas que expresan, más allá de un condicionamiento fisiológico, un deseo de permanecer niñas aún. Por ejemplo, una niña de nueve años con un desarrollo precoz pero con recursos psicológicos insuficientes para afrontar los cambios en su cuerpo, reduce drásticamente la ingesta creyendo que de esa forma puede detener el crecimiento, se depila el vello axilar y púbico y detiene la menstruación después de la primera regla. Tiene comportamientos regresivos pidiendo mimos a los padres y rechaza salidas con las amigas por no querer comportarse con los hombres como ellas, diciendo que aún es pequeña. También es posible que ante esa brecha profunda entre un desarrollo precoz y pocos recursos psicológicos para afrontarlo, otras niñas expresen su sufrimiento no a través de la restricción alimentaria sino con una ingestión excesiva de comida para cubrir el cuerpo con capas de grasa para esconderlo.

El cuerpo es el escenario donde se juegan conflictos que el sujeto no puede expresar con palabras sino con dietas, purgas, vómitos. Se trata de una patología del acto: hace lo que no puede decir. Y aunque el drama se despliega en el cuerpo, es necesario rescatar la subjetividad alienada en ese cuerpo biológico para facilitar que surja la palabra del sujeto y no actuar inmediatamente sobre el síntoma.

La anorexia como protección y defensa

En la anorexia neurótica, negarse a comer es utilizar una estrategia para separarse de la demanda asfixiante del Otro, un modo de emanciparse de la impotencia para desengancharse de su dependencia alienante. Pero en realidad es una pseudo-separación porque es una separación que tiende a desligarse de la dependencia simbólica del sujeto, una negativa a reconocer que su vida puede estar marcada por significantes donde no ha intervenido para decidir nada, pasión por una libertad absoluta que niega cualquier dependencia.

También son importantes las presiones familiares en dirección a la perfección, los mensajes de las compañeras de colegio que no hablan de otra cosa que de dietas, purgas, vómitos, estrategias para asegurarse una delgadez extrema, informaciones en la web de grupos de anoréxicas que saben de dietas hipocalóricas, refuerzan la presión para adelgazar que se premia con elogios y constituyen un espaldarazo narcisista importante, porque se saben comprendidas.

La anorexia nerviosa puede considerarse como un mensaje dirigido al Otro que tiene que ser descifrado. Pero tiene también otra vertiente pulsional que se relaciona con la parte muda del goce. La anorexia también puede desempeñar el papel de ofrecer al sujeto una manera de dominio imaginario



sobre su propio ser que lo reasegura, como en las psicosis llamadas blancas o sin desencadenamiento, frías, que no presentan alucinaciones ni delirios, en las que el sujeto se mantiene al borde de la psicosis sin caer en ella gracias a una compensación imaginaria frente al vacío, frente a la percepción constante de inexistencia que causa una angustia sin nombre. El caso de una mujer de 42 años que tenía con su marido una relación totalmente simbiótica, convencida de ser los dos una sola persona, hasta que supo que su marido tenía otra mujer encontró en el desencadenamiento del síntoma anoréxico una solución que la preservó de caer en la psicosis: ocuparse exclusivamente de su cuerpo delgado, porque entonces sólo dependía de ella misma.

Un caso de anorexia precoz

Si bien en la mayoría de los casos –aunque no exclusivamente- las anorexias pueden presentarse en la preadolescencia o en la adolescencia, es interesante rastrear la historia infantil, puesto que la criatura que nace es absolutamente dependiente de lo que recibe del otro y este hecho tiene consecuencias. Cuando el llanto de la criatura está demandando un reconocimiento amoroso que le confirme a través del tacto, la mirada tierna, la voz, el abrazo, que se le quiere, que puede confiar en ser acogido, y se responde a esta demanda con una oferta alimenticia, se está confundiendo la necesidad con el deseo. Y la criatura puede negarse a comer o expulsar la comida a través del vómito.

Una viñeta clínica, presentada por un pediatra de París, el doctor Aldo Naouri, muestra hasta qué niveles de precocidad puede manifestarse un síntoma infantil cuya relación causal

está en relación con dificultades en el deseo interferido de la madre, que se negó a mirar a su hija recién nacida., ésta La criatura empezó a vomitar y siguió haciéndolo durante veinte días, a pesar de la intervención de cuatro pediatras para hacer cesar los vómitos con medicación. Habiendo constatado que no se trataba de una estenosis o una atresia de la parte alta del tubo digestivo, de una hipotonía del cardias o una hernia distal, la visitó un quinto pediatra que percibió que algo estaba pasando en la madre. Su actitud empática favoreció en ella una disminución de la culpa, un apaciguamiento del temor de estar loca por no querer mirar a su hija y la admisión de que no se sentía con derecho a tener una hija, que su embarazo había sido una concesión al deseo de su marido y a los consejos de su madre que se lo recomendaba como estrategia de contención de las golferías del mismo. Su madre la mandaba, cuando era niña, a espiar a su padre y contarle lo que había visto. Eso motivaba discusiones de sus padres y su madre la sacaba de su cama y la enviaba a dormir con el padre. Cuando su padre murió no lograban que mantuviera cerrados los ojos y el brujo del pueblo de Las Antillas de donde ella era originaria, la mandó llamar convencido de que ella era la única que podría cerrárselos definitivamente. La forzaron a hacerlo sin mirarlo. Y lo logró. Luego de haber contado todo esto, la mujer pudo desvestir a su hija y mirarla con placer y los vómitos de la pequeña cesaron sin necesidad de medicación.

Este caso además es ilustrativo porque nos indica que la insistencia en centrarse en el síntoma, o sea, que quien sufre de anorexia coma, aumenta la resistencia a hacerlo y puede agravar el síntoma en vez de resolverlo.

PLAN NACIONAL 5G

Razones para una moratoria



Algunos datos:

- El Plan Nacional 5G (Ministerio de Energía, 2017) forma parte de la estrategia para mejorar la competitividad europea en el desarrollo de esta tecnología.
- Está previsto su despliegue durante 2020.
- El Defensor del Pueblo ha emitido una resolución, respaldando las demandas de Ecologistas en Acción. Denuncia inconsistencias e irregularidades del Plan:
 - No se ha sometido a evaluación ambiental estratégica
 - Ni se ha realizado la evaluación del impacto en salud
- El 5G requiere la implantación de muchas más torres de telefonía y ubicadas mucho más cerca de las viviendas.
- Esta tecnología opera en una frecuencia muchísimo más alta que las redes 3 y 4G.

Impactos en la salud

En su artículo "¿Es seguro para la salud el 5g?", el director del Laboratorio de Bioelectromagnetismo (Centro de Tecnología Biomédica, Universidad Politécnica Madrid) Ceferino Maestu, advierte de que ya hay abundante literatura médica sobre efectos adversos sobre la salud de la radiación inalámbrica, los cuales presumiblemente aumentarán con esta nueva tecnología más potente.

1. Atacan el sistema nervioso, incluido el cerebro
2. Atacan el sistema endocrino
3. Producen estrés oxidativo y daño por radicales libres, lo que favorece las enfermedades crónicas.
4. Atacan el ADN celular, lo cual puede producir cáncer y mutaciones en las generaciones futuras.
5. Producen niveles altos de muerte celular programada, una de las causas de enfermedades neurodegenerativas.
6. Disminuyen la fertilidad masculina y femenina, y la libido, y aumentan los niveles de aborto espontáneo.

Redacción MyS (MLC)

La mirada



Margarita López Carrillo

Me miro en el espejo del baño sin las gafas y me veo pero no del todo. Me miro sin las gafas porque me he lavado la cara y me estoy poniendo contorno de ojos, o porque me estoy peinando y para eso no necesito ver mucho porque mi indómito pelo se queda como le da la gana con o sin gafas. Me miro en el espejo de mi cuarto y me veo lo suficiente para saber si esos pendientes me quedan bien o no con ese vestido. Me miro en cualquier espejo de casa sin las gafas y me gusto y me reconozco. Pero luego, en la calle, con las gafas puestas y mucha luz (cruel), de repente me veo bien y me pego un susto. ¿Soy yo esa señora que viene hacia mí desde el fondo de la tienda? ¿Soy yo esa mujer algo cargada de espaldas que me recuerda mucho no a mi madre sino a su amiga Paquita Bueno, que era una mujerona, no como yo, pero que se fue cargando de espaldas exactamente así? ¿Dónde estoy yo, dónde he ido a parar, en quién me estoy convirtiendo? Cuando hablo con alguien más joven me pregunto qué está viendo cuando me mira. Yo era una de esas jóvenes horribles que creía, sin llegar a pensarlo propiamente, que los viejos siempre habían sido viejos, así que no me puedo quejar. Ahora descubro que los viejos son jóvenes que no entienden qué les ha pasado, son jóvenes que se sienten traicionados porque la juventud no era eterna como pensaban. Me viene esa frase ridícula de soy vieja pero tengo el espíritu joven, cuando yo no he tenido el espíritu joven ni de niña, sea lo que sea eso. Yo no me siento ni joven ni vieja, me digo, me siento yo. Pero ¿con qué cuerpo soy yo misma?, ¿por qué el cuerpo que envejece me parece menos yo misma que el otro, ese cuerpo adulto que se ha mantenido sin muchas variaciones durante décadas? Por dentro no he dejado de cambiar a lo largo de los años; no volvería a ser joven por nada del mundo, me digo, a ser tan ignorante, a sufrir tanto y tan a ciegas. Entonces, ¿es que el cuerpo joven era para eso, para sostener todo ese trabajo que había por delante? Quizá, me contesto, y empiezo a mirarme con más cariño.



Margarita Petit
Enfermera de urgencias jubilada

DE CENA CON MIS AMIGAS EL duro trabajo de Las enfermeras de urgencias

Quedamos ayer, en un restaurante tailandés, así, a bote pronto, porque si no pasan los días y no puede ser. Son mis compañeras de trabajo de antes, ahora que ya he pasado al renglón de las jubiladas (esa palabra que aún me viene grande)

Vinieron juntas en un solo coche para no entretenerse aparcando. ¡Qué alegría vernos! Estaban cansadas, muertas, no habían podido merendar, ni sentarse un momento, pero los abrazos y los besos corrían. ¡Venga chicas vamos dentro que todas tenemos hambre!

De vez en cuando nos callamos un segundo sólo para tragar lo que el tenedor nos acercaba a la boca. El trabajo no cesa, me cuentan. Parece que después de la tregua navideña han vuelto todos y los pasillos otra vez llenos y de qué manera. Los mismos problemas de siempre: pocas manos y mucha gente enferma.

Nuestro trabajo, el suyo ahora, es como una garrapata que se te pega a la piel y aunque la ahogues con alcohol se resiste a soltar su aguijón. O sea, que aunque te emplees a fondo no puedes con él. Ni en toda la tarde, la mañana o la noche. Trabajar en un servicio de urgencias es así, a renglón seguido, incluso con renglones torcidos y garabatos.

Ya en la calle, frente al tailandés, les dio por contarme del señor que había fallecido al traspasarle de la camilla a la cama; un anciano, solo. Había que colocarlo en algún lugar y rápido porque estaba en medio del pasillo. "¡Cuidado que me pisas con las ruedas de la camilla, María!", "Ay, perdona", "Venga sigue que allí creo que tenemos un box vacío", "Hay que localizar pronto a la familia para vaciar el box porque no paran de llegar". Ese trabajo es tan agotador como cómico a veces. Nos habíamos reído tantas veces de las cosas insólitas que llegan a pasar en un servicio de urgencias.

Un día se me acercó un señor, no era muy mayor. Me dijo que no entendía como podíamos trabajar allí, en un lugar con tanto dolor. El hombre se marchó dejando las últimas silabas en el aire, ladeando la cabeza. A veces me acuerdo de su cara reseca, con aquel dolor impreso en ella. No recuerdo qué le respondí. Huyó.

Siempre se ha pensado que las enfermeras debían ser abnegadas, vocacionales, angelicales, pero la realidad es que podemos ser educadas, maleducadas, eficientes o poco resolutivas, resabiadas, dulces, agrias, de las que te miran a los ojos o de las que pasan por tu lado con la mirada en el infinito.

Esta táctica, la de mirar al infinito, sirve para evitar que te pidan cosas constantemente o cuando alguien ha sido grosero contigo y no quieres verle cada vez que sales al pasillo. Salir al pasillo lleno de camillas en espera, de puertas abiertas con ojillos que esperan, familiares que piden información o lo que sea, es un mundo. El mundo aparte del pasillo.

Las demandas, pueden ser infinitas, el agua, el pipi, el hambre, el frío, la caca, la sabana, el dolor, la médica, la prueba, el vómito o la palabra. Las personas quieren que se las escuche para no sentirse solas. Quieren hablar, sobre todo las ancianas, porque están llenas de demandas y de miedo. Esta demanda de atención responde a una necesidad de salud que no se cuantifica, pero existe.

Y es que si estás enferma, en urgencias, sobre una camilla estrecha, con dolor, la bata que te ahoga, la sisa que boquea y deja que todo el mundo te vea el sostén, medio tapada con una sábana pequeña, con los ojos clavados en la puerta pendiente de cuando se abrirá y vendrán a verte, oyendo los ruidos, los gritos, los llantos y el abrir y cerrar de puertas... te puedes llegar a sentir muy sola, solísima. Le darías un abrazo a la persona que te trae a quien estabas esperando. Llenarías de besos a quien se apiada de ti y te mitiga el dolor a golpe de analgésico. Morderías y le arrancarías la cabeza a quien no te trata bien, te ningunea o desvaloriza tu relato con una mirada condescendiente.

Las preguntas que te vienen a la cabeza pueden ser tan ridículas como exageradas, implorando una escucha, un poco de compasión. Me duele, mucho. ESCÚCHEME, AHORA, A MÍ.

Al despedirnos, mis amigas se empeñaron en acercarme a casa. Temían el ataque de algún imbécil y me pareció terrible que aún estuviéramos así. Que volviéramos a las andadas con el miedo y el espray en el bolso de alguna. Y les dije que estábamos yendo para atrás, demasiado para atrás. Luego las vi marchar con la noche por delante para descansar y volver mañana a la batalla.



IN MEMORIAN cynthia cockburn

Carme Alemany Gómez
Socióloga de salud

Feminista y activista por la paz, socióloga, conocida internacionalmente por sus trabajos en Género, Trabajo y Tecnología, militante antimilitarista, participó en el campamento de mujeres por la paz en Greenham Common, y estuvo comprometida con Mujeres de Negro, muchas otras asociaciones feministas y antimilitaristas...

A partir de 1994 inició sus investigaciones sobre la participación de las mujeres en los procesos de paz en países con conflictos graves (Norte de Irlanda, Bosnia-Herzegovina, Israel y Palestina). También estudió los movimientos por la paz en Corea del Sur, Japón, España y Gran Bretaña, y el entramado que configura la construcción de la violencia, tanto en tiempos de paz como en contextos de guerra. Publicó numerosas investigaciones traducidas a varios idiomas.

Cynthia Cockburn fue una investigadora con una mirada amplia y sin prejuicios, lo que siempre la llevó a profundizar y plantear nuevas hipótesis que hicieron avanzar el pensamiento, la reflexión y la acción en los temas que investigó. Fue una socióloga con una visión poliédrica, nada esquemática, con una gran capacidad de escucha, que aceptaba la existencia de diferentes perspectivas y por ello, recurría a fuentes de información diversas e, incluso, opuestas. Participó en el I Congreso Internacional "Mujer, Trabajo, Salud" (CAPS 1996) con la ponencia ¿Cómo podemos hacer "organizaciones saludables"?. Hasta entonces, ella había estudiado las organizaciones en relación a igualdad, diferencia y poder, y evaluado políticas de igualdad de género, pero no había trabajado en temas de salud laboral. Al aceptar participar en nuestro congreso vio que las organizaciones se pueden pensar como "saludables" o "insanas" en función de "la calidad de las relaciones sociales que generen". Así, el concepto calidad le ayudó a profundizar en esta dirección.

Nos indica en su texto que aunque la medicina laboral se ha centrado en los accidentes, la exposición a materiales contaminantes, el estrés, etc., "detrás de todos estos problemas existen las formas en que el poder se manifiesta y se despliega dentro de las organizaciones".

En la investigación que llevó a cabo sobre las organizaciones que habían desarrollado programas de acción positiva observó que éstas no se podían limitar al género sin contar con los problemas de clase y etnia: "la igualdad nunca es bastante – ni la igualdad de oportunidades ni la igualdad de realizaciones. El objetivo tiene que ser el cambio transformativo de las organizaciones, (hay que) buscar la forma de cambiar la naturaleza del poder ... la forma en que el poder está estructurado, la forma en que funciona y la forma en que se distribuye".

Al pensar en cómo las desigualdades de poder generan o

exacerban la enfermedad, Cynthia indicó en su ponencia diferentes estudios sobre este tema, y añadió ejemplos de organizaciones del Reino Unido que habían implantado otras políticas positivas que incluían empleados y clientes con discapacidades o homosexualidad, a pesar de la "poderosa cultura de homofobia". Señaló que este conjunto de variables en las organizaciones "nos recuerda que todos nosotros estamos implicados de varias formas en la creación y exclusión de, por lo menos, algunos otros".

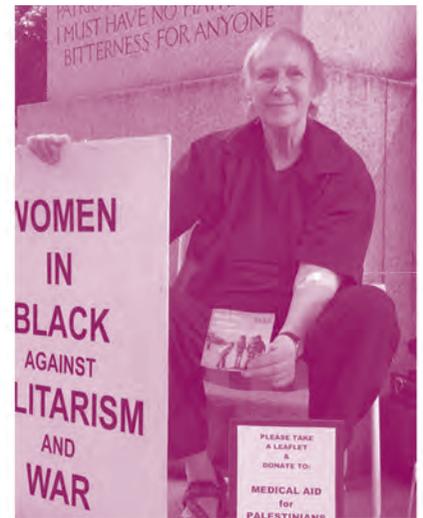
Así mismo nos recordó que "la unión de varias discriminaciones: género, etnia, orientación sexual y discapacidades, es importante para nuestras estrategias de oposición".

Y denunció que "la vida de las organizaciones está sexualizada". Nos sugirió la importancia de que "todos deberíamos ser siempre 'out' físicamente, poner nuestros cuerpos fuera de línea" y señaló el reto de "la presencia física del hombre heterosexual (profundamente opresiva) que es continuamente usada y mal usada en el juego de poder".

A su reflexión final, sobre si es posible transformar las organizaciones, se responde que, frente a los bastiones del capitalismo, para los que el beneficio es la principal línea de trabajo, las organizaciones del sector público, junto con algunas organizaciones no gubernamentales y organizaciones políticas, pueden ser más sensibles a la responsabilidad social y aunque su trabajo sea la salud mental y física, "es legítimo hacer resurgir el tema de la salud social".

Finalmente nos recordó que nosotras formamos parte de las organizaciones y que podemos socavar las relaciones de poder en algunos espacios. Podemos trabajar juntas con aquellas de nosotras definidas como "diferentes, marginales o 'en y contra'".

Cynthia Cockburn con su vida y su forma de estar en el mundo fue un ejemplo para muchas de nosotras. En 2016 enfermó de cáncer pero aún pudo hacer un trabajo sobre la vida de los refugiados políticos en Londres. En 2019, el cáncer se propagó y antes de que su estado de salud no le permitiera poder optar a una muerte digna, ella, que siempre había defendido la eutanasia, con la ayuda de Dignitas, eligió despedirse de todas nosotras el 12 de septiembre pasado. El 4 de enero de 2020 se celebró en Londres un memorial sobre su vida, su activismo y sus escritos en el espacio de Mujeres de Negro (Westminster Friends Meeting House).



eL corazón de Las mujeres se hace oír



Carme Valls Llobet

Endocrinóloga
Directora del Programa Dona, Salut i
Qualitat de Vida del CAPS

“Puede ser triste pero no sorprendente que las mujeres hayan sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria”.

Bernardine Healy. El Síndrome de Yentl¹

La falta de investigación en salud de las mujeres, y la suposición científica de que padecían las mismas enfermedades que los hombres, que éstas se presentaban con los mismos síntomas y que tenían la misma evolución, ha sido una de las primeras causas de que la salud de las mujeres sea todavía invisible para la ciencia médica y, tal como denunció Bernardine Healy en 1991, un verdadero sesgo de género en Cardiología.

¿Qué sabemos casi 30 años después?

Ahora por fin, empezamos a conocer mejor las diferencias del funcionamiento cardíaco entre mujeres y hombres. Son estas:

FUNCIONAMIENTO ELÉCTRICO DEL CORAZÓN

Desde el año 2010 se han desarrollado un gran número de estudios sobre el funcionamiento electrofisiológico del corazón, que señalan diferencias en la frecuencia cardíaca y en la manifestación gráfica (electrocardiogramas).

• Frecuencia cardíaca:

La frecuencia cardíaca de las mujeres en reposo es más elevada que la de los hombres².

o El denominado intervalo QT en los electrocardiogramas, que indica la relación entre las aurículas y los ventrículos, es más alargado entre las mujeres, lo que las hace más proclives a determinadas arritmias.

Ello es debido a que la expresión de las subunidades de canales de potasio en los ventrículos de las mujeres es inferior a la de los varones. Los intercambios de potasio en los ventrículos están influidos por las hormonas sexuales, estradiol, progesterona y testosterona. Las mujeres manifiestan incluso variaciones cíclicas del intervalo QT por efecto de los estrógenos y progesterona durante el ciclo menstrual.

• Arritmias cardíacas:

Estas diferencias explican las diferencias en las arritmias cardíacas de los dos sexos.

- o Por ejemplo, las mujeres tienen más riesgo de mortalidad causada por algunos fármacos que alargan el período QT (lo cual produce una taquicardia con torsade de pointes ventricular)
- o Mientras los hombres tienen más riesgo de fibrilación auricular.
- o Aunque la incidencia y prevalencia de fibrilación auricular es inferior entre las mujeres, dado que tienen mayor esperanza de vida que los hombres, y la fibrilación aumenta con la edad, el número absoluto de mujeres con fibrilación auricular excede al número de hombres que la padecen.
- o Existen algunas características diferenciales en la presentación de este tipo de arritmia: las mujeres presentan mayor sintomatología, más síntomas atípicos y presentan peor calidad de vida.
Así pues, el sexo femenino es un factor de riesgo independiente para la muerte o ictus que se atribuye a fibrilación auricular.
- o Por otro lado, la incidencia y prevalencia de arritmias ventriculares sostenidas y de muerte súbita, son inferiores en mujeres que en hombres.
- o También se han reconocido diferencias en la presentación clínica, en la respuesta al tratamiento, en los resultados de la fibrilación auricular y en la presentación de arritmias ventriculares sostenidas y de muerte súbita cardíaca.

En las mujeres son más frecuentes³ las siguientes arritmias:

- Enfermedad del nódulo sinusal
- Taquicardia sinusal inapropiada
- Taquicardia ventricular idiopática del ventrículo derecho,
- Síndrome de QT largo congénito y adquirido

En cambio, en los varones, es mayor la prevalencia de:

- Bloqueo auriculoventricular
- Hipersensibilidad del seno carotídeo
- Fibrilación auricular
- Taquicardia supraventricular con vía accesoria
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White
- Taquicardia ventricular por reentrada
- Fibrilación ventricular y muerte súbita
- Síndrome de Brugada

HIPERTENSIÓN

La definición de hipertensión por parte de la asociación Americana de cardiología en 2017, ha definido la hipertensión como aquella que presenta más de 130 mmHg de tensión sistólica y más de 80 mmHg de diastólica.

No se conocía hasta hace poco tiempo si ya en etapas jóvenes existía tendencia hacia la hipertensión, pero en este campo se han encontrado diferencias en 2018⁴ en el estudio Enigma. Los jóvenes presentaron un fenotipo cardíaco con incremento de algún tipo de hipertensión, y las jóvenes presentaron un fenotipo vascular, con más resistencia vascular periférica y un incremento del pulso aórtico. Si hay ya diferencias desde el principio de la juventud en la forma en que se desarrolla la hipertensión entre mujeres y hombres, se deberán también planificar diferencias en la prevención de la hipertensión.

También entre atletas jóvenes se han encontrado diferencias en el Electrocardiograma de ambos sexos⁵, cuya realización es obligatoria para evaluar los riesgos cardíacos entre los deportistas. Las mujeres atletas tienen una frecuencia cardíaca más elevada en reposo y mayores intervalos QT. Los varones atletas tienen un voltaje distinto que les predispone a la hipertrofia ventricular y más frecuente bradicardia sinusal. Mientras ellas presentan mayor arritmia sinusal. Estas diferencias deberían ser consideradas para evaluar los riesgos de los jóvenes atletas.

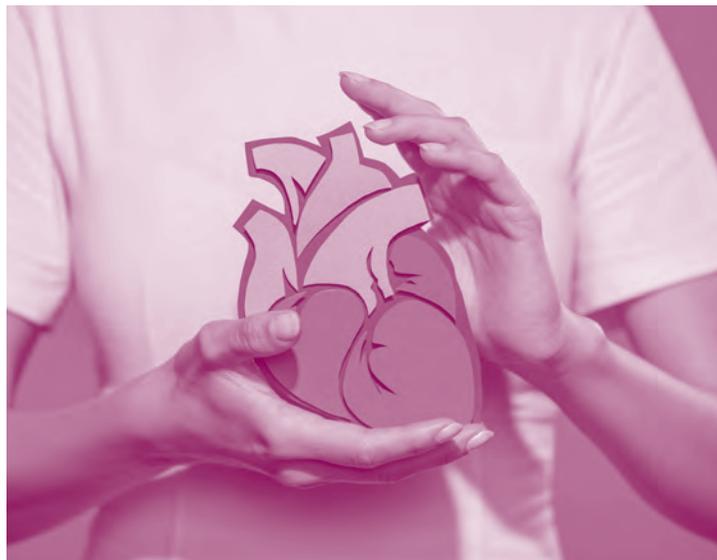
INFARTO

El envejecimiento del corazón, y la mayor tendencia a presentar infartos de miocardio entre las mujeres después de la menopausia, no se ha podido explicar por la disminución de los niveles de estrógenos, ya que la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) incrementó los infartos en lugar de prevenirlos como prometía. En cambio, una nueva mirada sobre los mecanismos de la enfermedad cardiovascular, señala como nueva causa el estrés oxidativo celular que altera la función mitocondrial y aumenta la inflamación arterial.

Siguiendo estudios previos en animales, se ha podido comprobar en mujeres⁶ la existencia de unos enzimas celulares, las sirtuinas, que disminuyen con la edad y sí dependen de los estrógenos. Al disminuir su presencia en el corazón de las mujeres al envejecer, aumenta el número de macrófagos cardíacos y citoquinas proinflamatorias, y disminuye la defensa oxidativa mitocondrial. Estos cambios de la energía celular no se han demostrado en las células cardíacas de hombres. Estos avances en el conocimiento de la fisiopatología del envejecimiento cardíaco diferencial abren espacios para iniciar nuevos tratamientos cardiovasculares preventivos entre mujeres.

ICTUS

Se han podido constatar también diferencias en los factores de riesgo de accidentes vasculares cerebrales entre mujeres y hombres⁷.



Las mujeres presentan mayores niveles de glucosa en ayunas, de colesterol total y triglicéridos, que los hombres, y una hiperlipidemia mayor. Pero menos consumo de tabaco y alcohol. Entre los hombres el factor de riesgo más importante fue un incremento de la tensión arterial diastólica.

Tras bypass de arterias coronarias en pacientes con insuficiencia cardíaca, también se han comprobado diferencias en las complicaciones posteriores⁸: la incapacidad para la vida diaria fue una complicación más frecuente que la muerte, pero entre las mujeres se constataron niveles más altos de discapacidad que entre los hombres, unido a mayores niveles de insuficiencia cardíaca.

ARTERIOESCLEROSIS

La enfermedad cardiovascular arterioesclerótica es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en el mundo, siendo la causa de por lo menos un tercio de la de las mujeres en todo el mundo.

Comparadas con los hombres que la padecen⁹, las mujeres experimentan unos niveles más pobres de comunicación con los profesionales que las atienden, niveles más bajos de satisfacción con la asistencia recibida, menores puntuaciones de niveles de calidad de vida, y menores niveles de salud percibida.

SESGOS DE GÉNERO EN LOS TRATAMIENTOS

- Las mujeres a las que se implantan **desfibriladores** para cardioversión en la insuficiencia cardíaca, para la **prevención primaria de la muerte súbita**, se benefician más que el hombre ya que presentan menores arritmias ventriculares sostenidas que ellos. Sin embargo, en la práctica cotidiana, es menos probable que se envíe a las mujeres a que se les implanten dichos desfibriladores a pesar de las recomendaciones en las actuales guías de práctica clínica. Por otro lado, es más probable que las mujeres sufran complicaciones al implantarse el desfibrilador que los hombres. Las complicaciones son neumotórax, hematoma, tamponada cardíaca, y complicaciones mecánicas. Se necesitarán más estudios para saber si las diferencias

por sexo en las decisiones sobre los tratamientos reflejan las preferencias de las pacientes o sesgos en los tratamientos.

- La terapia anticoagulante oral para la **prevención del ictus** tiene una eficacia similar para mujeres y hombres, pero las mujeres mayores tratadas con Warfarina presentan un riesgo mayor de presentar ictus que los hombres. Sin embargo, es menos probable que las mujeres reciban terapia antiarrítmica, cardioversión eléctrica o ablación por catéter, en comparación con los hombres
- Aunque las guías para tratar a las mujeres con enfermedades cardiovasculares recomiendan la **rehabilitación cardíaca** después de haber sufrido un proceso agudo, las mujeres son menos derivadas a rehabilitación y, en el caso de que sean enviadas, es menos probable que la hagan. Además de que alegan¹⁰ que deben atender a sus familias y no pueden asistir a las sesiones, los programas actuales no son bien aceptados por la mayoría de las mujeres. Se ha sugerido que las mujeres deberían tener programas de rehabilitación de acuerdo con sus necesidades más específicas, con horarios y fórmulas de ejercicio más flexibles.

LA GUÍA PARA PREVENCIÓN

El objetivo de una guía o protocolo debería ser disminuir mortalidad y morbilidad y mejorar calidad de vida de las/los pacientes, pero la extensión en que se integra el sexo y el género en las guías de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las enfermedades es aún escaso.

Dado que desde 1984, más mujeres que hombres han muerto cada año de enfermedad cardiovascular, en 2007 la Asociación Americana de Cardiología (AHA) publicó su Guía para prevención de enfermedad cardíaca y accidente vascular cerebral para mejorar la asistencia de las mujeres. Fue la primera guía específica destinada a mujeres en enfermedad no específica por sexo. Y fue revisada y actualizada en 2011¹¹ (traducida en parte en la revista *MyS*¹²), seguida por ulteriores versiones, además de un posicionamiento sobre la prevención del ictus en mujeres¹³, y sobre el infarto de miocardio¹⁴.

CONCLUSIÓN

Se han constatado diferencias entre mujeres y hombres en todos los aspectos y enfermedades cardiológicas, desde los síntomas a los diagnósticos, al tratamiento y a la rehabilitación. Cuando hace treinta años los investigadores excluyeron a las mujeres de todos los trabajos de investigación cardiovascular, con el sesgo científico de que estudiando a los hombres ya estaban ellas incluidas, no podían imaginar la cantidad de matices que habían sido omitidos. La doctora Bernardine Healy, fallecida prematuramente en 2011, puede descansar tranquila, la sociedad de cardiología, a la que sacudió científicamente en 1990 por haber olvidado a media humanidad, va en estos momentos a la cabeza de la atención diferencial de mujeres y hombres, aunque aún falte mucho camino por recorrer.

REFERENCIAS

1. Healy, B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med.* 1991; 325(4):274-6
2. Gillis AM. Atrial Fibrillation and Ventricular Arrhythmias: Sex Differences in Electrophysiology, Epidemiology, Clinical Presentation, and Clinical Outcomes. *Circulation.* 2017 Feb 7;135(6):593-608
3. Bernal, O y Moro, C. Arritmias cardíacas en la mujer. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59(6):609-18.
4. Nardin Ch, Maki-Petaja KM, Mies KL et al. Cardiovascular Phenotype of Elevated Blood Pressure Differs Markedly Between Young Males and Females. *The Enigma Studio. Hypertension.* 2018;72:1277-1284
5. Corici OM, Mirea-Muntenau O, Donoiu I et al. Gender-Related Electrocardiographic Changes in Athletes. *Current Health Sciences Journal.* 2018. 44:1, 29-33
6. Barcena de Arellano, ML, Pozdniakova, Kühn AA et al. Sex differences in the aging human heart: decreased sirtuins, proinflammatory shift and reduced anti-oxidative defense. *AGING* 2019; 11(7).
7. Pang H, Fu Q, Cao Q et al. Sex differences in risk factors for stroke in patients with hypertension and hyperhomocysteinemia. *Scientific reports. Nature research.* 2019. 9 14313.
8. Sun L, Tu J, Lee D et al. Disability-free survival after coronary artery bypass grafting in women and men with heart failure. *Open Heart* 2018;5:
9. Okunrintemi V, Valero-Elizondo J, Patrick B et al. Gender Differences in Patient-reported Outcomes Among Adults With Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *J Am Heart Assoc.* 2018; 7:
10. Kuehn BM. Women May Benefit From Cardiac Rehabilitation Programs Tailored to Their Specific Needs. *Circulation.* 2017;135:162-613
11. Lundberg G, Dunbar S & Wenger N. Guidelines for the Reduction of Cardiovascular Disease in Women. *JOGNN* 2016.
12. Guía para la prevención de enfermedades cardiovasculares: recomendaciones clínicas para mujeres. *Intervenciones sobre estilos de vida. MyS* 23, 2008, pg 24-25
13. Bushnell C, McCullough LD, Awad IA et al. Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45:1545-8
14. Metha LS, Beckie TM, De Von HA, et al. Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2016; 133:916-47

violencias invisibles a plena Luz

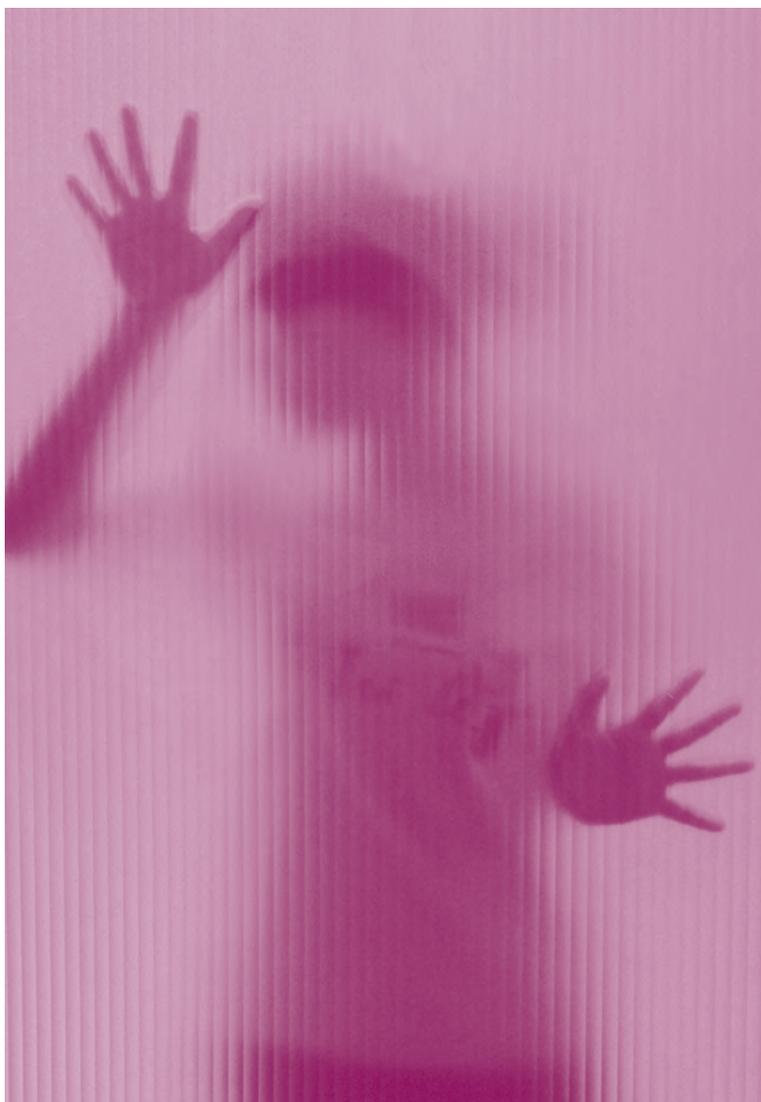
Margarita López Carrillo

El tema central desde el que nuestra revista despliega su mirada es: la salud y el cuerpo de las mujeres como territorio soberano de sus propietarias.

Este punto de vista pone en primer plano consecuencias de la violencia que desde otros abordajes quedan algo desenfocadas. Desde luego, a nadie se le escapa que la violencia física tiene consecuencias directas en la salud de las mujeres que la padecen, pero la relación causa-efecto entre la violencia psicológica y la salud ya no es tan fácil de apreciar si no se tiene el "ojo" entrenado.

De hecho, muchas de las médicas y enfermeras de nuestra red nos han contado que necesitaron un aprendizaje especial antes de empezar a atar cabos y comprender que esas pacientes tan "pesaditas", que venían una y otra vez a la consulta con problemas de salud menores pero permanentes, estaban delatando con sus síntomas una realidad escondida incluso para ellas mismas: la de vivir en permanente estado de miedo, tensión, estrés, culpa... producido por relaciones de pareja más o menos explícitamente violentas.

Pero hay un nivel aún más sutil de relación entre violencia de género y salud de las mujeres. Se trata de esa violencia de las inequidades y las desconsideraciones normalizada por la repetición, por el "esto es así de toda la vida" que impregna las condiciones de vida y trabajo de las mujeres en todo el planeta.



Es una violencia, que podríamos llamar de baja intensidad que cuenta con nuestra colaboración inconsciente, gracias a la interiorización de la subordinación, de la que habla Ana Távara en su editorial. Y con la colaboración de toda la sociedad y sus instituciones gracias a la naturalización de roles y conductas, como veremos en los distintos textos que componen este dossier.

Como ya planteó Emilce Dio, en su libro "La depresión en la mujer", los mandatos de género coinciden sospechosamente con los síntomas de la depresión. Y, puesto que sabemos que la depresión, o su versión suave, la baja autoestima, en tanto "deprime" el organismo, es por sí sola una puerta a otras enfermedades, es fácil, si se sabe cómo mirar, percibir lo enfermantes que pueden llegar a ser esas violencias que de tan acostumbradas resultan invisibles a plena luz.

EL PODER DE LAS VIOLENCIAS INVISIBLES en nuestros cuerpos



Mónica Ortiz Rios
Psicóloga / Sexóloga

Aunque por suerte, la mayor parte de las mujeres no son víctimas de la violencia directa y manifiesta, todas y todos vivimos inmersos en un sistema socioeconómico y político caracterizado por el sexismo y el heteropatriarcado. En este contexto, el mantenimiento de este status quo depende de un andamiaje que sustenta dicha estructura. Forman parte de este andamiaje los distintos tipos de violencias contra las mujeres, unas veces sutiles y cotidianas, a veces invisibles, y otras descaradas y manifiestas que dan como resultado una situación de victimización de género que afecta su calidad de vida y su bienestar físico y psicológico.

Pero, no por invisibles a los ojos y la consciencia significa que no dejan huellas en nuestras vidas, cuerpos e identidades. Como Elisabeth Young-Bruehl¹ manifiesta, en una sociedad sexista "Las mujeres llevan las marcas de los conflictos en sus cuerpos y mentes".

Las violencias como filtro y contexto de nuestros sentidos

En 2018 llevé a cabo, junto con algunas compañeras, un taller para experimentar entorno a las violencias y cómo nos influyen en nuestros cuerpos y en nuestras emociones. Le llamamos Las violencias como filtro y contexto de nuestros sentidos. La hipótesis de partida es que recibimos violencias de distintos niveles que absorbemos sin ofrecer resistencia, que nos impiden hacer un buen uso de nuestros sentidos y que dejan una huella física y emocional. Las premisas básicas del taller fueron: Voluntariedad, Respeto y Libertad para dejar de participar en cualquier momento.

Generamos 5 situaciones donde todas las personas, 27 mujeres y 2 hombres, recibían simultáneamente dos estímulos, uno agradable y uno desagradable, con los ojos tapados por un antifaz. Tras cada experiencia, parábamos e íbamos observando con mucho cuidado que todo el mundo estuviera bien, les destapábamos los ojos, nos sonreíamos, relajábamos un poco, escribían las palabras que se les venían a la cabeza que definieran la experiencia e iniciábamos el siguiente experimento. Nadie se retiró de ningún experimento a pesar de muchas caras de tensión y desagrado. Al acabar, hicimos un círculo donde nos contaban lo experimentado y cómo les habían hecho sentir: incómoda, confusa, con miedo, desconcertada... Fueron



varias las personas con las que tuvimos que quedarnos un rato después, incluso varios días después, para regular emocionalmente su situación. Aún hoy sigo intentando procesar todo lo que allí sucedió y permanece instalado en mi cabeza el pensamiento sobre las múltiples maneras en que hemos aprendido a negar las señales obvias que nos ofrece el cuerpo, cómo toleramos y acogemos situaciones violentas y agotadoras a pesar de sus repercusiones sobre nuestro cuerpo. Todo para lograr ser aceptadas o queridas o...

Sexismo

Peter Glick y Susan Fiske², partiendo del concepto de sexismo entendido como la ideología mediante la cual un orden social y por tanto cultural es presentado como natural (prejuicio o discriminación en función del sistema sexo género que cristaliza en una clasificación de las mujeres como tradicionales o buenas, no tradicionales y sexis), plantean la idea de Sexismo Ambivalente (SA). En su teoría, se postula que el sexismo se encuentra en una profunda contradicción o ambivalencia que da nombre a su concepto y que, tanto la hostilidad (Sexismo Hostil - SH) como la benevolencia (Sexismo Benevolente - SB), forman parte de un mismo discurso que perpetúa la estructura de poder.

El SA pone sobre la mesa una doble cara aparentemente contradictoria del sexismo cotidiano que se interrelacionan y nutren mutuamente a través de tres fuentes principales: paternalismo protector, diferenciación complementaria de género e intimidad heterosexual.

Lo revelador del SA es que nos muestra un juego cuyo fin es mantener la dominación masculina a través de conductas directamente hostiles hacia las mujeres o aparentemente benévolas con ellas que cumplen las funciones de castigo o refuerzo. Es decir, la mujer feminista o aquella que transgrede la norma es castigada a través del SH y aquella que es buena y mantiene una vida dentro de los cánones y no cuestiona la supremacía masculina es premiada con el SB, pero el fin es el mismo, el uno existe porque es legitimado por el otro.

SEXISMO AMBIVALENTE	SEXISMO HOSTIL	SEXISMO BENEVOLENTE
Paternalismo	Paternalismo dominador La mujer incapaz. El hombre dominante.	Paternalismo protector La mujer frágil. El hombre protector.
Diferenciación de género	Diferenciación competitiva La mujer se ocupa de lo doméstico. El hombre se ocupa de gobernar.	Diferenciación complementaria La mujer como entregada y sensible. El hombre como seco y menos puro.
Heterosexualidad	Dominación heterosexual Las mujeres son manipuladoras y usan el sexo para tener el poder. Los hombres tienen que ser listos para no dejarse dominar y tener sexo.	Intimidad heterosexual La relación sexual heterosexual es la forma idílica de mayor intimidad y cercanía emocional para el hombre y es el ideal de felicidad

Cosificación

Una de las herramientas más potentes del sexismo es la cosificación. La teoría de la cosificación fue planteada en 1997 por Barbara Fredrickson y Tomi-Ann Roberts³ y en ella se expone cómo las mujeres son valoradas exclusivamente por su cuerpo y esto lleva a una interiorización, una autocosificación donde es la misma mujer la que se convierte en observadora y jueza de sí misma, en una hipervigilancia de la apariencia corporal. Las consecuencias pasan por vergüenza, ansiedad y reducción de la conciencia de los estados internos corporales.

La relación que las mujeres tenemos con nuestro cuerpo afecta a todas las esferas de nuestra vida, como bien nos mostró Naomi Wolf en su obra *El mito de la Belleza*⁴. Este mito se nutre directamente de una idea fantasiosa sobre la perfección de los cuerpos de las mujeres, que nos convierte en objetos sexualizados e infelices... Pero, como en la sociedad patriarcal la infelicidad no está bien vista, se genera la falsa idea de lograr la felicidad si alcanzas el estereotipo de belleza, en esto consiste precisamente la cosificación, en alienar el cuerpo de todo resquicio de alma.

Y aunque la cosificación se observa también en hombres, se hacen lecturas diferentes, ya que el modelo sexual en que estamos inmersos implica que la sexualización del hombre los sigue colocando en un lugar preferencial de poder, mientras la sexualización de la mujer, y el posible disfrute que algunas puedan sentir por ello, representa una muestra más de sexismo benevolente donde son premiadas por ajustarse efímeramente a la norma y subordinarse al rol sexual femenino. Rosa Cobo lo nombra como una sobrecarga de la sexualidad⁵ ya que, en esta posición de objeto, donde la maternidad y la reproducción ocupan un espacio vertebral, es necesario dejar cabida a cierta sexualización que permita hacer mejor de objeto de seducción, y en esto el aliado necesario es la cosificación interiorizada. Es este canon de belleza exigente, al que las mujeres nos forzamos a encajar sin que medie la salud ni el placer, el que nos ofrece como supuesta recompensa la mirada condescendiente masculina y una promesa ilusoria de llegar por fin a cumplir la expectativa sobre nosotras para por fin merecer ser queridas.

El mensaje llega alto y claro para nosotras: nuestro cuerpo y la cosificación sexualizada debe ser el centro de nuestras vidas. Susan Berg⁶ elabora un estudio con resultados muy reveladores que nos hablan del sexismo extendido de forma silenciosa y generalizada por toda la sociedad:

- El 100% de la muestra de 382 mujeres han experimentado sexismo a lo largo de su vida
- El 100% de la muestra lo experimentaron en el último año
- El 98% informó haber escuchado bromas sexistas durante su vida
- El 94% ha sido acosada sexualmente
- El 87% ha experimentado sexismo por extraños
- El 87% ha experimentado sexismo por parte de sus empleadores
- Más del 83% ha experimentado un comportamiento sexista por parte de su novio o cónyuge
- El 80% experimentó sexismo por parte de colegas
- Más del 75% por parte de los maestros
- Casi el 61% experimentó sexismo en el trabajo
- Más del 66% experimentaron sexismo en sus familias
- Más del 63% fueron víctimas de agresiones físicas.
- El 79.7% de todas las encuestadas sintieron que sus vidas serían diferentes si no hubieran sido tratados injustamente porque eran mujeres
- Más del 77% de las encuestadas refieren problemas serios de relación (el 90% eran heterosexuales, luego se refieren en su mayoría a problemas entre mujeres y hombres)
- El 56,7% ha experimentado abuso emocional o verbal dentro de la relación
- Más de la mitad de la muestra fueron abusados emocional o verbalmente
- Más de un tercio han sido agredidas físicamente por alguien que conocían
- Casi un tercio sufrieron abusos sexuales
- Casi un cuarto se vieron obligados a completar relaciones sexuales orales, anales o genitales.

El impacto en la salud

Como los datos reflejan, los actos de violencia sexista hacia las mujeres son un lugar común y estamos lejos de poder considerarlos hechos aislados. Es por esto que cada vez más se ve necesario ampliar la conceptualización sobre el trauma, que ha sido usualmente relacionado con eventos puntuales abrumadores o con situaciones sostenidas de maltrato evidente, ya que encontramos situaciones de opresión, discriminación y violencias menos visibles que pueden considerarse como traumas insidiosos⁷ o traumas por discriminación⁸ que afectan a la confianza en una misma y a la confianza en los demás.

De hecho, se va demostrando cómo los ambientes abusivos impiden el desarrollo de patrones de autocuidado a través de la internalización de dichos abusos: anular o bloquear sensaciones corporales, ignorar la información que te dan las emociones, cuidar de otros mejor que de una misma, relacionarse con gente que no te trata bien, aguantar situaciones dañinas, permitir la invasión del espacio propio, dudar para defender los derechos propios o no hacerlo, hacer cosas perjudiciales para una misma, comportamientos autodestructivos, consumo de drogas o alcohol de manera abusiva, dietas insanas, no poder pedir lo que se necesita, exigirse mucho, no poder aceptar cumplidos, no permitirse hacer cosas placenteras, no pedir ayuda, dar demasiado,...

Es posible que hayamos aprendido a sucumbir a estas violencias ante la falta de respuesta del entorno o ante el empeoramiento de la situación cuando nos rebelamos a esas violencias. En 2001 Swim⁹ demuestra que eventos de la vida cotidiana de las mujeres como los estereotipos de los roles de género, los comentarios sexualizados, los comportamientos degradantes o el lenguaje sexista empeoran la salud mental de las mujeres, y en 2001, Landrine y Klonnof¹⁰ encontraron que el sexismo cotidiano era mejor predictor de síntomas psiquiátricos en mujeres que otros factores de estrés.

En España, el diagnóstico de depresión (OMS, 2017) corresponde en un 20% a depresiones endógenas o biológicas y un 80% a exógenas o situacionales. Este 80% está ocupado en un 30% por hombres y en un 70% por mujeres.

Lo que nos vienen a decir estos datos, es que las fuentes de estrés externas para las mujeres son mucho mayores que para los hombres y que existe una violencia estructural que debe ser tenida en cuenta en los criterios diagnósticos y en las intervenciones de salud. Young-Bruehl afirma, en una sociedad sexista "las mujeres llevan la marca de los conflictos en sus cuerpos y mentes", Alice Miller nos informa de que "El cuerpo nunca miente" y Van der Kolk que "El cuerpo lleva la cuenta" y esto sucede aunque los abusos sean invisibles o disfrazados para muchos.

Un apunte sobre Sexualidad

Los criterios médicos para el diagnóstico de las disfunciones sexuales no tienen en cuenta el sobreprotagonismo de la pe-

netración heteronormativa ni el contexto sexista en el cual se desarrolla la sexualidad de las personas. La sexualidad para las mujeres queda reducida a lo reproductivo en esta "heterorganización" binarista y limitado a la reproducción y a la seducción, quedando muy lejos del placer. Este alejamiento de lo placentero como vertebración de la sexualidad va activando mecanismos defensivos en el cuerpo y es desde esta óptica desde la cual podemos entender mejor algunos diagnósticos sexológicos: vaginismo, ausencia de deseo, de excitación o de orgasmo. El cuerpo estaría respondiendo de manera lógica ante la ausencia de placer, la violencia, el trauma insidioso estructural y la intromisión en los límites personales. Nos encontraríamos ante una desexualización, una disociación de partes de nosotras mismas, de partes de nuestro cuerpo, de sensaciones e incluso de emociones, buscando continuar con nuestras vidas como si nada hubiese pasado. El lugar hacia el que caminar debería ser el de eliminar la sobrecarga sexual, haciendo uso del feminismo como herramienta para lograr cuerpos y placeres libres, diversos y emancipados.

REFERENCIAS

1. Elisabeth Young - Bruehl. The anatomy of prejudices. Harvard University Press, 1998.
2. Peter GLICK y Susan FISKE. Hostile and benevolent sexism: Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of women quarterly*, 1997; 21 (1): 119-135.
3. Barbara Fredrickson y Tomi-Ann Roberts. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, 1997; 21(2): 173-206.
4. Naomi Wolf and Lucrecia Moreno. El mito de la belleza. Barcelona: Emecé, 1991.
5. Rosa Cobo Bedia. "El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad." *Investigaciones feministas* 6 (2015): 7-19.
6. Susan H. Berg "Everyday sexism and posttraumatic stress disorder in women: A correlational study." *Violence Against Women* 12.10 (2006): 970-988.
7. Maria PP. Root. "Reconstructing the impact of trauma on personality." *Personality and psychopathology: Feminist reappraisals* (1992): 229-265.
8. Verónica Navarrete Vivero and Sharon Rae Jenkins. "Existential hazards of the multicultural individual: Defining and understanding". *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 1999; 5 (1): 6.
9. Janet K Swim et al. "Everyday sexism: Evidence for its incidence, nature, and psychological impact from three daily diary studies." *Journal of Social Issues*, 2001; 57 (1): 31-53.
10. Hope Landrine and Elizabeth A. Klonoff. "The schedule of racist events: A measure of racial discrimination and a study of its negative physical and mental health consequences." *Journal of Black Psychology*, 1996; 22 (2): 144-168.

GÉNERO, AGUA Y JUSTICIA CLIMÁTICA Porqué Las mujeres no usan Los aseos en Los campos de refugiados



Sara López García
Médica

Actualmente, en muchas culturas de todo el mundo, la recolección y gestión del agua en los hogares está asociada con mujeres y niñas. En el 80% de los hogares donde el agua no está disponible en las instalaciones, son las mujeres y las niñas las responsables de su recolección². Las mujeres y las niñas caminan largas distancias para recoger agua para uso doméstico e higiénico. Esto tiene efectos directos sobre la salud de estas mujeres, como daños musculoesqueléticos y estrés crónico². El cambio climático agrava la escasez de agua y exacerba el impacto social de las sequías, lo que aumenta el tiempo y el esfuerzo necesarios para la recolección de agua y produce un mayor impacto en las mujeres y las niñas en todo el mundo³. Además, cuando una mujer o niña recolecta agua, está utilizando un tiempo y energía valiosos que podría invertir en ir a la escuela o en realizar otra actividad económica, lo que obstaculiza su independencia, empoderamiento y autoestima. Por ejemplo, en lugares de Tanzania y Yemen, la disminución de 1 hora en el tiempo de recolección de agua aumentó la matriculación de niñas en la escuela 9 y 19% respectivamente². Además, cuando una mujer invierte su tiempo en recolectar agua, paradójicamente no tiene tiempo para estar involucrada en las tareas de toma de decisiones y, por lo tanto, hay riesgo de que el tema del agua se desplome en la lista de prioridades de la comunidad.

Género y gobernanza del agua

Las mujeres están presentes de forma minoritaria en la gobernanza del agua, o lo que es lo mismo, aquellos procesos políticos e institucionales a través de los cuales se toman e implementan decisiones relacionadas con el agua. Por lo tanto, tienen menos poder y control sobre los recursos hídricos. Por ejemplo, en todo el mundo los ministerios del agua representan el ministerio con menor presencia de "puntos focales de género"⁴. La perspectiva de género rara vez se incluye en políticas y programas de alto nivel. De hecho, en 2013 sólo el 35% de los países contemplaba aspectos de género en sus políticas

y programas relacionados con el agua⁴. Las mujeres en los puestos de gobernanza del agua son esenciales para permitir un enfoque equitativo e inclusivo de los recursos hídrico⁵.

El Grupo de Mujeres de Tegemeo en Tanzania es un ejemplo de cómo las mujeres que participan en la gobernanza del agua mejoran las condiciones de vida de las comunidades donde viven. Este grupo de mujeres tanzanas se unió para organizar el cambio que necesitan sus comunidades: infraestructura para proporcionar agua a las 12.0000 personas que viven en el área de Mweteni, para que su carga como recolectoras de agua pudiera aliviarse (9). Es un hecho: involucrar a las mujeres en la gobernanza del agua hace que los proyectos de agua sean hasta 7 veces más eficientes⁴.



La insuficiente representación en la gobernanza se remonta, entre otros factores, a la **discriminación legal** de las mujeres en muchos países del mundo. La tenencia de la tierra y el agua está estrechamente relacionada con el poder y el control sobre el agua. Según el informe global sobre la brecha de género (*Global Gender Gap*) de 2018 del Foro Económico Mundial "las mujeres tienen el mismo acceso a los servicios financieros que los hombres en solo el 60% de los países, y a la propiedad de la tierra en solo el 41% de los países"⁵. Esto relega a las mujeres a una posición vulnerable para acceder al agua y disminuye su capacidad de gobernanza. En Vietnam, por ejemplo, los arrozales de hogares encabezados por mujeres rinden un 20% menos debido al acceso desigual al agua⁴.

Asimismo, la privatización del agua afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Esto se debe a que la privatización de la distribución produce un aumento de los precios que afectan a las poblaciones más pobres, donde las mujeres son mayoría. Además, el control privado del agua está relacionada con el empeoramiento de las condiciones de trabajo en los puestos más precarios, muchas veces en manos de mujeres⁶. No podemos olvidar que la perspectiva de género y la inclusión del conocimiento y la experiencia de la comunidad no es una prioridad del sector privado⁶.

En Bolivia, durante la guerra del agua de Cochabamba en 2000, las mujeres desempeñaron un papel clave en la defensa de la propiedad pública del agua. Esto tuvo efectos sobre la autoestima de las mujeres y la perspectiva de las comunidades sobre el papel de liderazgo de las mujeres, no solo en el tema del agua, sino en relación a la autoridad general de las comunidades⁷.

Además de la distribución también puede privatizarse el uso del agua, por ejemplo, cuando las empresas multinacionales obtienen preferencia en la explotación del agua en áreas de escasez hídrica. Esto generalmente va en detrimento de las comunidades rurales locales, moradoras de esas cuencas de agua. Muchas veces éstas son poblaciones indígenas y pobres, donde las mujeres llevan la carga de la gestión del agua y experimentan más de cerca las consecuencias cotidianas⁷.

Asunto de Paz

La gobernanza del agua con perspectiva de género no es solo un tema de equidad: es un asunto de paz. La gobernanza transfronteriza del agua es apremiante, ya que el 40% de la población mundial vive en una de las 310 cuencas fluviales transfronterizas que abarcan más de 150 países⁴. Los intereses confrontados por la propiedad del agua generan conflictos diplomáticos, como el existente desde 2011 entre Egipto e Etiopía, donde los intereses del agua sobre el río Nilo han estado en varias ocasiones cerca de abocar a ambos países a una guerra por el agua. Con el cambio climático, casos como éste serán cada vez más comunes, por lo que la labor diplomática será esencial. Se ha observado que las mujeres tienen mayor predisposición en cooperar para resolver conflictos, y que involucrar a las mujeres en conversaciones transfronterizas sobre el agua da como resultado políticas que colocan en el centro a las familias y a otras mujeres⁴, siendo esto esencial para el mantenimiento de la paz.



Género e Higiene

Además de satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas en torno a la salud menstrual, sexual y reproductiva, el saneamiento (baños) y la higiene también son indispensables para su desarrollo económico y social, contribuyendo a la igualdad de género y la consecución de sus derechos. Actualmente, en el mundo, 2 mil millones de personas carecen de agua potable y 4.5 mil millones carecen de instalaciones de saneamiento adecuadas¹. La falta de acceso al agua, saneamiento e higiene (WASH, *Water, Sanitation and Hygiene*, en sus siglas en inglés) afecta a las mujeres y niñas de manera desproporcionada, debido a factores sanitarios y culturales.

Efectos sobre la salud

A nivel sanitario, el aumento de la mortalidad materna está relacionado con enfermedades infecciosas (2,8), y la diarrea es una de las principales causas de muerte de niños menores de 5 años en países de bajos ingresos⁹. Un saneamiento deficiente está relacionado con la mitad de los casos de desnutrición en el mundo. La falta de higiene también está relacionada con el bajo peso al nacer debido a causas infecciosas como el anquilostoma, el origen más prevalente de anemia durante el embarazo⁸. Además, cuando se necesitan sustitutos de leche materna para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, la seguridad del agua se vuelve primordial⁸.

Los roles de género

Más allá de estos elementos clínicos, los roles de género juegan un papel esencial en el acceso desigual al WASH. En muchas culturas, la postura en cuclillas y expuesta requerida por las mujeres para miccionar o defecar, en espacios sin la privacidad adecuada se considera incompatible con la dignidad y la modestia que se esperan de ellas. En estos casos, las mujeres evitan la evacuación durante el día, lo que puede implicar abstenerse de comer y beber. Esto aumenta el riesgo de infecciones urinarias y deteriora su bienestar general. También aumenta la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia sexual², ya que las obliga a caminar solas en la oscuridad para encontrar lugares ocultos. La agresión sexual relacionada con la falta de saneamiento es un problema importante en la India, donde 600 millones de personas aún defecaban al aire libre en 2014. Recientemente, el gobierno indio ha asegurado que esa cifra se ha reducido casi a 0 dado a planes de saneamiento gubernamentales, aunque hay escepticismo desde algunos colectivos. Eliminar la violencia sexual relacionada con la defecación al aire libre que no puede solucionarse solo proporcionando baños seguros, sino también abordando la causa subyacente: la cultura de la violación. Esto implica cambiar la percepción de los hombres y los niños sobre los roles de género.

El género en todos estos casos descritos anteriormente no puede entenderse fuera de su contexto **interseccional**. La pobreza es un determinante subyacente para la gran mayoría de las mujeres y niñas que soportan la carga desigual de los efectos del agua y el cambio climático. Esto se ve exacerbado por elementos étnicos, de discapacidad o de minoría de género.

Un claro ejemplo de interseccionalidad es el de las mujeres de la casta Dalit de la India. Estas mujeres limpian manualmente, sin ningún equipo especial, los inodoros de las demás castas desde hace generaciones. Pertenecen a la casta de las Intocables, la más baja en el sistema de castas, y se ven empujadas por las expectativas sociales asociadas a su casta y a su género. Estas mujeres sufren estigmatización social y baja autoestima, así como múltiples impactos en la salud, como diarrea crónica, desnutrición o dolores de cabeza.

Otro ejemplo es como la Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género y Características Sexuales (SOGIESC, por sus siglas en inglés) puede determinar vulnerabilidad en el uso de los baños públicos. Los inodoros separados por sexo suponen un desafío para las personas transgénero en todo el mundo y se han dado casos de denegación de acceso, acoso verbal, abuso físico y, a veces, incluso el arresto de personas transgénero e intersexuales¹⁰. Las personas transgénero sufren violencia y acoso en los baños masculinos, y las mujeres se sienten amenazadas en los baños femeninos. Los baños sensibles a la diversidad de género son esenciales si pretendemos un saneamiento accesible para todxs.

La higiene menstrual

El manejo de la **higiene menstrual (MHM)** es otro problema que afecta a las mujeres, debido a los roles de género y el estigma que rodea la menstruación^(2,8). Las niñas evitan ir a la escuela durante sus días menstruales debido a la falta de privacidad o limpieza en los baños, o simplemente al estigma y los tabúes culturales⁹. Se ven obligadas a soportar humillaciones, vergüenza y ansiedad, impactando en su rendimiento⁹. Las maestras también se ven afectadas por un MHM inadecuado en las escuelas, comprometiendo la educación de toda la clase. Más allá del ámbito educativo, las mujeres en trabajos remunerados muchas veces no cuentan con un entorno adecuado para manejar su menstruación en su entorno laboral, especialmente las trabajadoras del sector informal asociado con la falta de infraestructura, por lo que se pueden ver obligadas a quedarse en casa y perder ingresos durante ese período. Por otro lado, todas las mujeres, pero especialmente las que hacen un trabajo doméstico no remunerado, se ven perjudicadas por el precio de los productos de higiene menstrual, que son un gasto ineludible y desproporcionado para ellas.

REFERENCIAS

1. UN Water. Policy Brief Climate Change and Water. 2019.
2. UN Women. Gender Equality in the 2030 Agenda: Gender Responsive Water and Sanitation Systems Issue Brief. 2018.
3. Nelson V, Meadows K, Cannon T, Morton J, Martin A. Uncertain predictions, invisible impacts, and the need to mainstream gender in climate change adaptations. *Gend Dev.* 2002;10(2):51–9.
4. Fauconnier I, Jenniskens A, Perry P. Women as change-makers in the governance of shared waters. *Women as change-makers in the governance of shared waters.* IUCN, International Union for Conservation of Nature; 2018.
5. World Economic Forum. The Global Gender Gap Report 2018. 2018.
6. Gender and Water Alliance U. Transversalización del enfoque de género en la gestión del agua. 2006.
7. Udaeta ME. Bolivia: La Vision y Participacion de las Mujeres en la Guerra del Agua en Cochabamba Bolivia. *Women for Water* ; 2001.
8. Water Aid. WASH and gender equality. 2013.
9. Hennegan J, Montgomery P. Do menstrual hygiene management (MHM) Interventions Improve Education and Psychosocial Outcomes for Women and Girls in Low and Middle Income Countries? *PLoS One.* 2016;
10. Boyce P, Brown S, Cavill S, Chaukekar S, Chisenga B, Dash M, et al. Transgender-inclusive sanitation: insights from South Asia. *Waterlines.* 2018 Apr 23;37(2):102–17.



Àngels Córcoles i Pàmies

Médica, Psicoterapeuta
y Coach Transpersonal
angcorcoles@gmail.com

Trabajo como psicoterapeuta desde hace más de 30 años. El tema de las relaciones tóxicas siempre me ha interesado, pero ha sido en los últimos años cuando me he dado cuenta de su alcance. Desde el punto de vista clínico los profesionales del ámbito "psi" nos hemos perdido en muchas ocasiones en consideraciones teóricas que nos han impedido ver el sufrimiento de las personas que se encuentran en esta situación. Por esta razón actualmente me dedico a ayudar a las mujeres a rehacerse de este tipo de relaciones.

La personalidad perversa-narcisista

Se ha insistido mucho en la perversión/masoquismo de las víctimas, cuando no es la estructura de personalidad habitual. Por el contrario, una relación tóxica se da entre una persona perversa-narcisista (PN) y una persona que se convierte en su víctima. La persona perversa-narcisista sabe lo que está haciendo pero la víctima no. Es un juego desigual. La víctima busca una relación de pareja en la que acaba sintiéndose incómoda y no entiende lo que está sucediendo. De hecho cuando se da cuenta del juego perverso de la otra persona suele dejar la relación y no la repite.

Cuando se inicia una relación tóxica "tot són flors i violes", todo es maravilloso. Todo va muy deprisa y muy bien. La víctima cree que ha encontrado su media naranja, o su alma gemela. ¿Por qué se produce esto? Porque la PN estudia al detalle las necesidades emocionales de la víctima, de manera que se presenta como la portadora de esas cualidades. También va muy rápido para que no pueda pensar, y darse cuenta de lo que está pasando. De una manera muy sutil le hace hablar de su historia, de sus gustos, de sus anhelos. Este escáner es lo que le permite presentarse como la pareja ideal. En este momento se produce un efecto de "encantamiento", de modo que la víctima queda presa de esta ilusión. Esta fijación en la etapa de seducción es muy importante porque es lo que argumentan las víctimas, una y otra vez, para continuar en la relación. Repetirán que al principio todo fue maravilloso y que por tanto pueden volver a esa situación. Progresivamente, como en el cuento de la rana en la olla de agua, la PN irá administrando sus dosis de maltrato, para que no lo pueda reconocer, y no se pueda escapar. Poco a poco la persona PN se va engrandeciendo, y la víctima se va apagando porque la PN se alimenta del malestar de los demás. Así, el propósito es ir desestabilizándola para obtener el suplemento narcisista del que se alimenta.

RELACIONES TÓXICAS y cómo rehacerse



La persona PN es una persona vacía, que se nutre del sufrimiento de la persona víctima. Se apodera de su energía, de su vitalidad, de sus conocimientos, de su dinero, de cualquier cosa que le pueda interesar. Progresivamente la PN le va a ir diciendo que hace las cosas mal, que es torpe, que no sabe. Le da a entender con miradas o gestos que sus aficiones son una tontería, que no es normal. Empiezan luego las vejaciones. Hay broncas los días importantes: el cumpleaños, el día de la madre/padre, o cualquier fecha importante para la víctima. La persona PN sabe cómo desestabilizarla. Sabe qué cosas le hieren, le angustian, le duelen. Cuando están a solas deja ir una bomba en forma de comentario. Cuando están acompañadas, la gente ve que la víctima es una persona inestable, que reacciona exageradamente a pequeños comentarios. En realidad se han perdido la mitad de la película. No han visto lo que pasaba entre bambalinas.

El maltrato puede ser realizado de manera abierta o encubierta. Cuando es de manera abierta es fácil de detectar. Cuando te insultan o te desprecian abiertamente te das cuenta de la relación que tiene tu malestar con ese comportamiento. Cuan-

do es encubierta cuesta mucho relacionarlo, de manera que hay personas que pueden tardar más de 20 años en detectar el origen de su malestar.

La persona PN cuida mucho su imagen, tanto a nivel físico, como su reputación. Tiene una imagen pública impecable. Puede ser el presidente de una ONG, de una asociación de vecinos, o alguien con mucho prestigio a nivel social. De modo que si la víctima explica lo que está pasando en casa no la suelen creer reforzando su imagen de persona insatisfecha y su aislamiento. No puede ser que alguien tan "bueno" haga estas cosas.

Las personas PN no aceptan sus fallos. Su creencia de que son perfectas les hace proyectar sus defectos en los demás. Así, cuando hacen daño, no asumen su responsabilidad y culpan a la otra persona de lo sucedido. El refuerzo narcisista hace que busquen la desestabilización expresa de la otra persona para sentirse bien. Cuando la víctima intenta solucionar los conflictos que van apareciendo o se queja de alguna de las cosas que la PN hace, suele recibir dosis doble de maltrato, porque la PN manipula la situación y le hace sentir culpable.

¿Y qué pasa con las víctimas?

Podríamos pensar que son personas poco lúcidas, cortas, que se dejan hacer lo que sea. No es así. Son personas brillantes, activas, inteligentes incluso superdotadas, y empáticas. Uno de sus principales problemas es que tienen baja autoestima, y no se escuchan. Suelen proceder de familias con uno o los dos progenitores con este tipo de estructura, presentando baja autoestima desde la niñez. Viven este tipo de trato como "normal" porque es lo que han conocido. Han tenido que adaptarse a sobrevivir en un entorno de maltrato psicológico en el que el amor de sus padres venía envenenado con las vejaciones. Los niños y las niñas tienen muy interiorizada su dependencia hacia los padres, y que sin ellos no pueden sobrevivir ni física ni emocionalmente. Esto hace que se construya la convicción de que si los padres no los quieren o los maltratan es porque tienen un defecto "estructural" que justifica no ser amados. Por su inmadurez psicológica todavía no pueden hacer una crítica del comportamiento de sus padres. La podrán hacer más adelante, pero la fantasía del defecto esencial quedará enquistada, y habrá que trabajarla a nivel psicoterapéutico.

Suelen idealizar a la persona PN, porque se presenta como alguien segura de sí misma, al contrario que ellas, que dudan de todo lo que sienten. Quieren ser "buenas" y esto les hace reprimir los sentimientos y actitudes que consideran "malos". Esta represión hace que se sientan atraídas por las PN, que muestran abiertamente lo que ellas rechazan. Tienen la tendencia a culpabilizarse por todo. Por un lado, debido a su "defecto esencial", por otro porque las PN proyectan su sentimiento de culpa sobre ellas. Así a la víctima le parece "normal" que todo sea culpa suya.

Son propensas a ser víctimas de "luz de gas". Es una de las formas más crueles de manipulación psíquica que toma el nombre de una película británica de 1940. La víctima es llevada de manera sistemática a dudar de su memoria, percepción o cordura y creer que para sobrevivir necesita a la persona que creó el problema. Al no oponer resistencia a relacionarse con PN, permite que la destruya, sin ser consciente de ello.

Tienen una tendencia natural a velar por las demás y no atender sus propias necesidades. Se sienten buenas cuando se sacrifican y egoístas cuando se cuidan. Muchas de las personas que se dedican a profesiones asistenciales tienen este tipo de personalidad. Ponen a la PN en el centro de su vida focalizándose en cambiarla. Creen que si deja de hacer lo que les hace sufrir, estarán bien. Perciben su malestar, pero no caen en la cuenta de escucharlo y utilizarlo como motor para conseguir la estabilidad emocional que desean.

Suelen tener miedo a dejar la relación porque piensan que no serán capaces de salir adelante por sí mismas. Les cuesta reconocer que la otra persona se alimenta de su malestar y por tanto, este estará siempre presente mientras estén juntas. Los intentos que puedan hacer para solucionar los conflictos en realidad son vanos, porque este deseo es sólo de ellas. La PN lo que va a hacer es aflojar para retenerla. Sin la víctima no puede sobrevivir. Cuando se dan cuenta del juego en el que están inmersas, es cuando tienen la capacidad de irse. Mientras alberguen un poco de esperanza de que la relación se puede sanar van a continuar allí.

Otra de las razones por las cuales la víctima decide permanecer en la relación cuando se da cuenta de lo que sucede, es que se ha hecho consciente de que la PN va a utilizar todos los medios posibles para retenerla, intensificando exponencialmente la violencia, a base de intimidaciones, chantajes, humillaciones, y agresiones físicas. Se ha quitado la careta y va a por todas. Esto se multiplica si hay hijos comunes.

También está presente el miedo a la soledad. La PN ha intentado, y muchas veces lo ha conseguido, alejarla de la familia, las amistades, y cualquier persona con la que se pueda relacionar. Si a esto le sumamos el hecho habitual de que la familia de la víctima suele tener una estructura PN, le es muy difícil encontrar una red de apoyo cuando decide dejar la relación. Esto lo hace más duro todavía. Suelen ser mujeres que no se quejan, de modo que cuando deciden separarse la gente de su entorno se suele sorprender porque nadie se había dado cuenta de lo que estaba pasando.

El lugar en que la persona PN pone a la víctima suele ser el lugar en el que la sociedad nos pone a las mujeres: sumisas, sin protestar, atendiendo a los demás, desatendiéndonos, sin opinión, y aguantando la violencia simbólica que recae sobre



nosotras. Esto facilita que las mujeres seamos más propensas a relaciones de este tipo porque lo tenemos interiorizado. Es lo que hemos mamado.

Una fantasía habitual de la víctima es que si la PN se trata psicológicamente la relación volverá a ser satisfactoria. Por esta razón reiteradamente intenta solucionar los conflictos, y solicitar terapia de pareja. La PN no tiene tratamiento. Como se cree perfecta, no hay ninguna brecha por donde entrar a nivel terapéutico. De hecho la terapia está contraindicada ya que sólo les sirve para aprender más técnicas de manipulación. A nivel externo la utilizan para dar a entender a todo el mundo que están haciendo un esfuerzo para salvar la relación. A nivel interno boicotean el proceso, dando la culpa a la otra parte de este fracaso.

El abordaje psicoterapéutico de las víctimas

Éste ha de hacerse teniendo en cuenta que han sido acusadas de todo, y se encuentran con la autoestima muy baja y mucho sentimiento de culpa. Se trata de ayudarlas a entender/aceptar con mucho tacto cómo han participado en esta situación sin ser conscientes de ello. Cómo han aceptado el maltrato, y lo tienen normalizado, para que lo puedan cambiar. Muchas se quejan de no haberse sentido entendidas por las profesionales de la salud mental a las que han acudido. Lo que he observado en mi consulta con más frecuencia es una mujer que se encuentra muy deprimida sin motivo aparente, que se da la culpa de todo y ha organizado su vida alrededor de otra persona. A

medida que va avanzando el tratamiento, reconoce cómo está siendo víctima o ha sido víctima de maltrato emocional.

¿Qué nos puede poner sobre aviso de que alguien se encuentra en una relación tóxica?

El sufrimiento, que puede aparecer en forma de ansiedad, angustia o malestar.

En un primer momento me centro en que tomen consciencia de la relación tóxica que han vivido. Al principio se suelen sorprender. Como lo más habitual es que no haya habido malos tratos físicos, lo suelen negar. Les explico la importancia de observar si siente angustia, si su cuerpo se pone rígido, incómodo, si tiene que ir al baño, o aparece dolor de cabeza o un nudo en el estómago o en la garganta cuando le ve o piensa que ha de verle. Pueden ser signos muy sutiles.

Habiendo realizado un trabajo interno adecuado aprenden a poner límites, a valorarse, a librarse de la culpa, a poner el foco en ellas para empezar a ser la persona más importante de su vida. Dejan de poner en primer término a los demás, como solemos hacer las mujeres. Esto las llena de una felicidad que muchas no han conocido anteriormente. No suelen repetir con otras parejas este tipo de maltrato.

Espero que esta información os haya ayudado a reconocer esta situación que muchas mujeres viven en silencio, y así tener más herramientas para acompañarlas a salir de este tipo de relaciones.

ESTUDIO: VIOLENCIA SOCIAL ENCUBIERTA HACIA LAS MUJERES y sus implicaciones en La salud



Marta Evelia Aparicio García

Profesora Titular, Universidad Complutense de Madrid

Agustina Vinagre González

Profesora Contratada, Universidad Internacional de la Rioja

Introducción

La violencia contra la mujer es uno de los problemas sociales y de salud más importantes reconocido como tal desde hace pocas décadas. Pese a que el término violencia carece de una definición clara debido a la enorme variedad de formas de entender este fenómeno en las diferentes culturas, sí que aparece asociado al concepto de violencia el término víctima. Es decir, siempre que hay violencia alguien va a sufrir las consecuencias de este acto.

La violencia ejercida puede ser explícita, es decir, ejercida de forma voluntaria, o bien puede ser una violencia ejercida por causa fortuita, sin ser consciente de que se está ejerciendo sobre otra persona. De hecho, en determinadas ocasiones la propia víctima puede estar participando sin ser consciente de ello de la situación de victimización, asumiendo que lo que sucede es "normal" o no puede ser de otro modo. Sin embargo, esto no evita en absoluto que la víctima sufra las consecuencias negativas de dicha situación, aumentadas, si cabe, por la indefensión asumida. Esto sucede especialmente en las formas de violencia más sutiles o encubiertas, también denominadas violencia simbólica.

Las mujeres somos víctimas de ambos tipos de violencia. Por un lado, sufrimos de violencias explícitas, físicas, psicológicas, sexuales, económicas, pero también vivimos determinadas situaciones que tienen que ver con la desigualdad de género que se pueden entender como violencias sociales encubiertas que padecemos de forma habitual por el hecho de ser mujeres. De hecho, en el año 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara de forma explícita que la sociedad falla a las mujeres en base a una discriminación por género. A partir de esta declaración, la organización Médicos del Mundo presenta un informe en el que afirma que, si los problemas de salud y falta de bienestar que presentan las mujeres en base a su género tuvieran su base en un virus, estaríamos en la fase 6 de alerta. Se trataría, por tanto, de una verdadera pandemia y por esta razón lo han denominado "El virus Eva". En este sentido, una mujer puede asumir que es ella quien debe llevar a cabo las tareas de cuidado de personas depen-

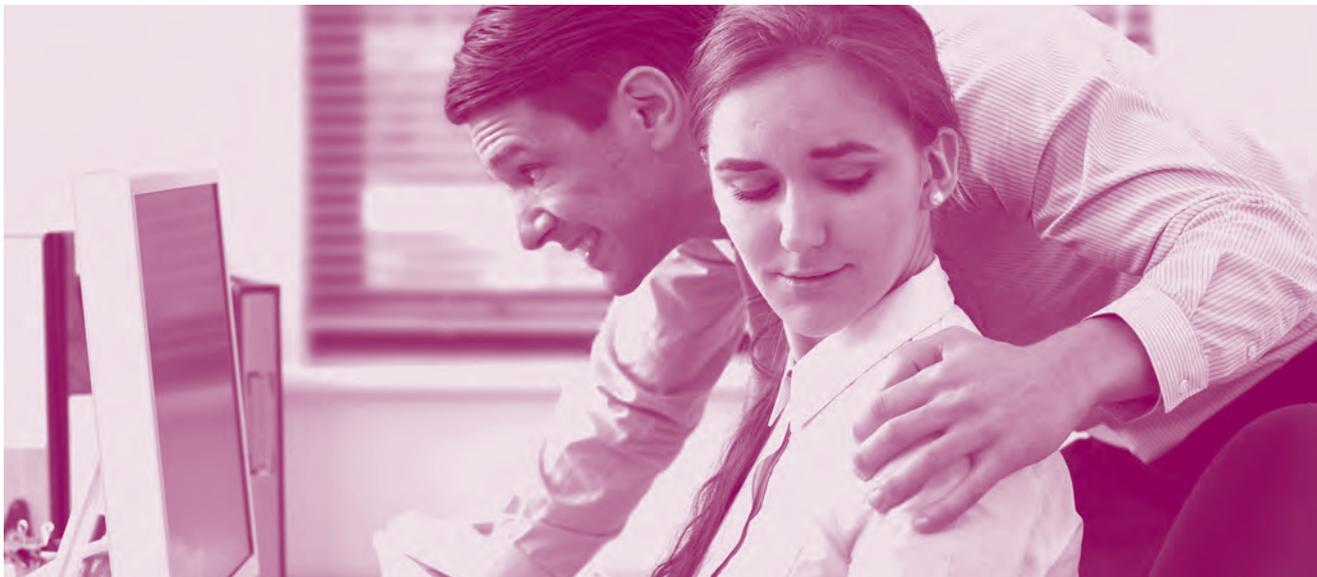
dientes de su entorno o allegadas a ella, como parte de los mandatos de género inherentes a su situación de ser mujer, pero eso no evita que sufra las consecuencias de tener que multiplicar sus horas de trabajo para poder atender a esas personas dependientes y al mismo tiempo tener que ocuparse de las tareas del hogar, su trabajo, etc., con el consiguiente agotamiento que ello pueda suponer, y las consecuencias que esto puede tener sobre su salud.

Podemos relacionar, por tanto, esta situación con una forma de violencia social a la que están sometidas las mujeres que tiene que ver con los mandatos de género que la sociedad promueve en ellas, considerándose que la feminidad tradicional hegemónica se constituye como factor de riesgo para la salud ¹. Se trata de una violencia simbólica, cultural, estructural y moral, que puede no ser percibida como tal ni tan siquiera por las propias mujeres que la sufren.

El patriarcado ejerce violencia sobre la mujer, ya que el hombre ejerce su dominio sobre la mujer y anula en ésta su derecho a la individuación o a ser definidas con entidad propia, lo que provocará consecuencias que afecten directamente al bienestar y la salud de la mujer ². Esta forma de violencia se refleja en la socialización diferencial donde hombres y mujeres son socializados según unos mandatos de género que interiorizan y que, a la larga, perjudican a las mujeres. Esta asunción de mandatos de género las somete a una victimización encubierta con una base claramente social y estructural. Existe una conformidad tal por parte de la mujer con estos roles que le lleva a asumir incluso como positivas las tareas asignadas en base a los estereotipos típicamente femeninos. De este modo se entienden como "inevitables" las consecuencias que puedan tener para su propia salud.

En las últimas décadas ha aumentado significativamente el número de investigaciones que asumen la necesidad de tener en cuenta esta socialización diferencial para trabajar en una igualdad real entre hombres y mujeres, pero no se llega a plantear de un modo objetivo cómo llevarlo a cabo.

Falta investigación académica sobre las formas de violencia que no son explícitas para poder trabajar en la prevención en intervención de estas formas sutiles ³.



Nuestro estudio

En primer lugar, se llevó a cabo una justificación del constructo VISEM (“Violencia Social Encubierta hacia la Mujer”) que se va a definir como:

“la victimización que está sufriendo la mujer en base a la socialización diferencial que le lleva a asumir como algo normalizado el papel que le asigna la sociedad en relación con tareas de cuidado, deberes maternos, estéticos, etc. Esta situación de algún modo la somete a la figura masculina y puede tener como consecuencia una peor calidad de vida y problemas de salud y bienestar, así como relacionarse con una mayor probabilidad de padecer formas de victimización más explícitas”⁴.

Para evaluar este constructo se elaboró un instrumento que pretende analizar cómo esa violencia está presente de forma encubierta en el día a día de las mujeres. A partir de la revisión teórica y la experiencia clínica, se listó una serie de ítems para evaluar aquellos mandatos de género que la sociedad promueve especialmente en las mujeres. El instrumento ha sido evaluado psicométricamente mostrando una alta fiabilidad y validez.

Estos mandatos se reflejan en el instrumento final en 7 factores:

1. **Maternidad:** Se refiere a la interiorización de los deberes maternos asumidos por las mujeres como resultado de aceptar y normalizar los mandatos de género presentes en la sociedad y los sentimientos de culpa que pueden aparecer ante la posible no aceptación de estos. La sociedad los asume como inherentes de la mujer y asocia la felicidad con la necesidad de ser madre, dando por hecho un vínculo especial entre madre e hijo/a que no existe con el padre.
2. **Amor romántico y pareja:** Se refiere a la actitud y percepción de las mujeres en cuanto a la importancia de mantener una relación de pareja estable y duradera para

considerarse plena y feliz. La mujer asume la tradicional dependencia del hombre en las relaciones sentimentales apoyada, en muchos casos, en la idea de amor romántico y la necesidad de encontrar a alguien con quien ser feliz para siempre. De este modo, el hecho de no encontrar una pareja que cumpla estas expectativas puede llegar a sumir a la mujer en una sensación de indefensión y frustración.

3. **Cuidados:** La mujer asume como inherente a su sexo las tareas de cuidado de personas cercanas, así como los cuidados del hogar. Se justifica con la idea de estar mejor dotada y preparada para llevar a cabo dichas tareas de cuidado hasta el punto de poder sentirse culpable si no quiere o no puede llevarlas a cabo. Se puede afirmar que el rol de cuidadora va unido al hecho de ser mujer. La mujer llega a anteponer el cuidado de los demás al suyo propio. Este aspecto se relaciona especialmente con una peor salud de la mujer.
4. **Proyección laboral:** A la hora de decidir su futuro laboral, la mujer asume como más adecuadas a su sexo determinadas profesiones. Asimismo, antepone la atención de su familia a su propia ambición o proyección laboral. Esta situación puede llegar a relacionarse con una menor autoestima que puede repercutir de un modo negativo en su salud⁵. Algunas autoras llegan a afirmar que el propio sistema educativo y muchos de los y las docentes sugieren o dirigen a los y las estudiantes según su sexo biológico a profesiones tradicionalmente entendidas como masculinas o femeninas. Se continúa asumiendo, de ese modo, una mayor proyección de la mujer en el ámbito privado, y no tanto en el público⁶.
5. **Actitudes y sumisión:** Se refiere a las propias creencias de la mujer en cuanto a las pautas de comportamiento y as-

pecto adecuados al rol femenino. Se trataría de la asunción de una serie de mitos relacionados con los roles e imagen asignados socialmente a cada género (masculino y femenino) que conlleva en un elevado número de ocasiones la sumisión de la mujer con respecto del hombre, y la necesidad de presentar un aspecto físico acorde al estereotipo femenino con las consecuencias que esto puede llegar a tener en la salud de la mujer. En este sentido podemos observar, por ejemplo, la relación entre conformidad con las normas de género femeninas y la mayor prevalencia de trastornos de alimentación en las mujeres⁷.

6. Biología y aptitudes: Se trata de la creencia en una serie de mitos o ideas instauradas socialmente y asumidas por hombres y mujeres (no estando demostradas científicamente). Estos mitos tendrían que ver con cierto determinismo biológico que haría a la mujer más vulnerable a determinados tipos de cambios emocionales y menos apta para algunas tareas. Se ha encontrado una relación entre la aceptación de diferencias inherentes al sexo y un aumento de comportamientos sexistas hacia las mujeres⁸. Podemos decir que se trataría de un grupo de estereotipos relacionados con la mujer basados en aspectos biológicos, pero sin base empírica.

7. Neosexismo: Se refiere a la interiorización de la idea generalizada de haber conseguido la plena igualdad social de la mujer con respecto del hombre. Sin embargo, esta aparente igualdad no conlleva un reparto equitativo y objetivo de responsabilidades por parte del hombre, sino que multiplica las tareas que la mujer debe llevar a cabo dado que no deja de asumir los mandatos de género recogidos en las 6 anteriores dimensiones. Las diferentes acciones hacia una igualdad real se entienden como una amenaza a los valores tradicionales interiorizados⁹. Esta aparente igualdad conlleva una importante frustración y sensación de indefensión en la mujer¹⁰.

En el estudio llevado a cabo para desarrollar y validar el VISEM se analizó también cómo estos mandatos de género evaluados se relacionan con diferentes medidas de salud mental evaluadas en un grupo de 4400 mujeres de la población general. Los resultados indican que una mayor puntuación en el VISEM correlaciona con una mayor presencia de alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, así como con ideación suicida y una menor autoestima en mujeres. Los factores del VISEM que en todos los casos correlacionan con esta peor salud en las mujeres están relacionados fundamentalmente con las tareas de cuidado, la sumisión y la renuncia a la proyección laboral, siendo precisamente estos

mandatos de género los considerados por la sociedad como “especialmente femeninos”.

Por tanto, es necesario hacer cambios sociales relacionados con el modo en que mujeres y hombres asumimos estos estereotipos de género que están relacionados, como hemos visto, con una forma de victimización en las mujeres que les hace sufrir personal, social y psicológicamente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Casado Mejía, R., & García-Carpintero Muñoz, M. A. (2018). Género y Salud. (R. Casado Mejía & M. A. García-Carpintero Muñoz, Eds.). España: Ed. Díaz de Santos.
2. Pérez-Viejo, J. M., Montalvo Hernández, A., Escobar Cirujano, A., Quinteros, A., Sánchez Gamonal, S., & Tardón Recio, B. (2011). Violencia de género. Prevención, detección y atención. (J. Pérez Viejo & A. Montalvo Hernández, Eds.). Madrid: Ed. Grupo 5.
3. Temmerman, M. (2015). Research priorities to address violence against women and girls. *The Lancet*, 385(9978), e38–e40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61840-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61840-7).
4. Vinagre, A. (2019). Violencia Social Encubierta hacia a Mujer y su repercusión en la Salud. Tesis Doctoral presentada en la Universidad Complutense de Madrid.
5. Esteban-Gonzalo, S., Aparicio, M., & Esteban-Gonzalo, L. (2017). Employment status, gender and health in Spanish women. *Women & Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1353574>.
6. Sánchez, M., & Sebastián, A. (2006). La presencia de estereotipos de género en el sistema educativo como determinante del desarrollo personal y profesional (estudio descriptivo). Madrid: Dykinson.
7. Anastasiadou, D.; Aparicio, M.; Sepúlveda, A.R.; Sánchez-Beleña, F. (2013). Conformidad con roles femeninos y conductas alimentarias inadecuadas en estudiantes de danza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(18), 31–43. Retrieved from <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12761/11896>.
8. Zell, E., Strickhouser, J. E., Lane, T. N., & Teeter, S. R. (2016). Mars, Venus, or Earth? Sexism and the Exaggeration of Psychological Gender Differences. *Sex Roles*, 75(7–8), 287–300. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0622-1>.
9. Moya, M., & Expósito, F. (2001). Nuevas formas, viejos intereses: Neosexismo en varones españoles. *Psicothema*, 13(4), 643–649.
10. Aguaded, Ramírez, M. E. (2017). Analysis of the Presence of Sexism in Students At the, 32, 127–143. <https://doi.org/10.18239/ensayos.v32i1.1333>.

DEFENSA JURÍDICA Y VIOLENCIA MACHISTA: Lo que La mujeres deben saber



Nani Beltrán

Abogada

nbeltran@icab.cat

<https://nanibeltran.com/>

La violencia machista tiene un impacto en la salud de las mujeres que la padecen. Gritos, insultos, humillaciones, descalificaciones, agresiones físicas y otros actos ofensivos van minando la autoestima de la mujer. Finalmente, llega a una situación de estrés, tanto físico como mental, y de profunda inseguridad.

Esas consecuencias —estrés e inseguridad— repercuten negativamente en su forma de actuar a la hora de informarse de sus derechos, de denunciar los hechos o de declarar ante el Juzgado.

El primer obstáculo con el que, en numerosas ocasiones, nos encontramos los profesionales del ámbito jurídico, es que la mujer ni tan siquiera es consciente de estar inmersa en una situación de violencia machista. Muchas veces es en su relato, cuando solicita información sobre otras materias, cuando lo detectamos. En el ámbito jurídico, las consultas en el que más frecuentemente se revela la violencia machista son las relativas al derecho de familia (divorcios, guarda y custodia, modificación de medidas, etc.). Al exponer su situación concreta, las mujeres desvelan datos indicadores de esa violencia que ellas no detectan. Frases del tipo «yo no quiero nada, lo único que quiero es vivir en paz» descubren el contexto en que viven. Pero como han normalizado desprecios, ninguneos, vejaciones y agresiones físicas menores (empujones, zarandeos, etc.), suelen mostrar resistencia a informarse de sus derechos y renuncian a ellos anticipadamente sin conocerlos.

Otro ejemplo que nos da pistas para detectar tales situaciones es la violencia económica que se sigue infligiendo tras el cese de la convivencia. En numerosos supuestos de impago de pensiones de alimentos y otros deberes económicos, el obligado al pago incumple sistemáticamente, no porque carezca de medios, sino para seguir hostigando a la mujer. Existen verdaderos expertos en crear aparentes insolvencias: quedándose en el paro, cambiando de trabajo en cuanto su sueldo es embargado por orden judicial...

La importancia de dar a conocer los derechos

En el contexto de la violencia de género, la mujer está confusa y desorientada. Ha perdido de vista que es sujeto de derechos. No sabe qué hacer ni a quién acudir. Para paliar la situación de clara indefensión, es necesario que conozca cuáles son esos derechos.

Nuestra legislación los recoge en la LOMPIVG¹ y en la EV². Y es responsabilidad de la Administración difundirlos.

Este artículo no pretende hacer un estudio pormenorizado de los derechos de las mujeres en situación de violencia machista, sino difundir unas nociones básicas sobre los mismos en el ámbito jurídico, y sobre los recursos públicos a los que se puede recurrir para ampliar la información.

En el artículo 18 de la LOMPIVG se regula el derecho a la información en los siguientes términos: «Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal, a través de los servicios, organismos u oficinas que puedan disponer las Administraciones Públicas».

Las campañas de información y sensibilización contra la violencia de género animan a las mujeres a denunciar; pero, en mi opinión, son insuficientes e incompletas. Omiten cualquier información respecto a dónde y cómo denunciar. Tampoco explican nada sobre el proceso penal que se inicia al presentar una denuncia, que puede alargarse durante años. Y se silencia cualquier referencia a la conveniencia y la necesidad de contar con asesoramiento jurídico y psicológico previo.

Las guías de derechos de las mujeres víctimas de violencia de género son útiles para los profesionales que tengan la inquietud y la sensibilidad de interesarse por este tema; pero las personas de a pie no acceden a este tipo de lectura.

Es imprescindible publicitar más los servicios públicos que ofrecen información, apoyo psicológico y asesoramiento jurídico gratuitamente³.

En 2018, los SIAD de Cataluña atendieron a 26.762 mujeres. De éstas, 10.247 se encontraban en situación de violencia machista. Esos datos ponen de relieve la necesidad y la utilidad de este tipo de servicios. Parafraseando a Begoña Lasagabaster, actualmente directora de la oficina de ONU Mujeres en Túnez y Libia, a quien descubrí en el XV Fòrum contra les Violències de Gènere: «Los datos son importantes para saber dónde estamos». Es obligado difundirlos.

Derechos básicos que las mujeres necesitan conocer

Se haya o no utilizado los servicios mencionados, las mujeres tienen derecho a recibir asesoramiento jurídico gratuito en el momento inmediatamente previo a la interposición de la denuncia (art. 20.1 de la LOMPIVG).

Los agentes que recogen la denuncia están obligados a informar a la mujer de este derecho; y, de hecho, lo hacen. Así consta en la minuta policial. No obstante, me atrevo a afirmar que, en algunos casos, son los propios agentes quienes disuaden a las mujeres de ejercerlo. La asistencia letrada no es preceptiva en Comisaría. Y, a pesar del mandato legal para los Colegios de la Abogacía de asegurar «su inmediata presencia y asistencia a las víctimas», lo cierto es que el abogado puede tardar horas en llegar por estar atendiendo a varias mujeres simultáneamente.

Sin embargo, en mi opinión, es fundamental que la mujer denuncie asesorada por un profesional. Es frecuente que, en situaciones de violencia habitual y prolongada en el tiempo, a las mujeres les cueste ofrecer un relato detallado de los hechos. A menudo, no recuerdan las fechas exactas. Al tratarse de actos repetidos, confunden y mezclan los episodios vividos. En los supuestos de hechos de violencia aislados, la mujer se encuentra en estado shock, y también le cuesta explicarse.

Lo ideal es que el profesional designado se entreviste con la mujer en dependencias policiales, que colabore en ordenar y situar en el tiempo los hechos y que remarque las cuestiones jurídicamente relevantes. Y estará presente cuando se formule la denuncia. Ello permite que la denunciante sea más concreta de lo que habría sido sin su intervención y facilita la investigación en el proceso penal. Una denuncia bien formulada favorece el buen desarrollo del procedimiento judicial.

La asistencia letrada sí que es obligatoria en el juzgado. **La mujer tiene derecho a la asistencia jurídica gratuita** (art. 20.2 y ss. de la LOMPIVG).

En consecuencia, salvo que quiera elegir a un profesional de designación privada, los agentes se ponen en contacto con el Colegio de la Abogacía que corresponda por demarcación y, automáticamente, se designa a un abogado o una abogada adscrito al servicio del Turno de Oficio especializado en violencia contra la mujer.

Este profesional está habilitado para actuar «en todos los procesos y procedimientos administrativos que tengan causa directa o indirecta en la violencia padecida». La “dirección letrada única” implica que el mismo abogado que esté conociendo el tema penal será quien dirija, cuando sea necesario, el procedimiento en el ámbito de familia. Lo que conlleva múltiples ventajas. Por una parte, facilita al profesional am-

plia y detallada información de la vida de la mujer, necesaria para una defensa efectiva. Y, por otra, evita a la mujer el peregrinaje que le supondría el tener que recurrir a distintos profesionales.

Otro derecho desconocido es que la mujer «podrá estar acompañada de una persona de su elección desde el primer contacto con las autoridades y funcionarios» (art. 4.d EV).

En la práctica, ese acompañamiento se traduce en una sensación de respaldo emocional, transmite seguridad y tranquilidad a la mujer a la hora de denunciar y declarar.

El derecho de acompañamiento también se reconoce en el seno del proceso penal (art. 21 EV). La única limitación a este derecho es que «motivadamente se resuelva lo contrario ... para garantizar el correcto desarrollo de la misma». No suele suceder. Los Juzgados lo permiten. Si bien me he encontrado con criterios judiciales que no respetan esa libre elección, consideran que el acompañante tiene que ser alguna técnica de las Oficinas de Atención a las Víctimas o del Servicio de Acompañamiento a la Víctima del Delito.

Las técnicas —todavía no me he encontrado con un hombre que preste este servicio— son profesionales de la psicología o del trabajo social. En los Juzgados de Barcelona y Badalona, el Juzgado avisa automáticamente a la Oficina de Atención a la Víctima, y las técnicas se presentan en el Juzgado para acompañar e informar a la mujer sobre sus derechos (laborales, de servicios sociales, prestaciones económicas, etc.). En otras localidades, es necesario solicitar previamente el servicio.

En definitiva, es imprescindible que la información llegue a las ciudadanas. Que conozcan sus derechos y sus obligaciones. Solo así pueden tomar decisiones libres y conscientes. A la hora de denunciar, lo más adecuado es contar con el apoyo psicológico de un/a profesional que ayude a serenar y empoderar a la mujer, y simultáneamente, valerse del asesoramiento de un/a profesional del Derecho especializado en la materia.

REFERENCIAS

- 1 Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
2. Ley 4/2015, del Estatuto de la Víctima del delito
3. En Catalunya: Institut Català de les Dones, los SIAD (Servei d'Informació i Atenció a la Dona), de titularidad municipal y comarcal. En Barcelona, el Servei d'Atenció, Recuperació i Acol·lida (SARA). En otras comarcas, los SIE (Servei d'Intervenció Especialitzada). Y el Tl. 900 900 120.
4. Datos del Informe anual 2018 de la Xarxa de Serveis d'Informació i Atenció a les Dones de Catalunya, de l'Institut Català de les Dones.

¿TRANSGÉNERO EN LA INFANCIA?

EL derecho de Los menores a recorrer sus etapas psicoevolutivas



Gemma Cánovas Sau

Psicóloga Clínica-Psicoterapeuta
acreditada FEAP

La Psicología Evolutiva y los riesgos de la ideología

Siempre he sostenido que es importante deslindar todo lo posible la ideología del saber científico que nos aporta la Psicología, una disciplina que en base a sus ya largos años de existencia ha reunido un saber relevante en relación al conocimiento del psiquismo.

En concreto la psicología evolutiva, y también las aportaciones del psicoanálisis, es relevante que sean tenidas en cuenta para entender mejor la construcción de la identidad y la formación de la personalidad en los seres humanos.

La importancia de la historia vital, los vínculos con las figuras parentales, así como la influencia del entorno configuran un conjunto de variables que aportan luz a la hora de realizar diagnósticos y líneas de tratamiento cuando aparecen síntomas o señales de malestar emocional.

La psicología, fundamentada en la observación y en una ética deslindada de influencias ideológicas de diversa índole, ha de ser incorporada especialmente en las decisiones sociales y legales referidas a la etapa que va desde la primera infancia hasta la pubertad.

Pues bien, nos encontramos actualmente, en nuestro contexto socio-cultural, con la emergencia de un movimiento englobado en las siglas LGTBI, que reivindica la ruptura de las identidades fijas atribuidas al nacer, niña/niño, como diferencia esencial asociada a simbologías que remiten a estereotipos de género: colores rosa o azul, poner pendientes a las niñas, etc.

La ideología LGTBI abarca no solo el mundo adulto, reivindicando todos los merecidos derechos, también el de la infancia, rompiendo los estereotipos que puedan ser perjudiciales por condicionar al ser recién nacido, pero se desliza hacia un terreno peligroso al darle carta de naturaleza a un cambio de identidad sexual en la infancia.

La posición ética en este ámbito consiste en tratar de pro-

teger los derechos a las diferencias individuales en la etapa adulta, y al modo de posicionarse y definirse de las personas a nivel de la identidad. Afortunadamente cada sujeto es irrepetible, este derecho es inalienable y puede suscribirse totalmente porque forma parte de los derechos humanos.

Sin embargo es necesario advertir del grave riesgo que supone para los menores inducir cambios en sus identidad en etapas infantiles en pleno desarrollo o incluso en la preadolescencia -dependiendo de cada caso- en que la identidad está en construcción por puro proceso psicoevolutivo.

Con el supuesto afán de velar por sus derechos, se pueden promover unos cambios de identidad social con los efectos consecuentes en la subjetividad de los sujetos, y en un plano simbólico por medio del cambio del nombre con el que está inscrip@ y reconocid@ a nivel de familia, escuela y sociedad, así como la apariencias externas que también influyen en su autopercepción.

Cora, historia de una niña trans

Como ejemplo paradigmático de otros casos similares, y por el impacto mediático que supone, tomaré como referencia el reportaje publicado en *El País Semanal*: "Yo soy Cora, la revolución cotidiana de una niña trans".

En el inicio del citado reportaje se cita que el niño de tres años le dijo a su madre en la cama que: "cuando sea mayor querré ser niña", precisamente a su madre, lo que no es casual. También se lee que el niño le decía que: "nadie lo veía". Frente a esta situación que persistía en el tiempo, lo primero que podría plantearse, es: ¿Qué temores conscientes o inconscientes podría tener ese niño para sentir esto y mostrar un rechazo evidente a su identidad —evidentemente en construcción— que le designa como niño y no como niña? ¿Qué tipo de fantasías conscientes o inconscientes respecto a la masculinidad? ¿Qué tipo de dificultades puede tener para empezar una identificación con la figura paterna? ¿Qué posibles fantasmas o fantasías inconscientes de la madre están en juego?

Se menciona en el reportaje que esta madre tuvo dos hijos antes de este niño, no se especifica si fueron varones, y otro niño también con el compañero actual. Posibles interrogantes al respecto: ¿Tenía esta madre un deseo insatisfecho de una niña y este hijo captaba el deseo inconsciente de su madre y lo hacía suyo?



Este es un ejemplo de un caso que se ha hecho público en un medio de comunicación con gran difusión, creando opinión al respecto. No es el único. Un conocido actor pornográfico hacía gala en los medios de haber aceptado de inmediato el deseo de su hijo menor de cambiar a niña (vayamos a saber por qué causas), publicando incluso, como en el reportaje del País, fotos con vestiditos de princesa.

Una sociedad líquida

Estos casos sirven para reflexionar o preguntarnos si frente a situaciones de esta índole o similares, la respuesta debe ser introducir al menor en un contexto de cambio de nominación: en el entorno familiar, escolar y social e incluso a nivel sanitario, sin tener garantías suficientes de las causas de su malestar a nivel profundo, sin llevar a cabo el debido estudio de la dinámica familiar y del tipo de vinculaciones, identificaciones y otras variables que puedan incidir en las figuras parentales en relación con los menores que presentan estos conflictos.

No olvidemos que las ideologías pueden promover demanda en situaciones que pueden resolverse por otros cauces, repito, especialmente durante la infancia, infancia que debe ser protegida a nivel institucional como consta en la *Declaración Universal de los derechos del Niño, (y de las niñas, claro)* y en lo que hace referencia en concreto a la protección de la identidad de los menores:

Artículo 8 :Preservación de la identidad:

Es obligación del estado, proteger y si es necesario reestablecer la identidad del niño, si este hubiera sido privado en parte o en todo de la misma (nombre, nacionalidad y vínculos familiares)

Los medios de comunicación tienden, salvo excepciones honorables, a simplificar y silenciar los efectos psicológicos de estos y otros tipos de fenómenos, como por ejemplo en otro orden de cosas, ciertas técnicas de reproducción asistida como

el tabú respecto a los donantes genéticos, los vientres de alquiler, etc. que implican de algún modo los procesos de construcción de la identidad de los menores .

Conviene también no olvidar que nos hallamos en un contexto de sociedad líquida (Bauman) en que se vende y promueve la idea de que todo ha de ser posible y realizable sin límites, se promueve el hedonismo y que las relaciones interpersonales devienen fluidas y cambiantes, carentes de compromiso personal sólido, en temas de pareja: como la promoción del *poliamor* - y por ende también en lo que concierne a las identidades, como ejemplo el concepto acuñado de: *género fluido*.

No olvidemos que la economía neoliberal va de la mano del patriarcado y como el patriarcado es camaleónico, se viste de modernidad y, si conviene, de feminismo supuestamente avanzado. Debido a ello cabe advertir de los riesgos que conllevan ciertas prácticas.

Las etapas psicoevolutivas

En lo que concierne a la infancia ¿qué puede decir la psicología evolutiva al respecto?

El niño atraviesa en su desarrollo una serie de fases:

- De los 0 a los 3 años se establecen las bases primarias del Yo, en este lapsus de tiempo se suceden fases muy importantes, algunas de las más destacadas, esquemáticamente, son:
 - 6 meses: la entrada en la denominada fase del espejo en que el bebé se reconoce como ser diferente al otro materno.
 - 2 años: se establecen las bases del futuro Yo. Diferenciación plena: yo-otro.
 - 3 años: incorporación de la triangularidad (incluso en familias monoparentales ya que la terceridad es una instancia simbólica, no solo física). Desde el psicoanálisis etapa preedípica.
- 3-5 años: afirmación del Yo: oposicionismo, inicio expresión verbal.

Estas etapas mencionadas están englobadas en un estilo de pensamiento que se denomina mágico que dura hasta los siete años de edad, caracterizado por una visión de la realidad a medida de los deseos infantiles, hasta bien entrados los siete años no se instaura el pensamiento abstracto. Este proceso implica la realización de todo un trabajo psíquico para establecer un pacto entre el principio del placer y el principio de realidad.



- De 5/6 a 11/12 años: etapa de latencia: pulsiones sexuales adormecidas. Energía centrada en estudios y juegos.
- 12/13 a 18 aprox: otra vuelta de tuerca a la construcción de la identidad: caída de ideales parentales, autoafirmación, hipervaloración del grupo,...

Por tanto, tomando como paradigmático el caso que publicó El País Semanal en forma de reportaje: *"Yo soy Cora, la revolución cotidiana de una niña trans"*, aunque evidentemente no puede realizarse un diagnóstico a distancia con solo la información que se expone respecto a este niño, puede deducirse que no se profundiza ni se tiene en consideración este enfoque metodológico. No se ha tenido en cuenta:

- > La etapa psicoevolutiva del menor y sus características: 3 años, o sea, cuando se movilizan las identificaciones y rivalidades edípicas con padre o madre.
- > El origen de su deseo de denominarse como niña y su rechazo a una identidad de niño según su biología de nacimiento. No se mencionan ni de pasada, los posibles conflictos conscientes o inconscientes a nivel de identificación con la figura materna que hayan podido conducir a tal rechazo del mundo de los niños: sus posibles miedos o fantasías conscientes o inconscientes al respecto.
- > La hipótesis o posibilidad en este caso o en otros, de determinados fantasmas de la madre que han operado incluso a nivel inconsciente para instaurar en su hijo en un rol femenino: el tipo de relación de la madre con su propia madre etc. y la influencia de su recorrido vital incluyendo relaciones con sus parejas, el posible beneplácito o la aceptación adaptativa del padre del menor desde su posición como referente masculino.

La aceptación, según se menciona el reportaje, por parte de la institución sanitaria del cambio de nombre en la tarjeta sanitaria —se inserta la foto de dicha tarjeta— como muestra de la aceptación institucional del cambio de identidad del menor, no es meramente un cambio burocrático, como puede ser el del empadronamiento, sino que implica unas consecuencias en la percepción subjetiva de los menores en esta situación, unos efectos a medio o largo plazo perturbadores

como puede ser la disociación de su autopercepción entre otros síntomas.

La ausencia de reflexión o mención respecto al tránsito del menor cuando se acerque a la pre-pubertad y constate la ausencia de menstruación, así como los cambios hormonales normales en esa etapa y otros signos de la biología femenina, le hagan sentir desplazado/a del grupo de niñas con los efectos consiguientes en el plano de su subjetividad.

Una sociedad que no protege debidamente a su infancia, no se protege ni valora debidamente

a sí misma. Cuando desde algunas voces se afirma que los niños y niñas actuales tienen de "todo" cabe preguntarse si carecen de la protección necesaria respecto a respetar el tránsito por sus etapas que se ve frecuentemente torpedeado por: recortes en las etapas necesarias de juego simbólico, acceso prematuro a información deformada de sexualidad mediante múltiples estímulos externos, presiones para insertarse lo antes posible en dinámicas competitivas: concursos televisivos que los convierten en adultos precoces, ropa no infantil a partir de 7-8 años, lo que afecta especialmente a las niñas situándolas en un escaparate sexy promoviendo una madurez precoz.... Todo ello crea un clima que genera unos efectos adversos en su desarrollo y paradójicamente prolonga la adolescencia y dificulta el acceso a la auténtica madurez en la vida adulta.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Yo soy Cora, la revolución cotidiana de una niña trans. El País Semanal, 27 Julio 2019.
- Convención de derechos del niño. Tratado internacional, 1989.
- Bauman, Zygmunt; Leoncini, Thomas. Generación líquida. Ed Paidós, 2018.
- Bauman, Zygmunt. Amor líquido. Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Bettelheim, Bruno. No hay padres perfectos. Ed Grijalbo, 1997.
- Bowlby, John. Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Ed. Morata, 2006.
- Cánovas Sau, Gemma. El Oficio de ser madre. La construcción de la maternidad. Ed Paidós, 2010.
- Cánovas Sau Gemma. Niños Difíciles. RBA-Planeta, 1995.
- Doltó, Françoise. La causa de los niños. Ed Paidós, 1990.
- Gesell, Arnold. El niño de 1 a 4 años. Ed Paidós, 2000.
- Giberti, Eva; Barros, Gloria; Pachuk, Carlos. Los hijos de la fertilización asistida. Ed Sudamericana, 2001.
- Tubert, Silvia. La sexualidad femenina y su construcción imaginaria. Ed El Arquero, 1988.
- Winnicott, Donald. Realidad y juego. Ed Gedisa, 2008.

ACOSO SEXUAL EN EL ENTORNO HOSPITALARIO. DOS miradas diferentes



Carme Alemany Gómez
Socióloga de salud

El fuerte aumento del número de mujeres entre el personal médico no es un hecho sin importancia en un sector donde, por cultura y tradición, la persona del médico acumula autoridad y poder, ya que la mayor parte de los puestos de responsabilidad continúan en manos del personal médico masculino. Así, a pesar del citado incremento, continúan pesando las representaciones del pasado, como cita una enfermera, *"a las mujeres médicas no se las valora como a los hombres médicos"*, especialmente en determinadas especialidades donde estos últimos continúan ocupando los puestos de poder. Por otra parte, el ambiente de trabajo en el sector de la sanidad está muy condicionado por la relación con el cuerpo y la desnudez que acompaña cualquier tipo de cuidado. Esto explica que se suponga una cierta desinhibición, por lo menos a nivel verbal, en relación al cuerpo y que ello produzca un cierto desconcierto a personas que no están acostumbradas a dicho entorno. También hay que añadir que la carga de trabajo, el estrés que conlleva y la dureza del contacto con el sufrimiento humano o la proximidad de la muerte suelen conducir, con frecuencia, a justificar bromas, comentarios y chistes que, en otro contexto, se considerarían intolerables. Estos factores propician que existan en los centros hospitalarios unos códigos cargados de sexualidad que casi nadie se atreve a criticar por miedo a situarse al margen del ambiente dominante. Esta cultura de trabajo reina en todos los servicios, pero en aquellos donde se convive durante muchas horas, como es el caso de los servicios de urgencias, son más frecuentes estos comportamientos. *"Son tonterías y te ríes porque es necesario, son doce horas y sería insoportable"*. Así, se consideran bromas que no pretenden ofender: *"siempre son bromas, la mayoría sobre las mujeres, claro, pero son chistes, te lo dicen en plan de broma"*; son en público y las mujeres también participan ya que la mayoría ya están acostumbradas y además se desarrollan en un ambiente de compañerismo. Estos argumentos enmascaran que dichas prácticas que normalmente se dirigen a las mujeres, obligan a éstas a no sentirse ofendidas.

La percepción de ELLOS

Según los comentarios recogidos en grupos de discusión, para los hombres médicos, este tipo de comportamiento se justifica como *"válvula de escape"* ante situaciones de estrés y de angustia: *"pienso que una persona que está trabajando en la miseria, muy a menudo, desmitifica muchas cosas"*, *"a veces sales con mucha angustia y total ¡por cuatro días que has de vivir ¿por qué no gratificarse con cosas?"*, *"bueno pues el sexo es el sexo y el amor es el amor y son dos cosas diferentes"*. Esta visión que ellos pretenden compartir entre médicos, médicas y enfermeras justifica que el deseo se transforme en necesidad y que puedan cosificarse las relaciones sexuales. En este proceso, si bien afirman el carácter consensuado de tales relaciones, al mismo tiempo aparece de forma velada que la frontera con el acoso sexual es muy ambigua.

De igual manera, cuando los médicos explicitan el imaginario sexual masculino al evocar determinadas situaciones, como el compartir o no los vestuarios, o los factores subjetivos que intervienen en el proceso de selección de las médicas residentes, el atractivo físico aparece como un punto de focalización importante y significativo de la posición de objeto de deseo en el cual sitúan a las mujeres: *"Yo tengo la convicción de que en la relación, por ejemplo, médico/residente, si la residente es femenina, se establece un tipo de relación diferente, y si además la residente en cuestión es guapa, ¡se hace mejor, que te apetece más, ...y si encima es cariñosa y es eficiente!"*...

Así, la lectura interpretativa que se desprende del discurso de los médicos es que para ellos esos comportamientos obedecen a un "orden natural" de lo masculino y lo femenino, en el cual no se plantea una posición intersubjetiva en el deseo, sino que se tiende más bien a ocultar el deseo del otro. El poder de seducción masculino no es objeto de duda *"es la forma de ser hombre de toda la vida"*, de manera que la calificación de acoso de las conductas sólo se reserva a situaciones de fuerza o de chantaje, y se autoriza como natural el intento de ligar. Así, cuentan que las mujeres de su

servicio les hacen "carantoñas" o les gastan bromas que quizás se podrían considerar como acoso sexual pero ellos "no se sienten ofendidos", en cambio "si las haces tú es acoso sexual". "Es que no tan sólo tengo que no mirar, además tengo que demostrar que no miro. Las mujeres no tienen que demostrar nada, simplemente pueden mirar o no". La incomprensión respecto a estas diferentes actitudes les desconcierta y actúa como advertencia de un riesgo que hay que evitar. Confiesan que "si a ti una mujer te da un pellizco, te hará gracia, pero nunca te enfadarás!", sin comprender que el rechazo de determinados comportamientos masculinos es la expresión de la reivindicación de la autonomía de las mujeres para expresar su deseo con quien les apetezca.



Para ellos, para hablar de acoso sexual tiene que existir una situación de fuerza, de agresión, que podría ser no sólo física: chantaje afectivo o profesional, o aprovecharse del cargo. Frente a estas interpretaciones tan limitadas suelen afirmar que no hay acoso en el ambiente hospitalario porque no hay "falso pudor". No obstante, como dice el refrán "el que la sigue la consigue" y este argumento suele servir de justificación para insistir ante aquellas médicas o enfermeras que esquivan las invitaciones. En cualquier caso, el tema del acoso sexual no deja de ser una temática que se presenta como una amenaza contra el orden sexual masculino.

La percepción de ELLAS

Estos códigos de conducta calificados como machistas, aunque ridiculicen o menosprecien a las mujeres, son aceptados por las profesionales que llevan más años en el entorno hospitalario. No creen que deban sentirse ofendidas por ellos y confiesan "Ya estamos acostumbradas" o "llevamos muchos años juntos, forma parte de nuestras relaciones". No obstante, este ambiente de trabajo fomenta que las bromas o los chistes "subidos de tono" incluyan, algunas veces, comentarios sobre determinadas partes del cuerpo de las mujeres que trabajan en el servicio o sobre el tipo o el color de la ropa interior que usan. Este tipo de comentarios no siempre son recibidos de buen grado por el conjunto del personal sanitario, especialmente por parte de las médicas o enfermeras más jóvenes. Además, la mayoría de las mujeres explica que ellos también llevan batas que transparentan pero que ellas nunca se han atrevido a hacer comentarios sobre su ropa interior,

"nunca hemos dicho 'mira las rayas o mira los topos', que se les ve perfectamente como a nosotras y no decimos nada. Pero claro, si trabajas no vienes a provocar, ya sabes que para venir aquí, la ropa interior, olvídate de los colores. Además yo personalmente, no estaría a gusto, sabiendo seguro que se me ve". Y, aun cuando confiesan que ellas también hacen bromas, los comportamientos de los hombres no encuentran su equivalente en los comportamientos de las mujeres. Por otro lado, las mujeres del sector hospitalario no solamente viven situaciones de acoso provocadas por sus propios compañeros o superiores jerárquicos, sino que también son acosadas por los enfermos o familiares masculinos de los enfermos. Sin embargo, mientras los comportamientos de acoso dentro del ambiente profesional se disimulan o se olvidan, cuando son provocados por los enfermos o familiares, las médicas o las enfermeras y auxiliares tienen una visión más clara de la situación. No aceptan comentarios o bromas, sino que rápidamente frenan este tipo de conductas y, cuando ocurre algún caso, se avisan entre compañeras para que no se repita. Este comportamiento solidario no se da cuando el acoso viene del personal médico.

De todas maneras, aunque todas las mujeres estén expuestas a ser acosadas sexualmente como resultado de las relaciones entre sexos que sitúan a las mujeres en una posición de dominadas, hay una serie de factores que propician que se desarrollen estos comportamientos: La edad. Las mujeres jóvenes relatan con más frecuencia este tipo de molestia. La situación de "nueva" en un equipo donde todo el personal ya ha consolidado las relaciones; "los hombres prueban y quien cae, cae". La situación contractual, ya que los hombres no ignoran que la inestabilidad en el empleo reduce la capacidad de defensa. La situación de dependencia en que



se a menudo se encuentra el personal femenino (enfermeras, auxiliares) respecto al médico facilita que se desarrollen este tipo de comportamientos por parte de quien está en una posición de poder. Sin embargo, no se puede obviar que la existencia de una cultura de trabajo, que incluye bromas, chistes y comentarios cargados de sexualidad, puede calificarse de acoso ambiental que se transforma fácilmente en conductas de acoso directo y sin rodeos hacia las mujeres.

Ahora bien, no todos los comentarios son bien aceptados, ni todos los comportamientos acosadores, aún siendo usuales, dejan de molestar a un buen número de médicas, enfermeras o auxiliares, especialmente si son jóvenes. Pero existe un cierto malestar colectivo a la hora de reconocer que el acoso sexual existe y se observa a través de silencios, o relatando sólo historias del pasado, o citando situaciones casi olvidadas. Es decir hay resistencia a nombrar la palabra acoso; se duda de si una situación se puede calificar como tal o no, y desde luego se rechaza la idea de denunciar. Así, aun cuando se refieran a conductas que les molestan o bien de que se han visto obligadas a "parar los pies" a alguien de su propio servicio, ello no implica que consideren que hay mal ambiente de trabajo, sino que son numerosas las que manifiestan que hay buen clima laboral citando como ejemplos el compañerismo, el trabajo en equipo y la escasa jerarquía.

Esta desarticulación entre la valoración del ambiente de trabajo y las conductas que les han molestado puede ser un indicador de la necesidad de olvidar este tipo de comportamientos, así como de la existencia de una presión indirecta que se ejerce sobre las mujeres para que consideren el acoso sexual como un hecho inherente a las relaciones entre hom-

bres y mujeres, y frente al cual no tienen otra alternativa que adaptarse.

En cambio, cuando se refieren a casos vividos en los que eran evidentes los tocamientos o besos no deseados o propuestas directas de favores sexuales no deseados, no se niega la existencia del acoso sexual y se relatan las estrategias que utilizaron para evitar que continuase este tipo de conducta. Se esfuerzan, además, en demostrar que en ningún caso fueron débiles frente al acosador y que supieron defenderse. Así, aun cuando el acoso sexual se viva con humillación o vergüenza, en todos los casos se transforma en defensa individual, pero no se ve como un problema que debería abordarse desde una perspectiva colectiva. Son pocas las que

hablan de estas experiencias con compañeras de trabajo o lo comentan colectivamente, y evitan prevenir a las compañeras más jóvenes. La mayoría de las mujeres sólo consideró acoso sexual actos graves dirigidos a una persona en concreto. Ello explica su resistencia a denunciar que, o bien la consideran inútil, por la poca incidencia que podría tener, o bien porque sería nocivo para el ambiente laboral.

Conclusión

Es evidente que las mujeres, al esforzarse en restringir el acoso a los casos más graves, no hacen más que expresar la representación que se les autoriza desde el grupo dominante, los hombres, mientras que la denuncia equivaldría a la subversión de la dominación. De igual manera no consideran, en ningún caso, que sea un problema frente al cual la empresa sea responsable y que le corresponda proporcionar al conjunto de la plantilla un buen clima laboral así como velar para que no se desarrollen este tipo de comportamientos.

En definitiva, la visibilidad y la objetivación del acoso sexual siguen siendo difíciles de conseguir. Los límites no se pueden establecer de manera clara, la verbalización de las situaciones se enfrenta a las barreras personales y/o colectivas y organizacionales. A pesar de todo, este campo definido por la subjetividad: el de la vivencia del acoso sexual en el trabajo en sus distintos grados y, sobre todo, la vivencia de situaciones de tipo sexual ofensivas, molestas e irrespetuosas, es expresada de forma recurrente por las mujeres de distintas categorías profesionales del ámbito hospitalario. Sin embargo, su resistencia ante la utilización de la denuncia plantea los límites que hoy en día presenta la vía judicial y pone en evidencia la necesidad de orientarse hacia la prevención.



SOBRE EL PIN PARENTAL: PORNO O NADA

Fran Béjar

Profesor de Filosofía y escritor

La mejor definición de orgasmo que he oído o leído nunca la improvisó mi hija a la edad de seis años. Estaba duchándose una mañana con su madre, se miró reflexivamente la vulva durante un instante y dijo: «Mamá, ¿a ti no te pasa que cuando te das con la ducha en el ratón te da así como una locura por dentro?».

Como a estas alturas puede que alguien se haya escandalizado ya, voy a encadenar cinco verdades sencillas que ojalá sirvan para calmar los ánimos. Primera verdad: el sexo es bueno. Segunda verdad: una vida sexual sana es mejor que una vida sexual insana. Tercera verdad: una vida sexual sana requiere aprender algunas cosas. Cuarta verdad: mi generación, y no digamos ya la generación anterior a la mía, y no digamos ya la anterior a la anterior, y así sucesivamente, recibió una mala educación sexual. Quinta verdad: la generación actual puede empezar a recibir una buena educación sexual. Por supuesto, hay gente que niega la mayor, gente que considera que el sexo es pecado, que se debe recluir en el matrimonio y reducir a estrictos fines reproductivos. Es poca gente ya la que piensa así, muy poca. Pero fueron muchos durante mucho tiempo y dejaron una huella muy profunda en nuestro inconsciente colectivo. Una huella de vergüenza, de secreto y de culpa. De modo que esa forma de pensar sigue estando más o menos diluida en nuestra vida sexual, y aún más en las ideas que tenemos sobre la vida sexual de nuestros hijos, y no digamos ya de nuestras hijas.

No deja de resultar curioso cómo aquellos que no quieren que los jóvenes reciban ninguna educación sexual en absoluto están condenándolos a maleducarse en el porno, en el

porno mainstream además, que es violento, machista y misógino. Porque eso es lo que consigue un padre cuando se niegan a que su hijo reciba educación afectivo-sexual; que la única referencia sexual en su vida sea un modelo de ciencia-ficción en el que la mujer está siempre sometida a los deseos a menudo agresivos y humillantes del hombre.

¿Queremos condenar a nuestras hijas e hijos a ser unos analfabetos en uno de los ámbitos más importantes de sus vidas; como fuimos nosotros y nuestros padres y los padres de nuestros padres, per secula seculorum? ¿Queremos que 'aprendan' falsos mitos a escondidas, cargándose una vez más de culpa e inseguridades, de insensibilidad? ¿De verdad alguien, sea del credo que sea, quiere eso para sus hijas e hijos?

Porque lo que más me sorprende es que muchos de los que defienden que el sexo es pecado, lo hacen en nombre de Dios. Y me sorprende porque está claro que si Dios existe, no hay duda de que el placer sexual fue algo que nos regaló graciosamente. En su infinita sabiduría y omnipotencia podía habernos dado una forma de reproducción que no nos diera así como una locura por dentro. Pero nos la dio. Cabe especular que para compensar el resto de locuras que ya nos da la vida por fuera. Así que el único pecado que se me ocurre a mí respecto al placer sexual es devolvérselo a Dios sin haberlo usado. Pecado venial.

Porque lo que sí me parece un pecado mortal, de esos para ir de cabeza al infierno, es obligar también a nuestros hijos e hijas a que hagan lo mismo. Obligarlos a que sigan aprendiendo a tontas y a ciegas y nunca del todo, siempre entre la culpa y la vergüenza, y dándoles a elegir, por acción u omisión, entre porno o nada.

Artículo publicado en "La opinión de Murcia" 22/01/2020

AL CIERRE:

La Fiscalía admite un «notable aumento» de los delitos sexuales a menores de edad

DELITOS SEXUALES

Cuando la tutela de menores falla

La Fiscalía de Baleares investiga al menos 16 casos de prostitución de adolescentes en centros de acogida tras la denuncia de una niña violada

La Fiscalía de Baleares investiga 16 posibles casos de explotación sexual en centros dependientes del Consell, y el Defensor del Pueblo indaga de oficio en el tema

La violación grupal a una niña de 13 años en Palma destapa 16 casos de explotación sexual de menores tutelados

La prostitución de niñas tuteladas en Mallorca: "Un secreto a voces" desde hace diez años

La pasada Nochebuena una violación grupal a una menor en Mallorca destapó una red de tráfico de drogas y prostitución de adolescentes tutelados

...sequiremos informando



**EL FEMINISMO
Y LAS TRANSFORMACIONES
EN LA POLÍTICA**

MARI LUZ ESTEBAN
Prólogo de Justa Montero
Ed. Bellaterra, 2019

“No vivimos un momento cualquiera, hemos entrado de lleno en una época de efervescencia feminista. En estos últimos años hemos irrumpido con fuerza en todos los espacios, los públicos y los privados, desde las casa y las calles a todo tipo de instituciones, en todo tipo de empleos, en las escuelas y los centros sanitarios. La extensión del feminismo por todos los rincones es un fenómeno social sin precedentes.

La masiva, transversal, e intergeneracional participación de mujeres en las convocatorias de las huelgas feministas y las movilizaciones de 2018 y 2019 es una manifestación incontestable de esta realidad.

El momento no puede ser más interesante, y los desafíos a los que nos enfrentamos también. Porque vivimos envueltas en paradojas: la fuerza del feminismo es mayor que nunca, pero la vida de muchas mujeres sigue marcada por las violencias machistas, por la precariedad o el racismo; la igualdad está instalada en el discurso hegemónico pero en el contexto de la crisis sistémica se profundizan las desigualdades entre hombres y mujeres y entre las propias mujeres; ser feminista ya no está estigmatizado pero existe una enorme disputa por su sentido en la que intervienen hasta fuerzas de extrema derecha.

En el libro se van desgranando reflexiones, interpelando, preguntando y preguntándose sobre los nudos en los que estamos atrapadas....”

Del prólogo de Justa Montero



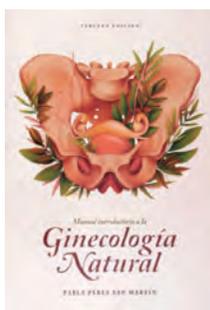
**EL CAMBIO LO PARIMOS
NOSOTRAS**
Historia de la asociación Naixença

**ROSER GALLARDO FERRER
Y VERÓNICA RIUTORT**
Prólogo de Consuelo Catalá
Ed. Asociación Naixença, 2019
associacio.naixenca@gmail.com

“Hay muchos libros escritos sobre este tema (los derechos del parto y el nacimiento) por profesionales “teóricas”, pero pocos por aquellas que se arremangan para hacer posible, en la práctica, que se atiendan en coordenadas de respeto el parto y el nacimiento. Y Roser es de esas matronas que, cuando la atención al parto respetado era considerada un despropósito y el parto en casa una temeridad, ya estaba en ello. Y eso, para mí, es un valor añadido.

Asimismo, entiendo este libro como un ejercicio de genealogía feminista, de recuperación de la memoria para rescatar los legados de las mujeres y visibilizar sus aportes, poner los acentos en el significado que ha tenido lo vivido en el momento concreto que ocurrió, desde la mirada de las mujeres protagonistas de ese momento.

La lucha por los derechos sexuales y reproductivos siempre ha estado ligada al movimiento feminista. Es cierto que, como consecuencia de la dictadura franquista, el acento se puso en relación a los derechos de anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo. Pero, a la vez, y en consonancia con la libertad de elección en torno a esos derechos y, aunque de forma minoritaria, algunas mujeres empezaron a reclamar esa misma libertad en torno al parto y al nacimiento. Y así se configuró, por un lado, una demanda concreta por parte de usuarias y, por otro, de algunos profesionales de la salud dispuestos a garantizar esos derechos...”. (Del prólogo de Consuelo Catalá)



MANUAL INTRODUCTORIO A LA GINECOLOGÍA NATURAL

PABLA PÉREZ SAN MARTÍN
Ginecosofía Ediciones, 2015
<https://ginecologianatural.wordpress.com/>

A través de la historia humana, las prácticas de sanación mediante el uso de plantas medicinales y cuidados naturales nos ha permitido desarrollar nuestro potencial creativo y afectivo, en conjunto con el equilibrio de la Naturaleza. Esas sabidurías originarias han fundado las bases de la medicina alópata occidental, pero su eficacia y pertinencia han sido

sistemáticamente desdénadas por la ciencia y los poderes fácticos que la sustentan, puesto que su estructura orgánica e integral representa una amenaza para la visión utilitaria de las fuerzas de la Vida como un recurso mercantil. Nuestros saberes ancestrales se han acallado, mas permanecen más vivos que nunca, palpitando dentro de nosotras. Esta tercera edición del «Manual in-

troductorio a la ginecología natural» sigue las huellas de las tradiciones perdidas y recoge aquellos conocimientos y prácticas con el fin de compartirlos y devolverles su lugar en nuestros cuerpos. Esta obra curiosa e inquieta, que brotó de una motivación sencilla, creció hasta convertirse en una investigación detallada sobre la sanación integral de la salud sexual de las mujeres. Hoy, corregida y aumentada, es ya una piedra fundacional para nuestro conocimiento y autocuidado.

TRASPLANTE DE FLUJO VAGINAL PARA LAS INFECCIONES VAGINALES

Un nuevo y original tratamiento para la vaginosis.

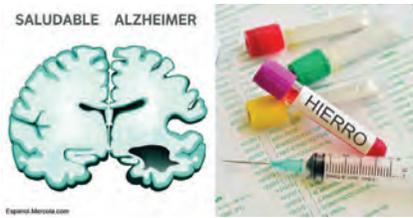
La vaginosis bacteriana común se produce cuando el equilibrio de microbios en la vagina (microbioma vaginal) se altera: los lactobacilos disminuyen mientras otras bacterias aumentan, y afecta a un tercio de las mujeres en edad reproductiva.

No es una afección grave, pero aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Y en algunas mujeres la infección se muestra intratable y recurrente y obliga a largos y frecuentes periodos de tratamiento antibiótico.

La técnica de este estudio piloto consiste en trasplantar a la paciente fluidos vaginales con microbios "saludables" de otras mujeres. Los autores señalan la necesidad de hacer más estudios que exploren las compatibilidades entre donantes y receptoras, y propugnan la creación de un banco de flujo vaginal.

Este estudio es el último en explorar el potencial de trasplantar microbios de un humano a otro. Los trasplantes fecales entre humanos ya han demostrado ser exitosos en el tratamiento de infecciones de la superbacteria *Clostridium difficile*, mientras que se están realizando esfuerzos para explorar si podrían usarse como tratamiento para el cáncer de intestino.

Lev-Sagie A, Elinav E, et al. Vaginal microbiome transplantation in women with intractable bacterial vaginosis. Nat Med. 2019 Oct;25(10):1500-1504.



MUJERES, HIERRO Y ALZHEIMER

Datos extraídos del Estudio Rotterdam establecen la relación entre anemia y Alzheimer.

El estudio Rotterdam se puso en marcha hace más de 20 años para seguir diversos aspectos de salud de la población y sigue activo. En éste artículo reciente, las/os autores analizan la relación entre anemia y bajos niveles de hemoglobina y el riesgo de presentar algún tipo de demencia y enfermedad de Alzheimer.

Tanto la anemia, especialmente la ferropénica, como la enfermedad de Alzheimer son más frecuentes en mujeres que en hombres, por eso este estudio es de especial interés para nuestra salud.

Se analizaron los datos de 12.305 participantes sin demencia, edad media 64,6 años, 57,7% mujeres, seguidos 12,5 años (hasta 2016).

Los resultados reflejaron que la anemia se asoció a un incremento de riesgo de 34% de demencia y de 41% de Alzheimer. Dejando claramente establecido que la anemia y la alteración de la hemoglobina son factores de riesgo de demencia y Alzheimer.

Wolters FJ, et al. Hemoglobin and anemia in relation to dementia risk and accompanying changes on brain MRI. Neurology. 2019 Aug 27;93(9):e917-e926.



EJERCICIO Y CÁNCER DE MAMA

Hacer ejercicio físico favorece la curación del cáncer de mama y reduce el riesgo de metástasis.

Hacer ejercicio no sólo previene el cáncer de mama, también puede ser un potente factor de curación para las mujeres con cáncer ya diagnosticado y en proceso de tratamiento así como para reducir el riesgo de metástasis.

Las oncólogas Julia Hamer y Ellen Warner han realizado una revisión de publicaciones de los últimos 10 años sobre cáncer de mama y cambios en estilo de vida, y han constatado que, de todos los hábitos cotidianos modificados (control de peso, ejercicio, dieta, tabaquismo, ingesta de alcohol, consumo de suplementos vitamínicos), el ejercicio cotidiano resulta ser el que más impacto tiene en reducir metástasis y muerte.

30 minutos de actividad física moderada cinco días a la semana, o 75 minutos de ejercicio vigoroso una vez por semana, son suficiente para marcar diferencias importantes (aumentar el tiempo aumentaba el beneficio).

Además, el mero hecho de hacer cambios positivos en hábitos cotidianos beneficia a las pacientes porque las empodera al reducir la sensación de pérdida de control que produce diagnóstico.

Hamer J, Warner E. Lifestyle modifications for patients with breast cancer to improve prognosis and optimize overall health. CMAJ. 2017;189(7):E268-E274.

Suscríbete al MyS para que podamos continuar



www.mys.matriz.net

¡Síguenos!

/Revista-MYS

/MySrevista

MyS MUJERES Y SALUD

Vale Regalo por la suscripción de 1 año (2 números) a la revista MyS.

- > Haz un ingreso de 20€ en la cc de CAPS: ES24 2100-0781-4902-0008-1043
- > Mándanos un mensaje a mys@pangea.org con los datos de la persona a quien se la regalas.

Con la colaboración de:

