

DOSSIER
ESPECIAL COVID

cuidar La sanidad pública... nos va La vida en ello

- EDITORIAL. NUESTROS derechos, tu salud. Rosa Turbau Valls. 2
- perspectiva de género y COVID-19. Varias autoras. 3
- EL Laberinto del corona virus. Fina Sanz. 6
- EL regalo del confinamiento. Ibone Olza. 8
- confinamiento... ¿cuál? Lara López Ansorena. 9
- sucede que a veces. Anna Pujol Flores. 12
- Hace un día espléndido. Elina Pereira Olmedo. 12
- Alteraciones del ciclo y confinamiento. Carolina Ackermann y Victoria López Benito. 13
- género y cuidado de La cronicidad. Vita Arrufat Gallén. 16
- contra La discriminación de Las dones NO ESTÁNDAR infectadas. 18
- A mí no me da La vida. Elina Pereira Olmedo. 18
- cuando pase La pandemia ¿quién cuidará de Los sanitari@s? Corina Hourcade Belloq. 19
- Lo dimos todo. Mar Rodríguez Gimena. 21
- Atención telefónica y pandemia sars-cov-2. Pilar Babi Rourera. 24
- sin amigas, sin cenas y con el COVID. Margarita Petit. 27
- vivir Los dueLos en tiempos de covid. Olga Fdz. Quiroga. 28
- Aquí envejeceremos juntos. Elina Pereira Olmedo. 29
- mejorar La inmunidad frente a La COVID-19. Carme Valls Llobet. ...30
- ser o no ser como La muñeca de Banksy. Regina Bayo-Borrás. ...32
- carta abierta a La UE sobre La vacuna de La covid-19. NOGRACIAS.. 34
- carta de despedida. Grup Àgata. 35
- nunca hay tiempo para Las mujeres. Roser Gallardo Ferrer. 36
- manifiesto de despedida. Tamaia-Viure sense violencia. 38



Rosa Turbau Valls

MIR de 2º de Medicina Familiar y Comunitaria

NUESTROS DERECHOS, TU SALUD

Son las 5 de la madrugada. Llevo desde las 8 de la mañana de ayer despierta, 21 horas seguidas trabajando en las urgencias del hospital. He parado media hora para comer y una hora para cenar, y sólo he podido ir al baño una vez. Estoy agotada, tuve otra guardia hace dos días y cuando se acabe ésta tendré que visitar a los pacientes ingresados, porque hoy el médico adjunto responsable no está. Quizá con un poco de suerte pueda tumbarme una hora entre las sábanas de una cama donde ya ha dormido un compañero antes.

Llega un paciente inestable, entro al box a visitarlo. Son segundos decisivos, tengo que interrogarle y explorarle rápidamente, hacer un diagnóstico, decidir las pruebas a solicitar y ponerle el tratamiento. Pero mi cerebro no es capaz de pensar con claridad; lentitud en el proceso deductivo, bloqueo en mi capacidad para razonar. Actúo en automático, aplicando los protocolos que he aprendido, pero mi intuición queda aparcada tras el cansancio. La inseguridad me invade, en cualquier momento puedo cometer un error de consecuencias fatales. Gracias a mi esfuerzo, a la ayuda de otros/as compañeros/as y al equipo de enfermería y auxiliares, logramos sacarlo adelante. Hemos tenido suerte esta vez, pero ¿y la próxima? Sé que diez horas antes hubiera atendido a ese paciente mucho mejor. Y, también, que si le hubiera dicho "Llevo 21 horas sin dormir... ¿te atiende?", me habría dicho que no.

Formo parte del colectivo de Médicas Internas Residentes (MIR); lo digo en femenino porque la mayoría somos mujeres (más del 60% en Catalunya y España). Hemos logrado las mejores notas en Selectividad para poder entrar en Medicina. Hemos estudiado intensamente 6 años de nuestra vida como mínimo, más uno extra para presentarnos a un examen durísimo para acceder a la formación MIR y especializarnos. Creo que, tras tanto esfuerzo, nadie puede dudar de nuestra vocación. Pero nuestra vocación no justifica la explotación a la que nos somete el sistema sanitario actual, que nos utiliza como mano de obra barata.

Es cierto que se puede trabajar de médica sin hacer el MIR (¡con una retribución notablemente mayor!), pero muchas escogemos invertir nuestro tiempo y esfuerzo durante cuatro o cinco años más para obtener una formación práctica sólida, en un proceso supervisado. Es inconcebible que tomar este camino implique peores condiciones laborales, una retribución menor, y no garantice un tiempo mínimo de formación por basarse mayoritariamente en tareas asistenciales.

Durante la pandemia Covid-19, esta situación ha empeorado

y en muchos casos se ha vuelto insostenible. Muchas MIR hemos encadenado jornadas interminables, asumiendo responsabilidades superiores a nuestro grado de formación, sin supervisión y sufriendo las consecuencias para nuestra salud mental del estrés físico, psicológico y emocional.

Por eso, hemos hecho varias jornadas de huelga MIR en septiembre y octubre en Catalunya, movimiento iniciado previamente en otras comunidades autónomas.

Resumo nuestras reivindicaciones:

Formación: Reclamamos garantizar un mínimo del 15% de la jornada destinado a formación no asistencial, y los recursos necesarios para una correcta supervisión.

Condiciones laborales: Exigimos que se garantice una jornada máxima de 48 horas semanales, incluyendo las guardias, y que se respeten los descansos de post-guardia y los semanales, asegurando espacios de descanso dignos durante las guardias.

Retribución: Teniendo en cuenta que los sueldos de las MIR no se actualizan desde 2006 y que su cuantía es la menor de todo el personal (incluyendo el no sanitario) que trabaja en un hospital, reclamamos un aumento de retribución, tanto de la jornada ordinaria como de la complementaria, para no tener que matarnos a guardias para llegar a fin de mes.

Durante todas estas jornadas de huelga hemos realizado concentraciones y manifestaciones en Barcelona, Tarragona, Girona y Lleida. Sin embargo, en ellas prácticamente todas las asistentes éramos las propias MIR, (acompañadas por algunos/as adjuntos/as que nos apoyan). ¿Dónde estaban los que aplaudían a las 8 de la noche desde sus balcones durante la pandemia? ¿Dónde estaban los pacientes indignados por tener que esperar cinco horas a ser atendidos en urgencias? En la mayoría de los servicios, las MIR somos las médicas que os atendemos primero y en quien depositáis la confianza para cuidar de vuestra salud. Somos también las médicas del futuro. La mejoría en nuestras condiciones laborales y nuestra formación repercute de forma directa en la atención que recibís y la que recibirán las generaciones venideras. ¿No os parece suficiente motivo para ayudarnos a llenar las calles, siempre que la pandemia lo permita, y hacer oír nuestra voz?

NOTA AL CIERRE. Dada la situación epistemológica, la huelga se ha desconvocado. Pero posiblemente en el futuro habrá nuevas movilizaciones. Allí estaremos las MIR (Médicas Indignadas Resistiendo). La lucha por Nuestros Derechos, es la lucha por Tu Salud. ¿Nos acompañas?

Perspectiva de género y covid-19

DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO POR LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS ESTUDIOS CIENTÍFICOS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19*

Pilar Losada León.

Médica de familia y comunitaria

Anna Pujol Flores.

Médica de familia y comunitaria

Ana Porroche-Escudero.

PhD en antropología.

Serena Brigidi.

PhD antropología médica.

Raquel Alcojor García.

Matrona, enfermera de salud mental y antropóloga

Pepa Bojó-Ballester.

Psicóloga

María del Mar García-Calvente.

PhD in Medicina

Isabel de La Paz Cañizares.

Farmacèutica

Aurora González Orero.

Médica. Dpl^a en acompañamiento comunitario

La actual crisis mundial derivada del nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2, y la enfermedad que provoca, la COVID-19, está impactando en las mujeres, especialmente en aquellas que pertenecen a grupos socioeconómicos más vulnerables¹. Los datos existentes desagregados por sexo muestran una mayor gravedad de la enfermedad en los hombres, con más casos de neumonía y más tasa de ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y fallecimientos, hecho que podría estar relacionado con las diferencias entre la respuesta inmune de cada sexo². Sin embargo, las tasas de infección son más elevadas en mujeres con un 56.6% del total³.

Cuando hablamos de impacto nos referimos a la enfermedad y a aquellos factores que afectan a la salud de las personas, como por ejemplo las políticas sanitarias y educativas, las prácticas sociales o la economía.

El sistema de género es un constructo social que regula de manera encorsetada los comportamientos de las personas según el sexo que se les asigna desde el nacimiento. Así se espera que los comportamientos de los hombres sean estrictamente masculinos y los de las mujeres femeninos⁴. El género afecta a todas las estructuras de la sociedad, incluyendo las políticas y servicios públicos, la medicina, los roles sociales que desempeña cada persona y el estado de salud poblacional, constituyendo un eje de desigualdad ampliamente reconocido⁵.

Por todo esto, este manifiesto cree que es fundamental la inclusión de la perspectiva de género en todas las investigaciones, programas y prácticas científicas⁶⁻⁸. Además, es necesario tener en cuenta que las desigualdades de género intersectan con otros ejes de desigualdad como el racismo, la homofobia, la transfobia, el capacitismo, el edadismo o la clase social entre otras^{9,10}. Del mismo modo, es necesario que los estudios futuros exploren la brecha de género en relación con el mercado laboral (por ejemplo, el acceso a

empleo, el desempleo y la cobertura del mismo)¹¹ y su relación con la enfermedad. También consideramos que la perspectiva de género debe incluirse de manera sistemática en los estudios sobre la COVID-19 crónica (personas que presentan síntomas por un tiempo superior a los tres meses)¹². Ignorar el impacto de la combinación del género con otras formas de opresión puede tener consecuencias sociales y económicas desastrosas, incrementado las desigualdades en salud¹³⁻¹⁵.

Feminización del ámbito sanitario y de los cuidados

La mayoría de los trabajos dentro del ámbito sanitario y de cuidados en el hogar están feminizados, teniendo estos últimos una especial representación de mujeres migrantes^{16,17}. Cabe destacar que las tareas de cuidados informales (o no remuneradas) constituyen la parte invisible del "iceberg" de la atención a la salud. Es decir, el 80% de la provisión de todos los cuidados estaría en la zona sumergida o invisible del iceberg, mientras que solo el 20% restante serían proporcionados por los servicios de salud¹⁸. En España más del 75% de las personas que prestan cuidados informales a personas dependientes son mujeres¹⁹. Cabe destacar que la situación de "informalidad" se traduce en una menor estabilidad económica y reducida capacidad para absorber la crisis generada por la pandemia actual, lo que incrementa la feminización de la pobreza²⁰.

Esta diferencia en la feminización de profesiones dedicadas a los cuidados se traduce en un mayor riesgo de contagio de la COVID-19 porque las expectativas sociales en torno a los roles de género influyen en la gestión de las condiciones y riesgos laborales (remuneradas o no). A pesar de la evidencia creciente e innegable no se está investigando de forma sistemática la



relación entre el género, las condiciones laborales y el riesgo de contagio. Además, en el contexto de la pandemia, hay que tener en cuenta que estar infectado y ser afectado no van necesariamente de la mano²¹. Tampoco se está estudiando el rol del género en la experiencia de la enfermedad, incluido el esfuerzo terapéutico y la mortalidad. Esta crisis no ha hecho más que acentuar y explicitar desigualdades de género existentes, poniendo de manifiesto la importancia de los cuidados y las cuidadoras, como base sustentadora de la vida.

Aumento de la violencia de género durante el confinamiento

Como ya hemos mencionado, es necesario desarrollar estudios que den cuenta de las diversas violencias que viven las mujeres, la infancia y el colectivo de lesbianas, gais, transgénero, bisexuales, intersexuales, queer, asexuales y otras sexualidades (LGTBIQA+)^{22,23}, que se han agravado durante esta pandemia. El confinamiento ha hecho que estos grupos sociales hayan tenido que compartir techo con sus agresores. Por ejemplo, en España, los datos recogidos a nivel estatal durante el periodo de confinamiento reflejan el aumento de las peticiones de ayuda por violencia de género²⁴. Según los últimos datos hechos públicos por el Ministerio de Igualdad²⁵, las llamadas al número de teléfono especializado en violencia de género 016 se incrementaron entorno a un 60% hasta finales de abril, con respecto a los mismos meses del 2019. También se han disparado las consultas online y la petición de ayuda psicológica. Se necesita una mirada de género global, interdisciplinar y transversal que permita identificar los factores que pueden acrecentar las violencias y desigualdades sufridas por las mujeres, la infancia, el colectivo LGTBIQA+ y las personas dependientes tras el confinamiento y durante esta crisis.

Salud reproductiva y la COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, con o sin pandemia, todas las embarazadas tienen derecho a tener una experiencia de parto positiva, ser tratadas con respeto y dignidad, estar acompañadas por una persona de su elección durante el parto, mantener comunicación clara con el personal

sanitario, recibir apoyo para aliviar del dolor y elegir la postura en el parto. Del mismo modo, la OMS continúa recomendando la lactancia aunque la madre sea COVID-19 positivo²⁶.

A pesar de estas recomendaciones, se han vivido situaciones de vulneración de los derechos de las madres y los bebés, justificadas en nombre de la contención de la pandemia. Como consecuencia se ha visto aumentar los casos de separación madre-recién nacido lo que afecta al desarrollo del apego y la instauración de la lactancia materna. También han incrementado el número de cesáreas, las dificultades para la recuperación física y psicológica de las mujeres tras el parto y, en términos generales, la violencia obstétrica en los partitorios²⁷. Además, la acentuación de la precariedad laboral de las mujeres a raíz de la COVID-19 dificulta el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Paradójicamente, los bebés que más se podrían beneficiar de la protección que aporta la lactancia materna son los que más riesgo tienen de no llegar a disfrutarla.

La atención a las madres y bebés durante el puerperio ha sido reducida a la mínima expresión y las madres apenas tienen apoyo al suspender las consultas presenciales. Los teléfonos de los centros de salud están colapsados. Como consecuencia, son más consultados los grupos de apoyo, que son de carácter voluntario, agotando sus escasos recursos, ya al límite antes de la emergencia por la tradicional falta de apoyo de la administración.

El colectivo LGTBIQA+ y el estado de alarma

También es necesario profundizar en las particularidades de las experiencias de las personas de la comunidad LGTBIQA+ durante la crisis sanitaria. Los resultados preliminares de un estudio de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) sobre los impactos psicosociales de esta población durante el estado de alarma muestran que más de un 60% de ellas han tenido que convivir en el domicilio familiar durante el confinamiento, incluso en "situaciones expresadas de no aceptación"²⁸, lo que ha podido transformar la cuarentena en un nuevo "encierro en el armario", con las consecuencias traumáticas que puede tener convivir con personas que niegan y menosprecian tu identidad. La discriminación del colectivo LGTBIQA+ actúa en muchas ocasiones como factor determinante para que muchas personas de la comunidad no puedan acceder al ámbito laboral formal y se vean obligadas a desarrollar trabajos informales, con la precariedad y la exclusión social que esto supone. Esta situación de exclusión se ha visto acrecentada por la situación de crisis.

Estructuras que faciliten la investigación

La pandemia también ha puesto de manifiesto desigualdades de género en las mismas estructuras que organizan y facilitan la investigación. El sistema de género no solo condiciona el plan-

teamiento de hipótesis, el diseño de la investigación y el análisis de los resultados; también influye en la “productividad”. Por lo general, las mujeres investigadoras y docentes tienen menos tiempo y energía para ser productivas a causa del trabajo académico “invisible” y que no se valora en los comités de promoción²⁹. No es de extrañar que la labor invisible la realicen desproporcionadamente las madres, las madres solteras, las más junior, las que están en situaciones de precariedad laboral, o las que pertenecen a grupos sociales LGTBIQA+, de clase obrera o minorías étnicas. Esta desigualdad de cuidados se sigue dando también entre parejas con alto nivel de estudios^{30,31} y en el teletrabajo elegido, en muchos casos impuesto, durante la pandemia actual³². Se necesita un cambio de modelo investigador/docente donde se redistribuyan las tareas administrativas de manera equitativa entre la plantilla laboral y se tenga en cuenta el peso de los cuidados a la hora de valorar la ‘productividad’ en los paneles de promoción y contratación.

También es necesario destacar que todavía existe insuficiente investigación biomédica y estudios sobre cómo el sexo y el género impactan en la salud y en las enfermedades. En la actualidad la mayoría de la investigación básica es llevada a cabo en modelos animales masculinos y no se requieren estudios fase II para comparar las dosis y eficacia entre hombres y mujeres^{33,34}. En cuanto al análisis de resultados es frecuente que nos encontremos con la falta de análisis por subgrupos entre hombres, mujeres y otros grupos del colectivo LGTBIQA+.

La figura de la persona “experta” todavía tiene rostro de hombre

Otro aspecto notorio de la pandemia es que la figura de la persona “experta” todavía tiene rostro de hombre. A pesar de que las mujeres diseñan estudios clínicos, lideran grandes equipos de investigación y asesoran a figuras políticas, sus voces y experiencias están ausentes en los discursos públicos³⁵ y del imaginario colectivo sobre el género y la investigación.



A modo de conclusión

Hemos ilustrado cómo el género es un factor clave a la hora de entender la relación entre el SARS-CoV-2 y los procesos de salud/enfermedad/atención. Dejar al margen la perspectiva interseccional y de género en los estudios científicos sería como hacer una silla con tres patas o empezar una casa por el tejado: inútil.

Por todos estos motivos, consideramos que incluir las lentes del género y la interseccionalidad es tan importante como conocer el historial clínico de una persona y necesario para obtener resultados científicos más ajustados a la realidad, favoreciendo el universalismo proporcional³⁶ que mejora la equidad en el abordaje de la salud.

*TEXTO COMPLETO en: <http://www.nogracias.org/2020/09/24/documento-de-posicionamiento-por-la-inclusion-de-la-perspectiva-de-genero-en-los-estudios-cientificos-en-el-contexto-de-la-pandemia-de-la-covid-19/>

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52075/OPSEGCLECOVID190001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (2020).
- Equipo COVID-19. RENAVE. Centro Nacional de Epidemiología. CNE. Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe n.32. (2020).
- Missé, M. & Coll-Planas, G. El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. (Egales, 2010).
- Viveros Vigoya, M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Fem.* 52, 1–17 (2016).
- Mlambo-Ngcuka, P. COVID-19: un lugar protagónico para las mujeres. ONU Mujeres <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/statement-ed-phumzile-covid-19-women-front-and-centre> (2020).
- Escartín-Lasierra, P. & Gimeno-Feliu, L. Inmigración, minorías étnicas y salud. En *Salubrismo o barbarie: Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales* (eds. López-Ruiz, V. & Padilla, J.) 148–164 (Atrapasueños Editorial, 2017).
- Durán, M. Á. La riqueza invisible del cuidado. (Universitat de València, 2018).
- García Calvente, M. del M., Del Río Lozano, M. & Maroto-Navarro, G. Género, cuidados y coronavirus: antes, durante y después de la pandemia. Blog Comprender el COVID-19 desde una perspectiva de Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/genero-cuidados-y-coronavirus-antes-durante-y-despues-de-la-pandemia/> (2020).
- Instituto de la Mujer. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19. (2020).
- OMS. Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth> (2020).
- Compromiso RSE. La pandemia agudiza el paro femenino y aumenta la brecha de género. Compromiso RSE <https://www.compromisorse.com/rse/2020/07/29/la-pandemia-agudiza-el-paro-femenino-y-aumenta-la-brecha-de-genero> (2020).
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac. Sanit.* 26, 182–189 (2012).



el Laberinto DEL CORONA VIRUS*

Fina Sanz

Psicoterapeuta

finasanz@terapiareencuentro.org

Curiosamente, el encierro en casa por la pandemia del coronavirus me ha hecho recordar el concepto del laberinto, del que ya he hablado en alguno de mis libros, especialmente en *Los laberintos de la vida cotidiana*, en donde presento un laberinto básicamente personal, el de la enfermedad. También hablo de ello en el libro de *La pareja: un proyecto de amor*, en donde lo presento también como un laberinto relacional. La pandemia del coronavirus tiene las características de laberinto social, relacional y personal.

¿Por qué lo quiero poner como ejemplo en este libro de *La escucha terapéutica o el desarrollo del corazón compasivo*? Porque, a diferencia de como se la presenta, "una guerra", que implica una visión de combate, lucha, enemigo... se puede enfocar el proceso de otra manera que permitiría una lección para una transformación personal, relacional y social; desde el autoconocimiento, instrumentos para abordar el problema, el camino que hemos de recorrer, la complementariedad de la palabra y la escucha, y cómo esas palabras que escuchamos pueden ayudarnos en el proceso y fortalecernos, o por el contrario, hacernos sentir más vulnerables y conectarnos con emociones que nos hacen daño.

El laberinto es un camino; un camino confuso, lleno de emociones: miedo, rabia o tristeza. A veces, de alegría, porque creemos que ya vamos a salir, pero luego vemos que todavía no, y volvemos a dar vueltas y más vueltas y volvemos a sentir miedo o rabia. Es un camino tortuoso: no sabemos ni cómo nos hemos metido, ni sabemos cuándo, ni cómo vamos a salir de ahí.

Los laberintos tienen:

Un inicio

Un desarrollo (el camino)

Una salida

El inicio

Es cuando nos preguntamos ¿cómo estoy aquí?, ¿cómo me he metido? Y, luego: ¿cómo voy a salir?

Los laberintos se inician porque la Vida nos coloca ahí, sin que hayamos hecho nada para facilitararlo. Pensemos por ejemplo en

un terremoto que nos destruye la casa, o que muere alguien querido; o un virus que surge y multiplica los contagios y al que quizás estás expuesto porque tienes un cuerpo vulnerable. Y en otras ocasiones nos metemos en un laberinto —inconscientemente— por nuestros guiones de vida; te metes en situaciones complicadas, laberínticas, por tus creencias, por tus actitudes, etcétera. En definitiva, por cómo te colocas en la vida, que te va mal, sin que seas consciente de ello.

El desarrollo del laberinto, el camino

Pero, sea como sea, "ya estás dentro del laberinto". Y, ahora, "¿cómo salgo?"

Cuando se está dentro del laberinto no se puede salir a voluntad, no es una salida racional —aunque utilicemos también nuestra racionalidad—. Es un camino de transformación, es un proceso de transformación.

No es un camino fácil ni corto. Eso es lo que quisiéramos. No es posible. Si fuera fácil, seguramente no sería un laberinto, sería un pequeño problema. No. Un laberinto es un camino largo, enredado, donde se viven muchas emociones, se tienen muchos pensamientos, muchas sensaciones. Es un camino caótico. No sabemos por dónde ir, cómo dirigirnos. Y eso nos genera miedo, enfado, inseguridad...

Es un camino en donde hemos de hacer también muchos duelos, despedirnos de muchas cosas, quizás de creencias, quizás de antiguas formas de actuar, también de personas.

Es un camino de transformación personal, y eso requiere un tiempo. No cambiamos de un día para otro. Necesitamos tiempo, tiempo para centrarnos, reflexionar, acompañarnos, soltar lo que ya no nos sirve y acoger nuevas posibilidades, nuevas propuestas. En definitiva, entender algo. Que el camino nos de nuevas claves para nuestra vida, para vivir mejor, para entender algo y cambiar.

Y en ese camino laberíntico vamos a encontrarnos con aliadas/os y con monstruos.

Las aliadas y los aliados: son personas, animales o cosas —circunstancias— que nos ayudan a transitar el camino, que nos dan autoconfianza, que nos ofrecen claves de conocimiento, ayuda, ánimo, compañía, seguridad. En suma, que nos hacen el camino —de por sí difícil— más fácil.

Los monstruos: son personas, animales o cosas —circunstancias— que nos hacen el camino más difícil, nos engañan, nos ponen obstáculos, nos hacen sentir mal.

Y ese hacernos sentir bien (aliados/as) o mal (monstruos) se hace sobre todo a través del lenguaje, de la palabra: "Tú puedes, tranquila", "Eres incompetente, no vales nada", que

escuchas. También por un gesto, una sonrisa —¿amorosa?, ¿de burla?—, etcétera.

Siempre que estamos en un laberinto hemos de buscar aliados/os para que, si bien no pueden hacer nuestro viaje, al menos nos ayuden a transitarlo mejor y en menos tiempo.

Pero los aliados y las aliadas y los monstruos no solamente son externos, sino que tú misma/o puedes actuar contigo como aliado/a o como monstruo. Cuando te maltratas, te dices cosas desagradables, hirientes o te desvalorizas, actúas como monstruo. Por el contrario, cuando respiras, meditas, te centras, tratas de relajarte, te animas, te acompañas con ánimo, te das confianza o haces algo que te gusta, actúas como tu mejor aliada/o.

No te sirven los aliados y las aliadas si tú funcionas contigo como monstruo, porque tienes más fuerza que los/as aliados/as. Para salir del laberinto, una condición importante es, no solo buscarte aliadas/os, sino que seas tu mejor aliada/o. De esta forma te ayudas a transitar el camino, aprendes.

La salida del laberinto

La salida del laberinto es la transformación, el conocimiento. Algo has tenido que aprender en el camino, te ha dado claves, has tenido que transformarte. Y cuando sales, no eres la misma persona. Has cambiado alguna creencia, valores o comportamientos.

El laberinto del coronavirus en las tres dimensiones

Hay laberintos fundamentalmente personales, en los que quizás nadie se da cuenta de que vive en ese laberinto salvo tú mismo/a; hay laberintos relacionales, como por ejemplo los que se pueden producir en las relaciones duales: con tu pareja, en las relaciones madres/padres e hijos/as o con las amistades. Y luego están los laberintos sociales, donde la comunidad se ve inmersa de una u otra manera en ese laberinto. Apliquemos todo esto a lo que hemos vivido en la pandemia del coronavirus, y qué hemos sentido frente a todo lo vivido externamente e internamente. Pensemos en cómo hemos reaccionado día a día, ante una noticia, ante unas palabras o ciertos gestos. ¿Qué aliados/as y monstruos podemos reconocer externos e internos? ¿Estamos aprendiendo algo? ¿Lo que escuchamos nos ayuda, nos da fuerza o nos bloquea?

Pongo algunas preguntas para la reflexión:

¿Cómo me sentí cuando escuché que el coronavirus había aparecido en China?

¿Qué sentí cuando aparecieron las primeras personas contagiadas en mi país? ¿Cuándo aparecieron lejos de mi comunidad? ¿En mi comunidad?

¿Qué ocurrió cuando se propusieron medidas como mantener una distancia en la calle?

¿Y en los supermercados? ¿Qué ocurría allí?

¿Cómo me sentía frente a diferentes audios y vídeos que aparecían en los whatsapps y que se compartían? ¿Qué ocurría cuando alguien te decía que esa noticia era un bulo?

Y cuando hubo confinamiento en la casa ¿cómo lo llevabas? ¿qué hacías? ¿Cómo te sentías o qué hacías para sentirte bien?

Y las relaciones en casa, con la familia, ¿facilitó las relaciones, la convivencia o generó violencia, conflictos?

¿Cómo te sentías con tu perro cuando paseabas?

¿Puedes identificar quiénes te servían de aliados/as externos e internos —qué palabras te decías, qué hacías para sentirte bien—?

¿Cuáles han sido los monstruos externos e internos —lo que tú te decías o hacías— que te favorecían el encontrarte mal?

¿Cómo identificarías en lo social a las entidades o grupos sociales que estaban en la sanidad, en los transportes de alimentación, voluntariado?

Estas son algunas preguntas para la reflexión, en general. Pero tú eres la única persona que sabe cómo ha transitado el laberinto, en donde, en última instancia, te has ido comunicando —palabra hablada, gestos, lenguaje corporal, simbólico— y has ido escuchando los mensajes, las emociones tuyas y de los demás. Y es bueno saber si eso ha facilitado y facilita el tránsito por el laberinto, así como el pensar cómo ha sido tu respuesta frente a ello y qué has aprendido.

LIBROS DE FINA SANZ

- LOS LABERINTOS DE LA VIDA COTIDIANA. La enfermedad como autoconocimiento, cambio y transformación. Kairós, 2002 (reedición 2013)
- EL BUENTRATO como proyecto de vida . Kairós, 2016
- DIÁLOGOS de mujeres sabias. Kairós, 2013
- HOMBRES CON CORAZÓN. Hablando de la segunda mitad de la vida. Kairós, 2015
- LOS VÍNCULOS AMOROSOS. Amar desde la identidad en la Terapia de Reencuentro. Kairós, 2007 (reedición 2014)
- PSICOEROTISMO FEMENINO Y MASCULINO. Para unas relaciones placenteras, autónomas y justas. Kairós, 2012
- LA FOTOBIOGRAFÍA: imágenes e historias del pasado para vivir con plenitud el presente. Kairós, 2008

* Original en Letras Kairós <https://www.letraskairos.com/recogimiento/el-laberinto-del-coronavirus-una-reflexion-de-fina-sanz>





Ibone Olza

Psiquiatra infantil y perinatal,
madre y activista

10-05-2020

Ahora que se vislumbra su fin, creo que el mayor regalo que nos ha traído el confinamiento ha sido el tiempo para la escucha. Propia y ajena. Por una vez hemos tenido tiempo sin excusas ni escapatorias para escucharnos y escuchar a otras. Claro que también hemos tenido muchas ganas de escapar, agobios, preocupaciones, miedos y síntomas variados. Pero este tiempo sin mucha posibilidad de huida física ha desatado procesos muy interesantes en muchas personas. Hemos tenido tiempo para escuchar nuestros cuerpos, para sentir los cansancios, los apetitos y los deseos. Tiempo para limpiar los armarios mientras que por dentro ordenábamos los afectos. Para aburrirnos, tocarnos el ombligo, mirar el techo y por una vez vagar sin prisa por llegar a ninguna parte.

No pretendo negar todo el dolor que muchos están viviendo, pero creo que es importante nombrar todo lo bueno. De toda la gente que he escuchado (y que me ha escuchado) me quedo con la impresión de que este frenazo brutal ha desencadenado una avalancha de procesos internos, de inicios de revoluciones íntimas. Las consecuencias, los resultados, puede que no se vean a primera vista ni inmediatamente. Puede ser que volvamos pronto a algo parecido a lo de antes. Pero yo creo que en muchos ha comenzado a germinar la semilla en un campo que llevaba tiempo preparándose para ser fértil. El decrecimiento ha dejado de ser una fantasía utópica para convertirse en una posibilidad real y necesaria. La revalorización de los cuidados, la necesidad de dedicar tiempo a los afectos, todo eso se ha vuelto real y urgente, tangible. El descubrimiento de lo poco que en realidad necesitamos para vivir medianamente bien, o tal vez incluso mejor que antes. Una vez cubiertas las necesidades básicas, tal vez menos, muchísimo menos, sea de verdad más, y lo estamos comprobando. He escuchado a gente que ha sufrido un ERTE decir que en realidad no desean volver a ese trabajo que han perdido. Otras que se han conectado con su deseo de vivir

EL REGALO DEL CONFINAMIENTO: tiempo para La escucha*



en el campo. De recuperar la bici. Hay quien ha empezado a cocinar a fuego lento, sin Thermomix. Quienes hemos hecho la transición vegetariana y quien se ha empezado a preguntar por el origen de los alimentos. Quien siente pánico ante la simple idea de volver a pasar media vida entre aeropuertos y estaciones, quien de repente siente rechazo máximo al recordar el estrés de las últimas vacaciones, rodeados de turistas enganchados a los selfies o apoltonados en aviones baratos.

Hemos cambiado, estamos cambiando. El confinamiento ha tenido mucho de regalo. Para muchas madres ha sido como volver al puerperio: a ratos nos daban ganas de salir corriendo y deseábamos que el tiempo pasara lo más rápido posible. Pero pasados los ratos de desbordamiento, una vez que aceptamos que la única escapatoria posible era la presencia, y mirábamos a los ojos a quien teníamos enfrente, se abrían otras posibilidades inauditas. Entre otras, la mejor y más importante: una oportunidad única para escucharnos y sanar nuestros vínculos cercanos. Con presencia y atención, con escucha, con cuidado y amor. Los resultados se irán viendo, estoy segura.

Sí, vamos a echar de menos algunas cosas de este confi(n)amiento, pero las semillas ya están bien plantadas y muchas floreciendo. Feliz reencuentro y feliz primavera. Nos vemos en los campos.

* Original en <https://iboneolza.org/2020/05/10/el-regalo-del-confinamiento-tiempo-para-la-escucha/>



confinamiento... ¿cuál?

Lara López Ansorena
aiama.fakt@gmail.com

«¿Faltará mucho para que amanezca?»... «No sé si voy a poder con esto»... «Se me van a caer encima estas 4 paredes!!!»... «Venga, va nena, no te pongas neurótica, recuerda, coloca los pensamientos a tu favor, que esto va para largo»... «No te creas todo lo que piensas, vaaa!, pensamiento positivo, piensa en... el desayuno rico que te harás, por ejemplo!»

Así transcurrieron días y días. Con sus largas horas, minutos y sus interminables noches. A menudo no sabía en qué día de la semana vivía. Tampoco me importaba. Gran parte del tiempo no me importaba casi nada, más que procurar nuestro bienestar en la medida de lo posible y que el tiempo pasara. Y lo hiciera cuanto antes.

«¿Estaré depre? No me cuadra del todo...pero, ¿quién sabe! desde luego que bien no estoy... aunque ni la médica, ni la psico parecen darle mucha importancia..., ¿quizá he perdido la cabeza y nadie se está dando cuenta!, desde luego que este periodo, ¡ingredientes potenciales para ser un acontecimiento traumático, tiene! ¿Será esto el síndrome de estrés postraumático?»

Los meses en la cueva fueron complejos... y complicados para mí: de muchos y diversos malestares: dolores físicos que se iban desplazando por el territorio de mi cuerpo, oscuridad anímica, intensidad emocional, desajuste orgánico, confusión mental, aislamiento social... me enfrentaba al proceso de adaptación más radical que una persona posiblemente transita: ¡todo nuevo y con menos fuerza que nunca!

Todo mientras aprendes y compruebas que el bebé que acabas de parir también se va adaptando favorablemente. La reconstrucción física e identitaria se tienen que ir haciendo a la vez que todo lo demás. Sin tiempo para parar a asimilar, sin pausa para integrar. Y además, más cansada que nunca. La falta de experiencia y dudas en todo el proceso ya de por sí no serían fáciles ni en las condiciones óptimas. Y eso que yo contaba con un padre comprometido e implicado a mi lado!

Los días se asemejaban mucho: llanto, teta, pañal, limpiar, bodies, algunos whatxapps, todas las visitas imaginables



y más a la farmacia (donde, por cierto, quizá porque quieran tu dinero me dirán, pero es de los lugares donde más escuchada me sentí, milesker emakumeak!)... *«¿ya estará abierta? está oscuro... no sé qué hora es...»*. A veces tenía la sensación de que la vida era eso que sucedía fuera de la ventana... como si yo y nosotras hubiéramos quedado en una esfera paralela que funcionaba bajo otros parámetros espaciotemporales... *“Esa otra luz encendida... ¿será otra ama con su bebé...?”* y me autoacompañaba imaginándolo...

Acudí varias veces a la consulta de la matrona, a la de la médica de cabecera, a una psicóloga privada, a un fisio privado por los intensos dolores musculares que tenía. *“Es que yo no estoy bien...”*, solía pedir ayuda, quizá en voz demasiado baja... Por increíble que parezca, nadie supo ver lo que más tarde mi amiga vería:

«Tía, yo perdí la cabeza en aquel paritorio... es como un trastorno bipolar...a veces broto, siento una activación intensísima con taquicardias y he tenido arritmias!, otras estoy tan abajo que sólo quiero llorar y me cuesta horrores arrancar...»

Una de esas amigas que me acompañó en la distancia (gràcies cuques) me comenta un buen día: *«Nena, ¿y te han hecho analíticas? ¿por qué no pides? A mí todo lo tuyo me suena mucho a tiroides...»*. Y acertó. Cuando por fin llegué meses después del parto a la consulta de la endocrina, con las lágrimas al borde de los ojos (también por la emoción que las personas sentimos cuando por fin sabemos que lo nuestro tiene un nombre y tratamiento) y tímidamente pregunté, mientras ella tecleaba y no separaba sus ojos de la pantalla, si ese desequilibrio podía tener que ver también



Muchas de las respuestas y reacciones, en los breves encuentros sociales que solía tener, me sorprendían y entristecían cuando poco o me enojaban cuando mucho (aun a sabiendas de que no era personal y de que cada quien hace lo que puede). Casi a modo de trabajo de campo de un proyecto de intervención social (también por la poca energía disponible y por un mínimo autocuidado y compromiso con mi honestidad y autenticidad), a las preguntas re-

con mis alteraciones anímicas, su respuesta seca y cortante *"No, todo lo demás sí, pero eso no..."* volvió a sacudirme. Más nada. Todavía alucino. Meses después daría con una profesional cálida y empática (gracias Carme) que me diría *"Sabes que con esos valores, ¿podías haber muerto?"* y volvería a confiar. Y a llorar. Esta vez no de frustración, sino por el poder del reconocimiento y del cuidado, y claro, empecé mi proceso de recuperación.

No podía haber imaginado antes la de funciones que se regulan desde ese pequeño órgano nuestro (como tantas otras veces que no valoramos hasta que nos deja de ir bien ese algo). Además de que mi fuerza y energía oscilaba considerablemente, mi cuerpo se infló y desinfló, tuve periodos de taquicardias (que me medicaron y controlaron), tenía sofocones, el pulso me temblaba a menudo, además de una amplia gama de emociones incómodas (y estigmatizadas, en nosotras) como enfado, tristeza, ... hubo periodos de insomnio y otros en que tuve tanto dolor muscular que me costaba incorporarme o coger a mi bebé de 3 escasos kilos..., mi piel se reseco tanto que anduve probando cremas diferentes para los eccemas y champús para las costras de la cabeza..., a veces tenía unos calambres a lo largo de toda la pierna dolorosísimos, por no hablar del apetito sexual o de los puntos en mi vagina, o las grietas en los pezones, etc.

Las salidas durante aquellos meses a la calle eran impredecibles. Ambivalencia. Quizá no era más que el calentamiento de la de ambivalencias que la maternidad trae consigo...

tóricas de convención social sobre qué tal estás respondía que «mal» o «pasándolo» o «en proceso» o, según cuánto había podido dormir y por tanto recuperado, algo más creativo en la misma línea. Vaya, que bien no. Estaba la gente algo evitativa..., la que minimizaba..., la que trivializaba tu malestar..., la que con su respuesta te hacía entrever que también ella lo había pasado mal pero que pasaba y que le faltaba añadir un «buena suerte compañera...cuando atraveses tu desierto estamos, que ahora es muy incómodo estar a tu lado» (qué diferente sería nuestro mundo si no sintiéramos que DEBEMOS de HACER algo en esas circunstancias y si simplemente mostráramos nuestra escucha sin juicio y, si nos apeteciera, nuestra disponibilidad. Más nada). Encontré tan poco de eso... ¡Qué sola me sentí!

En muchos de aquellos encuentros, no casualmente, estaba mi ama, a mi lado, sabia (ahora entiendo por qué las recientes amas a menudo van con sus amas al lado:, porque además de hacer de amiga, babysitter, psicóloga, cocinera, proveedora..., también hacen de amortiguadores, ¡gracias infinitas, por tanto!).

Algunos días me esforcé por encajar..., aunque los menos. Y con poco esfuerzo. Aun con aquellos frustrantes y dolorosos encuentros, cuando por fin conseguía que saliéramos de casa, esos ratos de paseo, mientras la peque dormía, con el sentir el aire en la cara, ver más allá que las paredes de mi casa y simplemente, caminar, me reponían. Los recuerdo como un remedio artesano de lo más reparador. Un momento en el que poder abstraerme, salir de la inter-

minable cadena de cuidados; arrancar por un ratito el modo automático y dejarse llevar por la inercia de la sillita llegó a ser de los mejores planes para mí durante un tiempo. No puedo imaginar lo que habrán pasado en el encierro de la pandemia esas mujeres en doble confinamiento, que no han podido desconectar y disfrutar de esos paréntesis de desconexión y aireación tan necesarios para seguir.

Así que me sorprendió cuando, en aquellos breves paseos, la gente empezó a preguntarme más como de verdad que «qué tal lo llevaba». Me parecía que había menos prisa por salir corriendo, más interés genuino..., quizá por las ganas de contar sus propios malestares... Me preguntaban por el encierro. Pero... ¿Cuál? ¡Llevaba tantos meses de encierro!

¡Y es que, en ese momento todo el mundo estaba encerrado! ¡Se había impuesto un confinamiento!

Mi energía la fui poniendo en mí. Y en ella. En mí para recuperarme. En ella, que afortunadamente siempre estuve muy bien (y que tanto yo como su padre la cuidamos amorosamente), en intentar transmitirle toda mi confianza y certeza de que todo iba a ir bien, de que su ama iba a ir a mejor, que la quería, la iba a cuidar siempre y a amar. Y es que, pese a los altibajos, jamás este amor y cuidados se vieron comprometidos, no vayamos a confundir las cosas.

Cada cual llegábamos desde donde llegábamos al confinamiento. Yo llegaba de otro confinamiento ya. Llegaba con un entrenamiento intensivo (forzoso a veces, autoimpuesto otras), por el proceso vital del maternaje primerizo, convaleciente y con una salud deteriorada y una vivencia traumática del parto, vulnerable también por la ausencia de una red de apoyo y de iguales, vulnerabilizada por la mediocre atención institucional (por recursos y profesionales con saturación) y el individualismo social... ¡Desde ahí llegaba yo! Y fue más o menos entonces, cuando la medicación empezó a hacer efecto, cuando algunas de las cicatrices empezaron a doler menos (de las invisibles, sí claro, casi siempre va de esas), cuando algunos de los momentos de conexión e interacción con mi txiki dotaron de sentido a tantos vacíos, interrogantes y lágrimas. Así que mientras el resto del mundo se desmoronaba y el resto de las personas se replegaban, recluían y asustaban, mi ser empezó a abrirse nutriéndose de esa (auto)confianza incipiente, mi cuerpo a relajarse, nuestra relación a fortalecerse y mi nueva identidad a brillar, como Ella...

Durante aquella hora permitida de calle, me di los mejores paseos en un año, con sus 12 largos meses..., con una sonrisa en la cara que contrastaba con el panorama general. Porque ahora sí, SENTÍA (y no sólo sabía) que todo pasa, y que todo iba a ir maravillosamente bien. Es así como yo llegué al momento social histórico del estado de alarma. Medio sonriendo. Confiada. Confirmando el sistema social mediocre en el que habito, que llena de mitos la maternidad, presiona a las mujeres para que lo sean y las abandona después. En todo caso las atenderá si es para hacer hipopresivos, que ya vuelves a ser mujer y como tal has de volver a estar normativamente guapa y lista para la mirada y aprobación social y masculina, "como si aquí no hubiera pasado nada", ya sabes.

Por esa sensación de injusticia e hipocresía decidí superar las vergüenzas y dar más volumen a las voces de la acción, y visibilizar que no todas las maternidades son estupendas y fáciles como nos hacen ver, que hay inicios (o continuaciones) llenos de malestares y dificultades y que esas mujeres nos necesitan (necesitamos). Que intervenir, acompañarlas desde los diferentes estratos y ámbitos de la sociedad no es sólo invertir en la salud integral de éstas, sino en la de las futuras personas de la sociedad. Las futuras sociedades. Si entendiéramos la importancia y cómo influye la calidad de ese apego inicial en el futuro de estos seres que acaban de llegar, en el correcto desarrollo de su ser..., y es que, aunque yo no las encontrara, la OMS nos habla de datos alarmantes sobre la salud mental de las mujeres embarazadas o puérperas. Así que llámenle tiroiditis postparto, depresión perinatal, ansiedad postparto o como quieran. Lo mismo me da.

Imagino que no debe haber sido fácil ese doble confinamiento, así que desde aquí mi cálido abrazo lleno de fuerza y esperanza compañeras. Con la esperanza de que mis palabras iluminen otras cuevas y sacudan alguna conciencia, os animo a que si atraviesas cualquier estado que atenta contra el imperativo de la buena madre o la familia feliz te escuches, te cuides y pidas ayuda, si es que la necesitas. Nada tiene que ver transitar estos estados y mostrarlos con la calidad de madre que podemos llegar a ser (las mejores, por cierto, para nuestras criaturas). Y quizá, de paso, consigamos que se promuevan entornos más empáticos y sensibles... Así que si algo te vibró mientras me leías, te invito a ponerte en contacto conmigo y te cuento del proyecto que pronto verá la luz.



SUCEDE QUE A VECES

Anna Pujol Flores
Médica de familia

Tal y como dice Ismael Serrano, sucede que a veces, sin saber cómo ni cuándo, algo te eriza la piel y te rescata del naufragio. Quizás ese naufragio sea para muchos este momento que vivimos actualmente y para el cual ninguno estábamos preparados. Tan solo unas semanas de toda una vida, pero suficientemente importantes como para impactar en el resto de nuestros días. Quizás ese erizar la piel surge del tiempo que se nos ha concedido para auto analizarnos como personas, como profesionales, como sociedad. Podernos darnos, ni que sea unos segundos, para repensarnos como individuos y valorar lo que teníamos o visibilizar aquello de lo que nos queremos desprender.

Y es que hacer un receso en el camino es algo que muchos necesitamos hacer al menos una vez en la vida, para poder hacer una priorización y dar valor a aquello que consideramos realmente importante. Vivimos en una sociedad en la que no está bien visto parar por un segundo y escucharse. Andamos siempre con prisas, quejándonos, ocupando nuestro tiempo en banalidades y atormentándonos por cosas que nos pasan, la mayoría de ellas de escasa importancia. Somos incapaces de tomar decisiones que supongan una solución real a aquello que nos amarga, porque el riesgo nos da inmenso miedo. En realidad y aunque suene triste, son escasas las veces en que nos convertimos en dueños reales de nuestra propia vida.

Estas semanas, ante la gran cantidad de cambios experimentados y movida sobre todo por el miedo, la incertidumbre, la culpa y el desconocimiento, se disparó mi enfado y rabia, cegándome totalmente. Así pues andaba quejosa y enrabietada, e instaurada en la negatividad, inicié una autodestrucción que por suerte fue breve.

Sin embargo, de repente algo hizo que todo cambiara dentro de mí. No sé exactamente que fue. Quizás un texto, una imagen o las sabias palabras de alguna de mis personas imprescindibles, pero a partir de entonces fui consciente de la oportunidad inédita que tenía de recomponerme y hacer real aquello que andaba tiempo imaginando. Y de repente empecé a construir.

Construir a nivel profesional, familiar e individual, impulsada por personas maravillosas que he ido conociendo durante estos días y por aquellas que siempre estuvieron allí, aunque yo no fuera consciente de ello muchas veces. Todas ellas me han inspirado y me han devuelto la ilusión, dejando entreabierto una puerta ante mí para que yo pasara por ella. Amigos de siempre, desconocidos que ahora ya no lo son, compañeros de trabajo, algunos pacientes y mi fantástica familia y pareja, me han ayudado más que nunca, permitiéndome ver que tal y como dice Antoine de Saint-Exupéry en El principito, "lo esencial es invisible a los ojos".

Hace un día espléndido

Hace un día espléndido soleado, frío. Salí a comprar

Alguna cosa que me ayude a sortear los sucesivos naufragios

Que me acechan. Mis viejos temores no caben en un microscopio;

Anidan en cuerpos presentes en miradas frías en cálculos que no me incluyen

En maniobras de toma y daca donde tú y yo somos la mercancía mal pagada

Así era yo esta mañana cuando fui a comprar a la farmacia

Nos saludamos lo imprescindible ¿La última...? Soy yo; ocupo mi lugar

Respetando el espacio que raciona los cuerpos 2 metros de distancia y sin hablar

Refugiamos la mirada detrás de gafas de sol

La mascarilla es un muro no hay sonrisas detrás

Cualquier otro puede ser un enemigo, así es la guerra

Hay infiltrados- por si acaso se pintan celdas blancas en el suelo al aire libre

Sin techo ni paredes una colmena horizontal para alojar cuerpos vivos

Menos mal que al otro lado de la calle hay un jardín

Hoy un poco descuidado pero es al fin, un lugar donde posar la vista que no duela

No hay que saltar barreras se me entrega generoso

En su interior una vieja mansión llena de sombras espera que otro día

Una llave herrumbrosa abra sus ojos

A lo lejos canta un gallo por aquí ladran perros invisibles

Ningún motor responde. En esta llanura de silencio nuestras vidas pequeñas

Ocupan su lugar debido aquí en el escenario

Elina Pereira Olmedo, 2 de Abril de 2020

ALTERACIONES DEL CICLO Y CONFINAMIENTO

ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ALTERNACIONES EN EL CICLO MENSTRUAL Y LA EXPERIENCIA DEL CONFINAMIENTO. PRIMEROS RESULTADOS



Carolina Ackermann
María Victoria López Benito
 Coordinadoras del Encuentro de Cultura Menstrual.
hystera.saludfemenina@gmail.com

El contexto que motivó el estudio

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró que la situación de emergencia ocasionada por el brote epidémico de la COVID-19 a nivel mundial, justificaba la declaración de pandemia. Las medidas restrictivas de movilidad para la población mundial, junto con cuidar de la salud marcó un momento histórico y sin precedentes en la historia más reciente. Las circunstancias de estrés, miedo, incertidumbre o, por el contrario, de relax, distención, oportunidad de compartir tiempo de calidad en el hogar, provocaron manifestaciones atípicas en el comportamiento de las hormonas sexuales del ciclo menstrual femenino.

En abril del 2020 no pocas mujeres de manera individual, comenzaron a hacer llegar a través de diversas cuentas de Facebook o Instagram de expertas en ciclo menstrual, sus inquietudes sobre cómo estaban viviendo situaciones inusuales en los patrones de regularidad de sus menstruaciones. Para el mes de mayo 2020 ya se preveía una inquietud colectiva de adolescentes y mujeres en etapa fértil. Las diversas experiencias menstruales nos revelaban relatos de retrasos en el ciclo, de ausencia de menstruación y otras manifestaban tener otros cambios atípicos en sus ciclos.

A nosotras, como investigadoras y divulgadoras de la nueva Cultura Menstrual positiva e integral, nos surgió la necesidad de aprovechar el excepcional momento que estábamos viviendo para recopilar información sobre cómo estaban ciclando las mujeres en situación de confinamiento. Desde nuestra plataforma Encuentro de Cultura Menstrual, consideramos oportuno lanzar una encuesta de investigación con algunas preguntas básicas para obtener datos de una buena cantidad de mujeres en la diversidad de experiencias menstruales que se vivieron durante marzo, abril y mayo de 2020.



¿Por qué es importante saber cómo es el ciclo menstrual durante el confinamiento?

Sin intención de comparar, ya que las circunstancias son totalmente diferentes, hay estudios relevantes, sobre cómo las adolescentes y mujeres que vivieron las circunstancias extremas del Holocausto, padecieron amenorrea (falta de menstruación durante un período superior a tres meses que puede ser temporal o permanente), ya que estas adolescentes y mujeres no se encontraban en el estado físico idóneo para que pudiera tener lugar la ovulación y la posterior menstruación (descartada la fecundación). La menstruación se convirtió en un símbolo de su libertad, ya que esas mujeres comenzaron a menstruar nuevamente tras ser liberadas y haber recuperado unas mínimas condiciones dignas de vida. Esto es un ejemplo del hecho de que el proceso fisiológico del ciclo menstrual puede ser alterado ante acontecimientos vitales de diversa índole.

Por ello, con el presente estudio podemos sacar importantes conclusiones sobre el comportamiento de las hormonas sexuales femeninas del ciclo menstrual para advertir si se ha transitado de manera saludable la experiencia de ovular y menstruar en confinamiento o si, por el contrario, si se ha vivido de manera atípica y/o patológica. Ya que todas, de una manera u otra, hemos vivido circunstancias donde la falta de estabilidad emocional, económica, falta de ejercicio, estrés, shock por trauma, entre otras, han alterado nuestra cotidianidad.

Apostar por la salud menstrual es un reto en los diversos contextos de crisis sanitaria, económica, climática y comunitaria, y por ende es necesario estudiarla ante situaciones excepcionales o incluso traumáticas. Con todo ello, el objetivo principal de este trabajo de investigación es el de conocer de manera empírica, que el hecho fisiológico y natural de ovular y menstruar, se ha visto alterado por la experiencia excepcional del confinamiento.

La encuesta “El ciclo menstrual en confinamiento”

Para poder abordar este objetivo, creamos una encuesta online de carácter cuantitativo dirigida a adolescentes y mujeres adultas, en un primer momento del territorio español y, más tarde, de países de lengua castellana, aprovechando la situación compartida del confinamiento. Finalmente, la muestra obtenida es de 800 informantes, lo cual superó nuestras expectativas iniciales. Esto también muestra el interés que generan este tipo de estudios y además permite que los resultados puedan ser más ricos, amplios y diversos. La encuesta se distribuyó durante el mes de mayo y en ella se solicita información de los meses centrales del confinamiento, marzo, abril y mayo, tanto en Europa como a nivel mundial. La encuesta está diseñada a partir de cuatro bloques temáticos que hacen referencia a los cuatro grandes variables del estudio:

- Los datos sociodemográficos, como la edad y lugar de procedencia.
- La vivencia general del confinamiento.
- La información directamente relacionada con la menstruación durante el confinamiento.
- Los hábitos de vida y bienestar que se mantuvieron o se alteraron durante este periodo y que pudieron afectar al funcionamiento hormonal y, por tanto, alterar el ciclo menstrual.

Primeros resultados del estudio

Los resultados que presentamos a continuación responden a un análisis descriptivo del estudio realizado y, por tanto, representan un primer nivel de análisis. Sin embargo, este análisis nos da ya una perspectiva general del objetivo planteado que era saber si la experiencia del confinamiento ha generado alteraciones en el ciclo menstrual.

Desde el punto de vista de las variables sociodemográficas, los resultados nos muestran que el 30% de las encuestadas tienen entre 26 y 30 años; y dentro de esta franja de edad, el 20% corresponde a las que tienen entre 21 y 25 años. La franja de edad de 31 a 35 años abarca también

otro 20% de la encuestadas, mientras que las edades de menos de 20 años o más de 40, sólo representan el 10% de la muestra.

Estos resultados muestran un interés destacado de las mujeres en edad fértil por conocer y compartir sus impresiones en cuanto a la experiencia de menstruar en confinamiento. El porcentaje principal de las encuestadas (84,5%) son españolas, con una gran diversidad geográfica dentro del territorio español; el 14,5% restante se reparte sobre todo entre México, 3,2%, Argentina y Chile, 2,4% respectivamente, y Colombia, 1,9%.

En cuanto a la vivencia del confinamiento, el resultado de la encuesta nos dice que la situación no ha sido fácil por diversos motivos. En primer lugar, en cuanto a la situación laboral: el 40,5% de las encuestadas se ha tenido que adaptar a las dinámicas del teletrabajo con lo que ello conlleva al combinar el seguir trabajando con la incertidumbre de la situación; el 16,4% pasó por la aplicación de un ERTE en su puesto de trabajo; y entre el 21% de las encuestadas identificadas como “no trabajo” en la encuesta, se incluyen las que estuvieron de baja, las estudiantes y las que fueron despedidas durante este periodo. Por otra parte, el 6,8% de la muestra analizada ya se encontraba en situación de desempleo previamente y el 12,1% tuvo que seguir trabajando en el contexto en el que nos encontramos en esos meses. Afortunadamente el 93,1% de las encuestadas no padeció la COVID-19, al menos no fue diagnosticado, aunque 6,9% sí lo padeció, pero no tuvieron que someterse a ingresos hospitalarios.

Otro de los datos que nos deja ver que esta situación fue bastante compleja de sobrellevar, son los resultados sobre las emociones que definen la experiencia del confinamiento. Entre todas ellas las mayoritarias son las de tristeza, estrés e inseguridad, las cuales son las emociones predominantes para más del 50% de las encuestadas. Sin embargo, también es muy interesante destacar que a estas emociones les siguen las de relax con una representación del 41,1% y la de creatividad con un 38%. Otras emociones con una presencia destacada fueron la de rabia, confianza e hiperactividad. Afortunadamente la ansiedad, la apatía y el miedo estuvieron escasamente presentes entre nuestras encuestadas, que también experimentaron la felicidad y la empatía.

Ya en relación a la vivencia del ciclo menstrual durante el confinamiento los datos, en este primer análisis de los resultados, nos ofrecen una visión clara de cómo éste ha afectado al funcionamiento del ciclo menstrual. En primer lugar, en la tabla 1 podemos observar que la regularidad bajó de un 75% a un 67,8% de marzo a abril, Podemos presuponer que esta dinámica se habría mantenido en mayo, ya que el 34,7% de

las encuestadas todavía no había menstruado. Esta idea viene reforzada en el hecho de que los porcentajes de amenorrea aumentaron en los tres meses, aumentando progresivamente del 4,8% en marzo, al 6,5% en abril y al 7,8% en mayo.

Tabla1. Análisis de la regularidad del ciclo y amenorrea

¿Tu menstruación ha llegado regular? Responde sobre tu propio patrón de regularidad				
	Ha sido regular	No ha sido regular	No he menstruado	Todavía no he menstruado
Mar-	75%	20,3%	4,8%	-
Abril	67,8%	25,6%	6,5%	-
Mayo	41,6%	16,1%	7,8%	34,7%

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, podemos afirmar que la dismenorrea también aumentó durante el confinamiento entre las mujeres encuestadas. Pues el dolor menstrual, aunque desciende ligeramente cuando el nivel de dolor menstrual es calificado como "ninguno", "poco" o "bastante" durante la experiencia del confinamiento, sí aumenta en los estadios en los que el dolor menstrual es calificado como "mucho" e "incapacitante".

Tabla1. Análisis de la dismenorrea

¿Cómo son las molestias y el patrón de "dolor" menstrual en ti?		
	SIN confinamiento	EN confinamiento
Ninguno	11,2%	10,9%
Poco	45,2%	41,3%
Bastante	28,4%	26,3%
Mucho	11%	15,6%
Incapacitante	4,2%	5,9%

Fuente: Elaboración propia

También es importante añadir que, entre las mujeres encuestadas, el 57,6% percibió que sí ovuló durante los meses de confinamiento, frente a un 5,9% que no lo hizo y un 35,5% que no sabía identificarlo.

Finalmente, si analizamos los hábitos y rutinas realizadas durante el periodo del confinamiento podemos afirmar que el patrón del sueño ha sido el que más se ha alterado durante este tiempo. Los resultados nos muestran como el 65% de las encuestadas vio alterada su rutina de sueño, de ellas, el 36% afirma haber tenido problemas para dormirse, mientras que el 29% se desvelaba durante la noche, aunque también hay un grupo, del sólo del 4%, que afirma que durmió mejor durante el confinamiento.

Por otra parte, el 67,9% de las encuestadas afirma que mantuvo sus rutinas de movimiento o ejercicio físico, que siguió con sus mismos hábitos de alimentación (44,6%) o que, incluso los mejoró (29,9%).

Conclusiones

Podemos observar cómo estos primeros resultados del estudio, ya nos aportan una visión general sobre las alteraciones del ciclo menstrual durante el confinamiento. A la luz del análisis realizado podemos afirmar que el confinamiento alteró la regularidad del ciclo entre las encuestadas según avanzaban los meses. El porcentaje de amenorrea también aumentó progresivamente entre los meses de marzo y mayo, así como la dismenorrea cuando ésta se presenta en niveles altos de dolor.

Desde el punto de vista del análisis realizado consideramos que los resultados presentados en este artículo suponen una primera fase de estudio, ya que lo realmente interesante sería poder establecer un análisis correlacional entre variables de manera que pudiéramos determinar si, por ejemplo, las personas que vivieron la experiencia del confinamiento desde el relax y la creatividad, tuvieron o no problemas de sueño y/o si su ciclo menstrual se manifestó de la manera habitual, sin alteraciones en el dolor menstrual o en la duración del ciclo. Somos conscientes de que este estudio correlacional es el que realmente aporta profundidad y riqueza al estudio. Es por ello que esto se realizará en una segunda fase de análisis.

Desde la naturaleza del estudio, marcadamente cuantitativa, consideramos que debería complementarse con un estudio cualitativo que pudiera recoger reflexiones, experiencias y testimonios de mujeres sobre cómo el confinamiento afectó a su salud menstrual e incluso a su salud física y emocional. Ya que estamos seguras de que una vez más la salud de las mujeres se ha visto especialmente afectada por una situación histórica excepcional. Es por ello, que un estudio cualitativo podría enriquecer mucho más los resultados presentados y que no se pueden recoger en un mero cuestionario.

En todo caso, más allá de los primeros resultados presentados en este artículo, lo importante es que la salud menstrual comience a ser objeto de estudio ante cualquier acontecimiento excepcional global. Preguntarse por la salud menstrual nos está hablando de una sociedad que se preocupa por los cuerpos, por los procesos fisiológicos que favorecen la continuidad de la vida y sobre todo nos habla de una sociedad en la que la cultura menstrual está presente.



Vita A. Arrufat Gallén.
Médica de Salud Pública.
CSP Castelló
arrufat_vit@gva.es

“Si lo esencial se hace invisible para nuestros ojos, se debe a decisiones políticas precisas que organizan y determinan nuestras vidas replegando como últimas prioridades todo aquello que tiene que ver con la reproducción y el cuidado de los cuerpos y del entorno. El cuidado siempre ha sido una relación conflictiva entre seres vivos, espacios y tecnologías”.
Maddalena Fragnito

Introducción

la metodología utilizada para empoderar (y empoderarse) las mujeres víctimas de la violencia de género, es la misma que utilizamos en la formación de pacientes activos/as y en los talleres para la formación de personas cuidadoras de enfermedades crónicas. Y digo enfermedades crónicas, y no enfermos crónicos, para destacar que la mayoría son mujeres, al igual que la mayoría de personas cuidadoras. La metodología pues, se basa en las técnicas de educación para la salud que contribuyen al empoderamiento de las mujeres en salud y sus determinantes, y la promoción de la autonomía personal y el “auto-cuidado”, “intercuidado” y “transcuidado”.

Los participantes necesarios para la alfabetización sanitaria son: pacientes, familiares, profesionales sanitarios e instituciones. Incluimos a los profesionales socio-sanitarios (agentes de igualdad municipal, y otros profesionales de servicios sociales) como “activos para la salud”.

Partimos, al igual que la plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia, de que no habrá igualdad sin servicios públicos y reparto entre géneros de los cuidados.

Reflexión

al valorar la Pandemia COVID 19 las mujeres, la población, presentan desconcierto por la definición de grupos de Riesgo por la edad. Si hemos aprendido la perspectiva de género, podemos añadir que hay “miedo, no de morir por el virus sino de sobrevivir y que nada en el sistema de producción, de trabajo, de reproducción de la vida haya cambiado” (Alisa de Re).

Además de ser grupo de riesgo por la edad, a las mujeres hay que añadir el riesgo de ser sanitaria de Atención Primaria o de un hospital, el riesgo de ser cuidadora de ancian@s o

Género y cuidados EN LA CRONICIDAD

con enfermedades crónicas, (tanto remunerada como familiar), el riesgo de ser cajera o limpiadora, el riesgo de ser mujer pobre y con hijos a cargo, el riesgo de ser mujer violentada, ... Y puede que muchos de estos riesgos se presenten juntos en una misma persona.

Por ello nos planteamos que no es posible asumir estos riesgos sin cambiar el sistema de producción y reproducción de la vida. Y este es el punto de vista de género para valorar la pandemia de COVID19: Tener en cuenta las características demográficas, culturales y sociales de las mujeres, lo que llamamos los determinantes de salud y enfermedad.

Se han infectado más las mujeres que trabajan como cuidadoras (asalariadas o no). Las cifras que nos explican cada día no discriminan por sexo ni por profesión. Y sabemos que la mayoría de las profesiones socio-sanitarias están feminizadas: enfermería, trabajo social, auxiliar de clínica, medicina (atención primaria y hospital), analista, farmacia,... También las educadoras son en su mayoría mujeres, y en todos los oficios que tienen que ver con la reproducción social, que garantizan el desarrollo de nuestra vida cotidiana: de las cajeras del supermercado a las cooperativas de limpieza, pasando por todos los niveles de la escuela. ¿Todas heroínas o explotadas para unas ganancias que terminan en otro lugar? No queremos el título de heroínas. Ahora con la epidemia somos más conscientes de la necesidad de la re-distribución de las tareas para garantizar una vida saludable a la ciudadanía tanto de las mujeres como de los hombres.

Propuestas

Las mujeres sanitarias somos conscientes de la complejidad de la solución para la atención a la cronicidad en la época post COVID19, por ello necesitamos:

- Garantizar la presencia de mujeres formadas en feminismo y salud en la toma de decisiones.
- Que las escuelas funcionen de acuerdo a las necesidades de l@ trabajador@s. ¿Se puede ir al trabajo y no se puede ir a la escuela? Necesitamos guarderías en el lugar de trabajo.
- Corresponsabilidad plena de ambos sexos en las tareas del hogar y de cuidados. .
- Conciliación de la vida familiar y laboral. Tod@s tenemos derecho a un trabajo digno y compatible con las tareas de cuidados a hij@s, ancian@s y enferm@s crónicos.
- Aumento de recursos humanos en las residencias para más y mejor cuidado a las personas mayores, con o sin enfermedades.



- Promoción del intercambio intergeneracional en las escuelas y municipios. Organizar los cuidados a la cronicidad desde la comunidad (contando con los centros de salud, educación, servicios sociales, ONG y organizaciones de mujeres).
- Crear en los centros de salud un espacio para la cronicidad, al igual que hay un espacio de salud sexual o de pediatría.
- Dotar de medios electrónicos a pacientes y cuidadoras formadas.
- Establecer la comisión de salud comunitaria en cada zona de salud.
- Garantizar la prevención de riesgos laborales con perspectiva de género.
- Preparar viviendas dignas, a las ancianas y ancianos, donde vivir la cuarentena del COVID19. Con acceso a servicios de comidas y apoyo en el domicilio.
- Reservar espacios comunitarios donde formarse las mujeres en los factores de riesgo de enfermar evitables.

Hay que replantear las actividades y la organización de los Centros de Salud, como pide la Carta de Ottawa (OMS 1986), y las estrategias de promoción de la salud para iniciar el camino de prevención de la cronicidad y su atención.

Hay que reconocer la experiencia de las mujeres en los cuidados, esencia de la vida, que se visibilice y se premie. Y seamos las mujeres y los pocos hombres que intervienen, transmisores de este patrimonio.

Centros de día, residencias, pisos tutelados, parques con máquinas de ejercicio físico, gimnasios públicos, ... ¿Es este el camino para que los cuidados realizados por las mujeres se incluyan en el PIB? Algo tendremos que decir las mujeres y las profesionales (economistas, juristas,...) ante la monetarización de los cuidados a enferm@s crónic@s y con discapacidad. ¿Qué cuidados estamos dispuestas a pagar? ¿Qué cuidados no deben entrar en la cesta de la compra? Hemos de visibilizar y fomentar la solidaridad como buena práctica ciudadana.

Las propuestas pasan por un nuevo contrato social, implantar convenios de conciliación de la vida laboral y familiar en las empresas públicas y privadas. Si la mujer que ha trabajado fuera de casa cotiza y tiene derecho a recibir prestación por jubilación, enfermedad o minusvalía, por qué no la cuidadora no profesional.

La información y formación a la población desde los centros de Salud, debe ser actuación prioritaria para el Sistema nacional de salud. Y es desde el Centro de Salud desde donde se debe ofrecer la asistencia sanitaria integrada de la croni-

cidad. Esto supone realizar un gran esfuerzo para actualizar los criterios de atención socio-sanitarios a las enfermedades crónicas: supone formación previa, coordinación de la atención primaria, la especializada y la comunidad para el seguimiento de los casos de cronicidad prolongada en el tiempo, la adaptación de los espacios, Y requiere implementar recursos como las enfermeras gestoras de casos, las trabajadoras sociales agentes de igualdad, y fomentar la relación con los servicios educativos, para que los cuidados vuelvan a ser la base de las relaciones sociales saludables.

La atención socio sanitaria a la cronicidad ha de ser pública, sostenible, gestionada y dirigida por mujeres.

Conclusión

No habrá una buena atención a la cronicidad mientras no exista un servicio público de atención a la dependencia y del que la comunidad sea participe. La triple R que señala la OIT: Reconocer, Redistribuir, Reducir el trabajo de las personas cuidadoras. Añado más: Representación de las mujeres en el diálogo social y Representación colectiva de las mujeres en la gestión de los cuidados desde el ámbito municipal y vinculados a los Centro de Salud.

Estamos por la creación del Observatorio de la cronicidad municipal: Que catalogue los recursos para la atención a la cronicidad, coordine, evalúe y proponga nuevos recursos.

Referencias

- 1 <https://www.lavozdelarepublica.es/2019/07/la-menstruacion-y-el-holocausto.html> Artículo que recopila testimonios de mujeres que cuentan cómo era la experiencia de la menstruación durante su internamiento en campos de concentración y exterminio.
- 2 Maddalena Fragnito. Lecciones de la pandemia: solidaridad o barbarie. Transversales 51/Julio 2020. <http://trasversales.net/t51fragnito.pdf>
- 3 Talleres formando a las personas cuidadoras desde el Centro de Salud. Premio buenas prácticas en el Sistema Valenciano de Salud.
- 4 Rosa García Ruiz. Tendresa i equitat en els processos de cura. Edicions Universitat Jaume I Castelló. 2917 y Irene Comins Mengual. Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz. Icaria 2009.
- 5 Promoción de la salud basada en activos: ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Rafael Cofiño, Dory Aviñó, y otros. Gac.Sanit. 2016;30(S1):93-98
- 6 No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista. Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia. Isabel Castro, Mari Luz Esteban, et all., y otras. <https://studylib.es/doc/5994345/no-habr%C3%A1-igualdad-sin-servicios-p%C3%BAblicos-y-reparto-del>
- 7 María Teresa Ruiz Cantero. Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y género durante la epidemia COVID19 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.008>
- 8 Por un sistema público Vasco de atención a la dependencia. De la obligación de cuidar al derecho a recibir cuidados. 2006. www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/de_la_obligacion_de%20cuidar.pdf

¡URGENTE! DONES NO ESTANDAR, CONTRA LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INFECTADAS POR COVID-19

La Asociación denuncia que actualmente algunas personas con discapacidad infectadas por Covid-19 no han recibido ningún tratamiento médico y han muerto por abandono.

Según datos de familiares de los difuntos, son ya tres los casos en los que el sistema de salud se ha negado a dar oxígeno a pacientes con discapacidad pero sin enfermedades previas con el pretexto de que de otras personas tenían más posibilidades de sobrevivir. Cabe decir que estas tres personas no presentaban ninguna enfermedad anterior; por lo tanto, eran personas sanas.

Se ha realizado un cribado totalmente discriminatorio, que nada tiene que ver con criterios de salud, sino con un sistema social basado en la supuesta perfección racial, como sucedió en la Alemania nazi.

Denunciamos:

- Las prácticas eugenésicas que se están dando en forma de negación a proveerlos de oxígeno o de respiradores con el pretexto de que otros están más sanos y tienen más posibilidades de sobrevivir. ¡Tener una discapacidad no es sinónimo de estar enfermo o tener peor salud!
- La ignorancia, inconsciencia, irresponsabilidad y pasividad del personal sanitario que permite y justifica un cribado basado en prejuicios.
- El abandono de la administración al no controlar la atención sanitaria de los casos de personas con discapacidad durante esta pandemia del Covid-19.
- La indiferencia de los medios de comunicación.
- El sufrimiento, consternación y preocupación de las personas con discapacidad, sus familias y amigos, ante estas prácticas y también ante la falta de complicidad social.
- La inquietud de las personas con discapacidad, sus familias y amigos, por si será tratada con igualdad por parte del sistema de salud o si, por el contrario, tienen que esperar la muerte ante de la sospecha de una infección.

Nos reafirmamos en

- Ser actoras en la ayuda que podamos aportar en nuestra sociedad. Porque nosotros también cuidamos!
- Aprender del pasado y de estas prácticas en el presente para, una vez hayamos superado esta situación, construyamos juntos una sociedad donde no se repitan este tipo de conductas.
- La vida y lo que nosotras aportamos a nuestra comunidad. No sólo porque muchas de nosotras hemos trabajado y trabajamos como cualquier otro, sino porque ayudamos al cambio social, a enriquecer la cultura y el pensamiento con la diferencia que encarnamos y de la que estamos muy orgullosas.
- Sólo unidas las personas pueden superar esta pandemia.

¡ÁNIMOS Y FUERZA A TODAS LAS PERSONAS.
JUNTAS, LO PODEMOS TODO!

Carme Riu Pascual

Presidenta de la Asociación Mujeres No Estándares
<http://donesnoestandards.cat/>

A mí no me da La vida

A mi amiga Marian,
Médica de Familia y mucho, mucho más

*A mí no me da la vida...los domingos
cocinando para la semana, las comidas
Cocinar-preparar-repartir- recoger-fregar-
ordenar*

*Los sábados limpiando...llegas tarde del
centro-impostergable: escuchar-cuidar-sanar a
veces-, descanso un poco-*

*No mucho, lo justo para seguir-el día se me
extiende a contrapelo-*

*Y lavadoras y cena...atender a las niñas...-
dejo intenciones colgadas en un perchero que
nunca encuentro-*

*Se ha ido la tarde y no hago nada de lo que
me planteo que quiero hacer-*

*Si al menos recordara lo que quería...esto no
es vida... ¿Cuánto hace que no me siento a ver
las estrellas?*

*1000 mensajes de los grupos de médicos y de
dirección...*

*¡Un minuto de silencio por favor! Y no sólo por
los muertos*

*¿Intentar hacer algo de Chikung o deporte?
(antes corría...tengo una cinta en casa para
los días malos)*

*Días malos: cuando llueve -siempre llueve- y ni
siquiera puedo asomar arriba, encima de todo
este barullo y tomar el aire. ¡Cuánto amaba la
lluvia en esa otra vida de tierra firme!*

*Días malos: cuando me duele tanto la
cintura que fuera a partirme en dos...odio los
gimnasios). Hago un gesto y te veo, madre.
Este pinchazo en la espalda. Cada día me
parezco más a ti*

*¿Tú puedes ver los webinar y hacer más cosas?
¿Tú puedes? ¿Puedes hacer algo más que ir
dando tumbos entre los crujidos de esta nave
singular que flota a la deriva entre dos aguas?*

*Últimamente ni camino-más bien me arrastro
de una tarea a la siguiente*

Y meditar...y reiki...y...

Acabamos majaras.

Se me ha perdido hasta el nombre.

*La mujer de Noé. El justo, el que halló
benevolencia a los ojos del señor.*

Elina Pereira Olmedo, 13 de mayo de 2020

CUANDO PASE LA PANDEMIA... ¿QUIÉN CUIDARÁ DE LAS/OS SANITARIAS/OS?



Corina Hourcade Belloq
Psicóloga, psicoterapeuta
c.hourcadebellocq@gmail.com

20/05/2020

Mientras escribo este artículo, la pandemia continúa y según los expertos vino para quedarse y seguirá por bastante tiempo. El personal sanitario sigue en primera línea trabajando en jornadas maratónicas y sin los equipos adecuados. Pero todo esto ya venimos escuchándolo hace tiempo y continuamos en estado de alarma y la curva de contagios y muertes ha bajado considerablemente. También es cierto que cada día a las 20hs salimos a aplaudirles durante semanas...ya menos. Los aplausos son reconocimiento y agradecimiento pero como profesional que trabaja en salud mental hay preguntas que me rondan hace tiempo y que tienen que ver con el futuro:

¿Quién cuidará de ellas y ellos cuando esto acabe?

¿Cuáles serán las consecuencias psicológicas/emocionales a las que se enfrentarán? Las consecuencias de estar expuestas/os durante tantos días al estrés de trabajar con un virus que desconocíamos hasta hace 3 meses y que seguimos desconociendo.

¿Cuáles serán los espacios y recursos que se destinarán para que puedan recomponerse, reflexionar, hablar y procesar todo lo que vivido y experimentado durante meses?

Mientras tanto, un sin fin de expertos (epidemiólogos, virólogos,...) alrededor del mundo estudian, escribe, investigan..., pero lo que sobra de momento es incertidumbre: ¿Y qué hay de la posibilidad de una vacuna?.....

Sobre lo que sí hay evidencia científica de sobra es de cómo afecta al organismo de una persona estar expuesto a un período prolongado de estrés. Y también existe bastante investigación y literatura de cómo la salud física, mental y emocional, de aquellos/as profesionales que trabajan con personas que sufren, queda afectada. Con el tiempo se empiezan a manifestar una serie de síntomas físicos y psicológicos/emocionales que responden a ese estrés intenso y prolongado en el tiempo. A esto se lo conoce como **DESGASTE POR EMPATÍA/DESGASTE POR COMPASIÓN**.



¿Qué es la fatiga – desgaste por compasión?

En este concepto, se entiende la **COMPASIÓN** como un sentimiento de profunda empatía, sensibilidad, excesiva preocupación por otro que está sufriendo; acompañado por un fuerte deseo de aliviarle el dolor o resolverle sus problemas. A diferencia de lo que se conoce como **BURNOUT** (síndrome de quemado), que es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante largo tiempo (Pines y Aronson, 1989), cuya aparición es insidiosa, es decir, el síndrome se desarrolla poco a poco hasta cronificarse, la fatiga o desgaste por compasión es un cuadro agudo y sorpresivo (Figley, 1995). La empatía, compasión, sensibilidad son fundamentales a la hora de desempeñar nuestro trabajo como terapeutas. De la misma manera para médicas/os, enfermeras/os, auxiliares, personal de limpieza, de las ambulancias, camilleros, etc. Cada uno de ellas/os han estado en las últimas semanas trabajando en primera línea con pacientes contagiados de distinta gravedad y lamentablemente muchas/os han fallecido ante sus ojos. Y a todo esto se suma no sólo las jornadas maratónicas de trabajo, sino que por las características de este virus, las condiciones en las que trabajan, el miedo al propio contagio y al de sus familias, la incertidumbre sobre cómo funciona este virus, la sensación de vulnerabilidad por la falta de EPIS, la situación de pandemia en sí misma. Nadie tiene una experiencia vital previa de estas características o similares de la cual podamos utilizar recursos desarrollados anteriormente; ni a nivel personal ni de sociedad ni de país ni mundial.

Sé que en este momento de crisis es fundamental separar lo urgente de lo importante. Urgente es que bajen los contagios, atender a las personas enfermas y que se reduzcan los fallecimientos. Importante será después ver qué consecuencias está teniendo este período de máximo estrés y agotamiento en los/as profesionales de la salud. Si no lo tenemos en cuenta esto "importante" pasará a ser "urgente" porque muchos/as profesionales de la salud estarán de baja laboral y con su calidad de vida muy afectada.

La Fatiga por compasión puede derivar de la exposición a un acontecimiento traumático o a una serie de ellos y suele manifestarse súbitamente.

Se caracteriza por tres grupos de síntomas iguales a los de Trastorno por Estrés Post Traumático.

1. RE-EXPERIMENTACIÓN (revivir, recordar con una gran carga emocional)
2. EVITACIÓN Y EMBOTAMIENTO PSÍQUICO (actitudes de distanciamiento tanto físico como afectivo de las personas, no sólo de las consultantes/pacientes)
3. HIPERACTIVACIÓN (estado de tensión y alerta permanente y reactividad)

El burnout, estar quemado por el trabajo, afecta negativamente nuestra capacidad de resiliencia para trabajar, haciéndonos más susceptibles a la Fatiga por Compasión.

Si nos centramos en los/las sanitarios/as seguramente e históricamente sufren de burnout, los recortes que hubo en el Sistema Público de Salud, la sobrecarga de roles propias de las mujeres y si el agregamos ahora esta pandemia mundial tenemos amplias posibilidades que muchas personas tengan estos síntomas. Ésta se la puede considerar más una manifestación que una patología pero desde ya trae un mensaje: es necesario e imprescindible realizar cambios importantes para las personas que la sufren.

Hay que tener en cuenta que todo el personal sanitario, lleva muchas semanas (y las que quedan) atendiendo, asistiendo, presenciando mucho sufrimiento, cuidando de mucha gente. Se han ocupado, no sólo de la atención, cuidados y tratamiento de la enfermedad sino que en muchos casos han cumplido la función de acompañar y sostener a los/las pacientes durante su internación. Este virus además de afectar la salud de las personas que lo padecen, supone una situación muy dura que es quedarse en una enorme soledad mientras están convalecientes. Muchas de las enfermeras/os y auxiliares se han sumado al sin fin de tareas, una más, la de ser un puente de comunicación entre los/las pacientes y sus familias. Esto merece un profundo agradecimiento pero vuelvo a la pregunta del comienzo quién cuidará de ellas/os???

Creo que será muy importante en un futuro muy cercano, organizar grupos para el reconocimiento y prevención de la Fatiga por Compasión. Es muy probable que en estos momentos muchos de ellas/os estén sintiendo una serie de síntomas físicos, mentales y emocionales que quizás no puedan relacionar con la situación que están aún viviendo. Seguramente, entre ellas/os en el mejor de los casos, hablen de lo que les pasa pero tampoco puedan ponerle nombre. En hospitales, centros de atención primaria, residencias, sería interesante hacer charlas de información para sensibilizar sobre este tema y lo mas importante visibilizarlo y ponerle nombre.

A través de talleres, se podrá trabajar el reconocimiento de las vulnerabilidades personales, como así también, los recursos personales, profesionales e institucionales existentes.

Se sabe que las profesiones en general, vinculadas al trabajo con personas que sufren, las/las jóvenes, por ser más idealistas y con menos experiencia; son dos grupos más vulnerables a poder desarrollar la Fatiga por Compasión. Pero hay una variable a tener en cuenta y de suma importancia a la hora de hacer sensibilización y prevención; es la de género femenino. Las mujeres debido a las pautas de socialización femenina centradas aún hoy en ser proveedoras y cuidadoras emocionales y debido al conflicto que produce la sobrecarga de roles; tenemos muchísimas posibilidades de desarrollar la Fatiga por Compasión.

Facilitar y promover herramientas y recursos de AUTOCUIDADO: estar atentas y conscientes del sueño, alimentación, espacios de ocio. QUÉ NECESITO? es la pregunta clave que será como una brújula que me oriente a aquello que me hace falta. Otro aspecto muy importante a tener en cuenta, es la búsqueda de apoyo familiar/social y desde ya profesional, en caso de necesidad, porque este mismo desgaste emocional en la mayoría de las veces produce aislamiento y esto no hace más que amplificar este proceso. Buscar e identificar relaciones y contactos donde no tenga que estar pendiente de cuidar a otras personas.

Estar expuestas/os a la frustración, impotencia, al desgaste emocional que sufrimos y sufren los que atendemos. Enfrentarse cada día con el sufrimiento de cientos de personas que llegaban y aún llegan a las urgencias y a las UCIS, la falta de recursos y de previsión, poca o demasiada información; todo esto más las circunstancias personales de cada una/o no deja indemne a nadie.

Finalmente, creo firmemente que como terapeuta puedo y podemos salir fortalecidas y aprender y cuidarnos juntos con las personas que atendemos desde nuestros espacios.



Mar Rodríguez Gimena

Médica de urgencias rurales
de Buitrago (Madrid)
mar.gimena@gmail.com

*Hay que dejar el camino social alquitranado
porque en él se nos queda pegada la pezuña
hay que volar libre al sol y al viento
repartiendo el amor que llevas dentro*

Extremoduro

Lo dimos todo sin quejarnos

En estos tiempos de la COVID 19, en el contexto de unos servicios sociosanitarios esquilados, con una crisis económica de la que no hemos remontado desde 2008 y un capitalismo salvaje que quiere más y más de nuestras vidas, escribir sin rabia se me hace difícil.

Lo dimos todo y lo seguimos dando, como mujeres comprometidas con la pública, con la atención primaria y con el bienestar y la salud de las personas a las que atendemos o intentamos atender. Dedicando horas y horas casi sin quejarnos. Renunciando a nuestras vidas privadas, al ocio, a dormir, comer, mear a... y a llamar a nuestras amigas y madres.

Algunas, diría que muchas, hemos pagado altos precios personales y familiares. Otras han enfermado de COVID o de desesperanza. Muchas nos hemos apoyado en otras compañeras y compañeros en lo más operativo, dando y recibiendo respuestas rápidamente cuando se pedía información sobre familiares y pacientes ingresados en hospitales. Se han vuelto a tejer redes intrincadas, densas, con cientos de mensajes diarios que lees en diagonal rezando para no perderte nada de información importante.

Hemos sobrepasado el límite en la vida profesional y en la privada. Un ejemplo: para mí era impensable llamar a las diez de la noche a mi directora de centro a su móvil personal por un problema con una paciente o con una compañera. Y sí, lo he hecho. Lo hemos hecho. Hemos llamado y nos han llamado.. Caímos en la omnipotencia (o en la impotencia). Sin quejarnos, comiéndonos la rabia por la mala organización y las consecuencias de las privatizaciones, asumiendo buena mente, con imaginación la falta de medidas de protección para ir a los domicilios a ver pacientes con coronavirus, con

LO DIMOS TODO carta abierta a mis compañeras de vida, en medio de tantas muertes

bolsas de plástico en la cabeza y los pies, sin mascarillas. Negándose, algunas, al cierre de los centros de salud madrileños, otras, además, mordiendo el anzuelo envenenado que supuso ir a IFEMA.

Los teléfonos personales de todas y todos sonando diariamente, fines de semana incluidos, con peticiones de ayuda de conocidas, familiares, amigas, pacientes de toda la vida: que nadie les podía atender, que no les cogían el teléfono en el centro de salud, que si todavía seguía dando bolitas de homeopatía, que ... La disponibilidad imperó, campó a sus anchas. Mi teléfono personal sonaba 15, 20 veces al día antes de irme a las guardias o al IFEMA, me oí decir a mí misma, perpleja "dale mi teléfono a todo el mundo, si comunico que insistan,...". Pidiendo ayuda a mis compañeras homeópatas de Barcelona, de Madrid, de Igualada porque no me daba tiempo a estudiar qué tratamiento les podría ayudar. Leyendo protocolos, estudiando qué podíamos hacer para mejorar a los y las que estaban tan malitos.

Sin capacidad para la protesta porque parecía tan insolidaria. Sin entender todavía cómo hemos pasado de los aplausos de las 8h al cabreo generalizado que tienen l@s usuarias con sus profesionales.

Caímos en las trampas que nos tiende el poder patriarcal (ser para los demás y ser superwoman).

Grandes contradicciones, grandes carencias

Tras el desahogo toca intentar analizar o al menos describir sintéticamente lo aprendido de lo vivido, lo que ha pasado y lo que está pasando ahora:

El paradigma científico, biomédico, mecanicista, reduccionista y todos los "istas" que le queráis añadir no nos ha servido de mucho para la asistencia en esta nueva enfermedad que, lo siento, no es una gripe cualquiera.

Otra vez hemos perdido la oportunidad de cooperar, los y las médicas que conocemos más terapéuticas (homeopatía, medicina naturista o acupuntura), como han podido hacer, con mayor o menor éxito, en otros países (Cuba, India, Argentina, México, Italia...).

Otra vez hemos tratado a l@s pacientes como personas sin opinión ni deseos y no les hemos dado la opción de elegir otras

propuestas terapéuticas. Las pruebas, el ingreso hospitalario o la sedación, si llegaba el momento, no han sido accesibles a todo el mundo por igual. Los tratamientos convencionales que estábamos aplicando tenían escasa evidencia científica y esto no se lo hemos contado a las personas enfermas. En general nos ha faltado humildad. Espero que l@s pacientes que usan la homeopatía y otras terapéuticas, y deseen seguir haciéndolo ante una nueva epidemia de estas características, sean escuchadas sin prejuicios ni juicios. En esta lucha contra las pandemias, la participación comunitaria y de tod@s l@s agentes de salud es imprescindible. Cada quien debe poder poner al servicio de la comunidad sus saberes y experiencias sin sentir que puede ser censurada de entrada.



Y ahora

Nos estamos enfrentando de nuevo a un escenario de personas que se ponen muy enfermas y para las que no tenemos propuesta terapéutica clara y eficaz y, de nuevo, los condicionantes de salud, las condiciones socioeconómicas sobre todo, siguen sin tenerse en cuenta.

Los datos de la Comunidad de Madrid son desconcertantes. A

mi centro vienen residentes de MIR y EIR de seis grandes hospitales de Madrid. Lo que leo en las publicaciones de casos, ingresos y camas de UCI no se parece a lo que cuentan ellas/os. No creo que mientan. Hasta tal punto desconfiamos de nuestras autoridades sanitarias madrileñas que ha surgido una propuesta de recogida paralela de datos fiables que nos permitan hacernos una idea de la realidad y no de la ficción politizada.

El 20 de Marzo Abel Novoa en la plataforma noGracias hace sugerencias muy certeras sobre el modelo a seguir para tomar decisiones en condiciones de escasez con criterios éticos y organizativos: el modelo adaptativo, que, bajo mi punto de vista, no ha podido ser aplicado plenamente en esta oleada de COVID-19.

No se ha contado con las asociaciones de vecin@s en ninguna estrategia de salud pública de las comunidades autónomas (al menos que yo conozca), ni con su opinión ni con sus ideas. El documento del ministerio sobre redes comunitarias y Covid es poco conocido. Se ha vuelto a tratar a la comunidad como a un grupo de personas sin capacidad para dar ideas sobre cómo afrontar este problema de salud pública. No se han tenido en cuenta informes de otras personas expertas. El poder biomédico ha decidido, de nuevo, quién es o no un/a experta.

El apartado de lo que pasó en las residencias merecería por sí solo un capítulo entero. El abandono que sufrieron las personas mayores en las residencias es un crimen que la historia y los tribunales estudiarán y juzgarán. De nuevo las mujeres migrantes, las más pobres, con contratos precarios, se quedaron al lado de la gente mayor -lo que muchas llaman "nuestros mayores"- para hacer lo que pudieron, sin material de protección y sin medios. Muchas de ellas enfermaron. Y de nuevo las/os médicas de primaria, hemos sacado las castañas del fuego a la Comunidad de Madrid asumiendo, casi sin rechistar, la asistencia en las residencias porque no había nadie que las atendiera.

Esas mismas autoridades que emiten discursos que fomentan el racismo y la xenofobia. Que acusan de propagar el virus a las personas vulnerables, ya estén en riesgo de exclusión social o sean simplemente trabajadoras que se desplazan por todo Madrid para intentar seguir manteniéndose a ellas y a sus familias. Muchas de ellas, mujeres. Como me decía un activista de la Caravana Abriendo Fronteras que ha perdido el trabajo en la pandemia:

"Ma, he pasado de la precariedad a la pobreza, a tener que recurrir a las redes de apoyo mutuo y solidaridad que habíamos creado en los barrios para poder comer. Y esto no lo esperaba."

Una represión policial nunca vista. Con excesos y abusos que están de nuevo en los tribunales⁶, los mismos tribunales que no juzgan lo que deben juzgar.

Las inequidades en salud están a la orden del día: por todas partes me encuentro compañeros y compañeras extenuadas. Reina la desinformación constante de algunos medios de comunicación en una sociedad contaminada por un virus peor que el coronavirus: el virus del pensamiento único en el que si expresas la mínima duda acerca de la vacuna contra el coronavirus, las medidas de uso obligatorio de mascarilla en espacios abiertos o en niños y niñas menores de 12 años, o propones el tratamiento con medicinas complementarias se te acusa de negacionista o peor, de terraplanista.

Y otra vez, un escenario duro para la primaria, en el que hemos pasado a ser "pcr-ristas", a leer protocolos que cambian cada tres o cuatro días llenos de propuestas de actuación

poco basadas en los principios de la salud pública, en el que seguimos sin atender lo que no sea COVID 19 porque las agendas algunos días en Madrid son de 60 en adelante.

Para acabar: yo confieso

Lo dimos todo y de repente me planteé si los textos feministas que había leído sobre poner límites, el autocuidado básico, la escucha de tus necesidades, el compartir con tus iguales, con tus maestras, lo personal es político, luchar juntas... me habían servido de algo. ¿Cómo habría sido mi actuación sin ser feminista, ecologista, anticapitalista, antimilitarista? ¿Me han servido estos valores?

Confieso que esos principios me han servido para seguir viendo con ternura a la gente a la que atiendo, a la que intento acompañar; para poder tomarme un té tranquilamente "con todo lo que había que leer y que estudiar" sin sentirme culpable; para escuchar con calma a las compañeras que me decían: "resérvate un rato para ti, para leer, para estirarte, para hacer yoga, no lo dejes de hacer"; para no entrar en la lógica de "esto es una guerra" porque no lo es (mi cabra que tira al monte del antimilitarismo y la desobediencia civil se resistía a esta lógica de que el ejército y los militares nos iban a dar la solución).

Me han servido para amar a l@s mí@s; para bajarme de mi omnipotencia y de mi impotencia; para saber que nos queda mucho y que solo lo podremos hacer con la lucha colectiva; para relativizar el maldito consejo "sé feliz" y agarrarme al "por qué ser feliz si puedes ser normal" de Jeannette Winter-son; para disfrutar con las comidas ricas y hechas con tanto esmero con las que me obsequiaba mi compañero; para reírnos cuando, en pleno confinamiento, a cenar en el porche de mi casa lo llamábamos "cenar fuera"; para poder llorar con paz cada vez que se nos moría un/a paciente, o los padres y madres de nuestras amigas.

Me sirven para enfadarme, y mucho, sin rencor, con las sanitarias y sanitarios (las menos, por suerte) que no han estado al lado de las pacientes y que se han atrincherado en sus miedos sin pedir ayuda y han mirado a otro lado cuando había que asistir a enferm@s "potencialmente contagios@s" (he llegado a sentir el rechazo de alguna compañera que no quería compartir conmigo en una guardia un solo minuto más del imprescindible solo porque hacía mis guardias atendiendo a todo el que llegaba, y en mis libranzas iba a IFEMA). Lo siento, est@s compañer@s no son mi tribu.

El feminismo me ha servido para no torturarme pensando que era una "floja" los días que no podía más. Para disfrutar

de las lecturas de las que habéis estado activas en redes, en prensa, en la Red Caps. Leer os era mi toma de tierra y me permitía y permite salirme de las lógicas del enfrentamiento, el paternalismo, las tesis poco científicas e instalarme en el diálogo, la escucha y la duda.

Además, esta coyuntura me ha permitido volver a reflexionar sobre los privilegios, las inequidades, la exclusión social y cómo estas han influido en la salud individual y comunitaria. He vuelto a respirar el apoyo mutuo como única solución a las injusticias provocadas por este sistema, y sentido el calor de las redes informales frente al desapego de las autoridades sanitarias hacia la gente más vulnerable. Y he sentido en el interior del tuétano que una "sola, grande y libre" terapéutica es un error, se sale de la lógica con la que hemos avanzado los seres humanos: la cooperación, el mestizaje, la duda y la búsqueda que surge de ella.

"Tome esta guinea y con ella transforme el colegio en cenizas. Péguales fuego a las viejas hipocresías. Que la luz del edificio en llamas ahuyente a los ruseñores y enrojezca los sauces. Y deje que las hijas de los hombres con educación dancen alrededor del fuego, y que arrojen brazada tras brazada de hojas muertas a las llamas. Y dejen que sus madres se asomen a las ventanas más altas y griten: ¡Que arda! ¡Que arda! ¡Ya no queremos esta "educación"!"

Virginia Wolf, Tres guineas.

Notas al final

1. <https://www.homeopatiasuma.com/ambivalencia-atencion-primaria-de-salud-ifema-covid-19-y-homeopatia/>
2. <http://www.nogracias.org/2020/03/20/criterios-eticos-y-organizativos-para-tomar-decisiones-en-condiciones-de-escasez-el-modelo-adaptativo-por-abel-novoa/#comment-158466>
3. https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf
4. <https://www.elsaltodiario.com/opinion/inmigracion-enfermedad-y-aroma-a-fascismo-afirmaciones-que-deben-alarmarnos>
5. <https://www.elsaltodiario.com/violencia-policial/exigen-interior-investigue-abusos-policiales-cometidos-marco-crisis-coronavirus>
6. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200421/sos-racismo-estado-de-alarma-abusos-policiales-racistas-coronavirus-7935313>
7. <https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/Judicial/organizaciones-pro-derechos-humanos-denuncian-abusos-policiales-estado-alarma/20200413182425142832.html>
8. <https://www.elsaltodiario.com/planeta-desarmado/desde-el-hospital-del-ifema...-en-tiempos-de-paz>



Pilar Babi Rourera

Médica de Familia

pilarbairourera@gmail.com

He escrito esta reflexión pensando en y con el *equipo de Atención Primaria del CAP "La Pau" de Barcelona, al que tengo el privilegio de pertenecer.*

El lunes 16 de marzo llegamos al centro de salud y todo había cambiado. Un estricto triaje en la puerta, la mayor parte de las consultas desconvocadas, salas de espera vacías; sensación de excepcionalidad y ... un cierto miedo. Mantuvimos siempre la atención urgente, la atención domiciliaria y asumimos la asistencia a las residencias de mayores. Algunas y algunos profesionales fueron requeridos para servicios específicos (como los hoteles para pacientes COVID, atención a Urgencias, atención domiciliaria continuada...). Nuestro centro, quizás por ser de dimensiones pequeñas, quedo bastante preservado.

El teléfono cobró un protagonismo nunca visto. Nos pusimos a llamar y todavía no hemos acabado.

Al inicio, llamábamos para desconvocar a los pacientes, a la vez que intentábamos solventar la atención diferida y transmitir calma y ánimo. Inmediatamente se generaron diariamente largas agendas de pacientes que presentaban diferentes consultas, muchas, pero no todas, con relación a la pandemia.

La falta de pruebas respecto a la infección por SARS-CoV-2 y el confinamiento hicieron del teléfono y otras técnicas de atención virtual la clave de la atención. Finalizado el Estado de Alerta y con las consultas todavía cerradas, la atención telefónica sigue siendo la principal forma de consulta y se ha convertido también en un filtro, una barrera.

¿Oportunidad de encuentro o de distanciamiento?

¿Llamar a los pacientes es una oportunidad de encuentro o una forma de distanciamiento?, ¿de qué depende? ¿Qué dificultades relacionales, qué limitaciones, que paradojas crea a su alrededor? ¿Puede convertirse en un ejercicio de poder que limite el de la ciudadanía?

Empecemos pensando en quien se queda al margen.

Parecería que la atención telefónica es universal, ¿verdad? No, no es así. Los muy mayores entienden mal sin la presencia física, es costoso; hay que ir a buscar los lentes, hay que poder leer nombres difíciles de medicamentos, hay que recordar las fechas que les preguntamos y que están anotadas

Atención telefónica Y PANDEMIA SARS-COV-2

en el almanaque de la cocina... hay que rectificar fechas y el bolígrafo no siempre funciona...

Las personas con diferentes grados de sordera entienden peor si no pueden reforzar la escucha con la lectura de los labios. Las que, venidas de otros lugares, hablan poco nuestras lenguas entienden mal sin la valiosísima comunicación no verbal; en ocasiones la dificultad es tal que hace imposible este tipo de atención.

Curiosamente los muy jóvenes hablan mal por teléfono. Aunque tengamos la imagen de adolescentes pegados a un móvil, usan este dispositivo para estar conectados, para ver series, para jugar, para mandar y recibir mensajes. Pero no tienen un uso comunicativo del hablar por teléfono. Es verdad que si lo precisan usan la videollamada y nosotros no hemos tenido acceso a ella desde los ordenadores habituales. Quizás hemos perdido alguna oportunidad.

Las personas que viven en situaciones de marginalidad y pobreza son difíciles de localizar. Quizás no están al día de sus pagos o hayan facilitado un teléfono que no es el propio, o hayan cambiado el número sin actualizar el registro...

Nos resulta difícil llegar a las y los pacientes que manifiestan sufrimiento mental o emocional a través solo del teléfono.

La intimidad forzada que provocó el confinamiento de la pandemia fue especialmente dolorosa para las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas. La posibilidad de establecer contacto telefónico con ellas o con sus hijos e hijas topaba con la asfixia del control ejercido por el hombre que las maltrata¹.

A la inversa el uso del teléfono es un procedimiento antiguo para quienes se mueven con comodidad por las tecnologías de la comunicación, a través de agendas de la ciudadanía, correos electrónicos ligados a la historia clínica informática u otros similares. Usan estos medios personas jóvenes, de clase media-alta y con buen nivel de formación académica.

Medios técnicos necesarios para la atención telefónica

¿Qué precisa la atención telefónica para ser una oportunidad?, para ir más allá de un filtro de la administración. Un filtro muy difícil de pasar

Medios técnicos. Seguro que habéis topado con la dificultad de que os respondan al teléfono desde una institución públi-



ca. En el Institut Català de la Salut, y creo que no es un fenómeno local, no se han ampliado las líneas. La contradicción entre pedir que la atención sea mayoritariamente telefónica y no acompañar esta decisión de medios técnicos es tan dolorosa y obvia que no creo que necesite aclaración. Sí se han facilitado algunos teléfonos móviles a los centros. En nuestro caso, en el CAP La Pau, 3, un número irrisorio. En realidad, en muchos casos usamos nuestros teléfonos móviles privados. También algunos accesorios como los "manos libres" permiten anotar lo que decimos y una postura más ergonómica. En nuestro caso, no hemos recibido ninguno.

No poder contactar con el centro genera frustración e irritabilidad y hay ciudadanos que finalmente se presentan airados en el ambulatorio; justo lo que se quería evitar.

Medios humanos

Contactar telefónicamente con una o un usuario no es un acto fácil ni baladí. En primer lugar, para gestionar la agenda de consultas telefónicas -que en mi caso sobrepasan las 35 diarias- hay que echar un vistazo general pues puede suceder que algunas situaciones deban ser atendidas con prioridad y otras permitan ser postpuestas o delegadas a otro profesional. Posteriormente leer aquello que el administrativo, o el propio ciudadano, nos trasmite de la petición recibida. Frases cortas del tipo "sigue con fiebre" o "tengo la receta electrónica caducada" o "estoy muy mal..." Antes del contacto telefónico revisamos la historia clínica, el listado de condicionantes y problemas de salud, los últimos motivos de atención, anotaciones de otros profesionales si las hay, y las últimas exploraciones complementarias. Esto lleva un buen rato en mayores y pacientes complejos. Con una idea ya en la cabeza e intentando mantener abierto el encuentro, llamamos.

Es muy habitual que el paciente no conteste ni al fijo ni al móvil. Por supuesto que las personas tienen (¡parte de esperar nuestra llamada!) actividades, obligaciones y también diversiones que les ocupan. En mi caso llamo en 3 ocasio-

nes en tres días distintos. Es posible que aun así no se pueda contactar, entonces desde la atención al usuario intentan localizar al o la paciente, pero, claro, todo se demora...

Eficacia operativa y simbólica

En general las y los ciudadanos responden con afecto a nuestra llamada, es bonito que sin llegar a finalizar la presentación reconozcan tu voz "¡Hola Dra. Babi!" están contentas y contentos y se interesan por nosotros y nuestras

familias. Muchas cuestiones pueden ser resueltas o encauzadas o aliviadas. Otras requieren sí o sí de la presencia.

Aunque ya os podéis imaginar que de vez en cuando nos abruman sus enfados. Somos responsables de algunos sí, pero mucha de la rabia de la ciudadanía es debida a diferentes disfunciones del sistema. Algunas no están de ninguna manera en nuestras manos; se atribuye a la atención primaria, por su proximidad, un papel de "abogados del sistema", de mediadores con otros ámbitos asistenciales, que han estado también ausentes. Pero esa capacidad de mediación, sin gobernanza real, es muy limitada. Quizá la ciudadanía piensa que hemos escogido este modo de atención, cuando la realidad es que es una medida de política administrativa que escapa a nuestra decisión.

Son también necesarias para la atención telefónica la longitudinalidad, capacidad comunicativa, capacidad resolutoria y una cierta temporalidad.

Si la persona que llama es su médico o médica, su enfermera o incluso alguien directamente en su nombre -aquí la importancia de las y los trabajadores de la atención y gestión es enorme, la posibilidad de comunicación verdadera, es mucho mayor. Es la impresión de que quien me llama es importante para mí y yo lo soy para él o ella. Es una relación significativa. Se trata de la longitudinalidad de la atención primaria, uno de sus dones, que en el punto álgido del confinamiento de la pandemia casi se perdió.

La capacidad comunicativa con la empatía y escucha como valores de oro, son necesarias por supuesto también en la atención telefónica. Y, además, el encuentro ha de ser operativo, debe dar respuesta sin generar nuevas complicaciones. Y todo esto en una cierta temporalidad, con un cierto ritmo. Si entre la demanda de atención y la llamada pasan muchos días probablemente perdemos capacidad de ayuda. Lo resalto porque hay, a fecha de hoy, una notable demora para la respuesta telefónica que demasiadas veces se intenta compensar forzando sin límite las listas de trabajo diarias.

Dificultades éticas

Hay que salvar, además, algunas dificultades éticas:

Un ejercicio no abusivo del poder. En nuestro medio, con todo y sus limitaciones, los usuarios solicitaban asistencia cuando lo creían conveniente. La única moneda de cambio era la demora (el tiempo es uno de los signos de riqueza; las listas de espera no afectan a quienes pueden costearse una sanidad privada). Ahora la atención es una decisión del o de la profesional. Debemos administrar esa decisión con lealtad hacia los y las pacientes y con un deseo de armonización de esa lealtad con la del resto de usuarios. Es preciso que esa decisión no sea un ejercicio abusivo de poder.

La confidencialidad de las llamadas tiene también una especial complejidad. ¿Qué hacer cuando no responden al teléfono? ¿Un mensaje en el contestador, es una acción con bastante fortaleza ética? ¿Quién escuchará ese mensaje? Algunos familiares se ofrecen a trasladar nuestra encomienda al o la paciente... con todas las dificultades para contactar, ¿podemos dejar pasar esta oportunidad? Y no hacerlo ¿traiciona la confianza?

También es un error grave olvidar los límites en el hacer de los profesionales. No es posible hacer todo: atender presencialmente como se hacía previamente y atender a la pandemia con sus rebotes y con los mismos medios. No se puede mantener la presencialidad y apenas puede mantenerse la calidad. No es posible.

A modo de conclusión

La atención telefónica no puede sustituir la presencial en todos los casos ni en todos los momentos. Porque la exploración física -en el modelo clínico- es necesaria en muchas, muchas ocasiones; porque aquello que enferma puede ser difícil de precisar o comunicar por teléfono; y porque, si bien la voz humana es un poderosísimo tranquilizante, la presencia humana, lo es más. La pandemia COVID19 ha generado una crisis de presencialidad³, un alejamiento de los cuerpos, del contacto, de la proximidad de la piel. Las consecuencias sin duda irán apareciendo.

Necesitamos datos de lo que estamos haciendo más allá de la buena voluntad. Tenemos indicios que muestran que la patología cardíaca aguda grave sufre un retraso diagnóstico desde el inicio de la pandemia con aumento de la gravedad y de la mortalidad⁴. Algo similar sucede con los pacientes oncológicos que llegan al diagnóstico más tarde perdiendo opciones de curación⁵. Es importante conocer si estos pacien-

tes demoraron ellos mismo la atención o bien si encontraron dificultades para llegar a ella o si, atendidos telefónicamente, no fueron bien orientados. Es importante saberlo para remediarlo pues este periodo oscuro no ha finalizado.

El verano que deseábamos no ha sido. Las administraciones conminaron a realizar todos los descansos vacacionales antes del otoño. Pero los rebotes han aparecido en pleno verano con la mitad de las plantillas fuera y sin apenas contrataciones.

¿Cómo enfrentamos el otoño-invierno? Esto que han llamado la nueva normalidad se está explicando a fuerza de eslóganes sin apenas verdad. A punto de iniciar el mes de octubre no sabemos cómo; hay una cierta desolación ante esta falta de respuestas, ante la falta de inversión económica, ante la falta de planificación y organización en niveles superiores de la administración, ante lo que parece indiferencia hacia nuestras quejas propuestas y exigencias. Pero la desolación es mayor cuando pensamos y sentimos que el que no haya plan, es el plan.

Estoy dispuesta, junto a quienes me acompañan, profesionales y pacientes, a dar lo mejor de mí, pero no sé si esto va a bastar, ni en la atención telefónica ni en ninguna otra.

Notas

1. Megan L. Evans, Margo Lindauer, J.D. and Maureen E. Farrell. A Pandemic within a Pandemic — Intimate Partner Violence during Covid-19. September 16, 2020.
2. La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID 19 . Insitutot de la mujer https://www.inmujer.gob.es/disenov/novedades/PlantillaCovid-19/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID-19_03.pdf
3. Tomo el concepto "crisis de presencialidad" del antropólogo Martín Correa-Urquiza, "somos sujetos del roce y del encuentro". Sugere y disponible en <https://youtu.be/rIT-Zz96TCE>- Previa a la crisis habíamos pensado ya en la importancia de la presencia en el acto médico en: Babi Rourera, Pilar. «Sentit i relació. El meu exercici de la medicina». DUODA: estudis de la diferència sexual, 2018, Núm. 55, p. 24-48, <https://www.raco.cat/index.php/DUODA/article/view/343582>
4. Oriol Rodríguez-Leor, Belén Cid-Álvarez, Armando Pérez de Prado. Impact of COVID-19 on ST-segment elevation myocardial infarction care. The Spanish experience. Rev. Esp. Cardiol. Artículo en prensa Accesible en <https://www.revespcardiol.org/en-impact-covid-19-on-st-segment-elevation-avance-51885585720303625>
5. Beatriz Perez. El miedo al contagio del covid-19 reduce los diagnósticos de cáncer hasta un 30%. El Periodico. 30/05/2020. <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20200530/miedo-contagio-covid-reduce-diagnosticos-cancer-7981189>



Margarita Petit

Enfermera de urgencias jubilada

Marzo 2020

Cuando todo empezó fue como una carrera de cien metros lisos. Dispuestas, con el mejor ánimo. Pasaron una, dos, cuatro semanas.

Para soportar el confinamiento, me he impuesto una rutina para poner orden y ahuyentar el miedo, un intruso pegajoso que entra por el agujero de la cerradura y las ventanas. El miedo es como el grisú, aprovecha los rincones y las rendijas para esconderse a traición.

Vivo en un piso con suerte porque tengo espacio y luz. Ahora mismo estoy viendo los balcones de la acera de enfrente, los toldos coloreados, las persianas y las macetas. Cada mañana descubro las caras pálidas y los cuerpos aun desastrados por el sueño. Salen al discreto sol de la mañana de marzo, un lujo que te acaricia *de gratis*.

Miro las noticias que se ensucian día a día, como los colores cuando mezclas mal.

Pienso en mis amigas. ¿Habrán podido dormir hoy? Ya no habrá cenas, ni meriendas, ni desayunos. Teníamos pendiente un aniversario, luego ya fueron dos, tres. Lo dejamos y ahora este vaivén de mascarillas cubriendo el miedo.

He vaciado el armario para poner orden. Un vendaval textil encima de la cama. Paso el trapo húmedo y lo vuelvo a guardar intentando que no se vengán abajo los jerséis sobre las camisetas. No quiero que les pase nada, a ninguna de ellas (de mis amigas, no de las camisetas). Mi amigo está en la Uci. Noto los ojos de goma espesa. No quiero ni pensar que podría dejar de verle.

Me siento frente al ordenador y me evado del cuadrado donde estoy. Escribo, borro, muevo la pantalla arriba y abajo. Voy a la cocina hiervo agua para el té, pongo la bolsita y borbotea. Me acerco a la pantalla, escribo.

Habrà que pensar en la comida. Abro la nevera y voy dejando las verduras sobre el mármol. Organizo una fiesta de colores. Corto y lavo. Enciendo el fuego, el aceite cruje, el agua hierve. Miro por la ventana, entra un aire fresco y pienso que ellas están ahí bajo las batas, las mascarillas, las pantallas.

Nadie quiere ser una heroína, sencillamente están allí.

Leo al sol que me acaricia mientras escucho las gaviotas que gritan en el cielo. Veo la ropa tendida, oigo voces lejanas. Antes no se oían. Hay silencio.

Miro el móvil, necesito saber. A veces me cuentan cosas tristísimas. La gente se muere demasiado. Sin tiempo para despedirse. Otras, tejemos conversaciones pausadas y reconfortantes. Imágenes de ellas, de hijos y nietos. Los deditos se acercan a la pantalla. Todos amontonados en este rectángulo minúsculo. Que suerte tenemos de podernos ver.

sin amigas, sin cena Y CON EL COVID



Los tramposos por fin se han sentado en el sofá. Por un ratito han dejado de ir de acá para allá, con la excusa de comprar el pan o ver a los abuelos. Sois tramposos, queréis hacer trampa al mundo de las batas verdes con delantales hechos con bolsas de basura, mascarillas precarias, reusadas, gafas de plástico incómodas, guantes de lavar platos. En esta madeja tengo muchas compañeras, mis adorables amigas y quienes prolongaron mi piel más allá de mi tiempo de trabajo.

Por fin, hoy, me han llamado del hospital. Lo estaba esperando, me moría de ganas de ayudar. Me preparo para no volver a casa, por si acaso.

Me acerco al hotel y veo algunas siluetas níveas al trasluz. Un enjambre de batas y fonendos casi por estrenar. Hay un experto sí, pero solo uno. Hay que montar otra sala para personas ancianas infectadas que vendrán. Estamos allí seis o siete personas y hay que organizar tres turnos: una enfermera arrancada de su área básica, otra enfermera suplente (y sin plaza, claro), una podóloga cargada de buena voluntad, dos prejubiladas y una enfermera de urgencias jubilada, yo. En el piso de abajo están el grupo de Erasmus con fonendo, el monto recién acabado de medicina sin Mir y las enfermeras de tercer curso. Descabellado, pero no hay más.

Las habitaciones de hotel, sin barandas, sin baños asistidos. Descolgamos los cuadros para colgar los antibióticos endovenosos. Aquel pasillo festivo se llena de cajas de pañales, sondas, jeringas, etc. Vienen los farmacéuticos con la medicación. Alguien dice que hay que montar un carro de paros. No hay más oxígeno que unas cuantas bombonas pequeñas.

...Por suerte la propuesta se desvanece (los que mandan han comprendido por fin que es inviable). Me vuelvo a casa con mi bolsa de supervivencia y un gran dolor de cabeza.

Leo en la terraza, pero no puedo continuar, he de coger las letras y ponerlas una a una. Salen alocadas y no sé cómo van a terminar, pero os juro que son el testimonio de un estado que nunca había probado.

Tengo la taza de té entre las manos mientras creo que leo, pero en realidad estoy pensando abstraída. Pasará, me digo, y volveremos a besarnos con besos tan tiernos como el algodón de feria.



Olga Fernández Quiroga
Psicóloga clínica

¿Cómo vivir esos duelos cuando estamos confinados en casa, cuando no podemos acompañar a nuestros seres querido, enfermos en el hospital, cuando no podemos organizar un funeral ni estar en el entierro?

Perder a una persona querida, es una circunstancia dolorosa por la que pasamos casi todos en algún momento de nuestra vida. Vivir esa pérdida en estos momentos del año 2020, cuando la mayor parte del mundo tiene restringida su movilidad, en mayor o menor medida, a causa del coronavirus Covid-19 y no puede ni acompañarla ni realizar los ritos funerarios que cada cultura hemos creado para paliar esos momentos de duelo, añade un plus de dolor muy importante.

Deseo que estas reflexiones sirvan de ayuda a todas las miles de personas que han vivido y están viviendo este sufrimiento.

Para empezar, pensemos que no hay una única manera de vivir un duelo. Todas son buenas a condición de que cumplan su objetivo.

A efectos didácticos podríamos decir que en esta situación de confinamiento, se ha eliminado la parte social del duelo, los ritos funerarios. Ahora, o estamos solos en casa o acompañados por un círculo familiar reducido. Antiguamente, los velatorios se realizaban en las casas y podía transcurrir todo un día y una noche en dónde la familia siempre estaba acompañada: familiares, amigos, vecinos... turnándose para no dejarlos solos. Y allí había abrazos, besos, apretones, saludos e historias. Se hablaba de la persona muerta y cada uno explicaba sus recuerdos. Había llantos, pero también risas. Muchos de estos recuerdos eran anécdotas que en determinados momentos provocaban esas sonrisas. Cada cultura con sus ritos propios.

Ahora ya hay pocos funerales en casa. Los hemos sustituido por los tanatorios, en dónde también nos reunimos para acompañar a la familia y para darle un último adiós a la persona muerta. En esta era digital, se ha añadido otro elemento: las redes sociales. Es habitual que la gente comunique en su red social el fallecimiento del ser querido y reciba las condolencias de sus seguidores, algunos de ellos conocidos, otros no. Aquí podemos encontrar una alternativa para la

VIVIR LOS DUELOS EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS



cuadro de Caroline Mignot

situación actual, que nos puede servir. Recibir el apoyo, el cariño y los ánimos de otros seres humanos que nos contestan, a veces con mensajes muy emocionantes. Los que habitualmente utilizan sus redes sociales desde el ámbito profesional o la-

boral, pueden añadir este ámbito personal

También hay gente que, tal como nos hemos acostumbrado ahora con las videollamadas, organiza un funeral virtual, reuniendo a todos aquellos que desean tener a su lado o simplemente a la familia. No pueden tocarse, pero sí verse y hablar. Compartir. Compartir y dejar salir el sufrimiento. Poder llorar. Poder hablar y expresar.

Hablar es importante en esta situación porque una reacción instintiva puede ser refugiarse en el confinamiento y aislarse para evitar el dolor o regodearse en él. No ayuda en ninguno de los dos casos. Evitar el dolor lo agudiza aún más ya que hay que añadir un esfuerzo descomunal para no sentirlo. Y regodearse en el aislamiento nos lleva, como poco, al victimismo, eso es, como si el familiar muerto, nos hubiera hecho algo malo. Las dos situaciones nos conducen a un duelo bloqueado, interminable y por eso, patológico. Elegir el duelo, también implica elegir la vida.

Otras personas organizan un evento que puede consistir en pedir que su entorno envíe alguna cosa en memoria de la persona fallecida: un recuerdo, un escrito, una canción. O participar juntos escuchando y cantando la música que le gustaba al ser querido. Resulta emocionante. Gran parte de estos eventos pueden grabarse y guardar la grabación como recuerdo.

Y si nos hace falta, no dudéis en pedir ayuda. Sin dudar. Hay muchísimos profesionales de salud mental que están ahí, de manera gratuita, para ofrecer ese soporte. Puede ser por teléfono. No solo una vez. Las que podamos necesitar. Sin descartar ninguna de las emociones que sentiremos: ganas de llorar, de gritar, de expresar rabia, indefensión, culpa...

ahí viviremos un montón de emociones que son inevitables y necesarias. Vivirlas no significa quedarse en ellas. Nuestra parte racional también estará ahí, guiándonos y a la vez permitiendo esos altibajos emocionales, sin peligro

Todo esta parte social que ahora nos falta, acompaña al duelo personal, íntimo, que quizás nos pida soledad, nos pida nuestros rituales privados. Los que sean. Los que necesitemos. Y durante el tiempo que nos haga falta. Hay tiempo para la intimidad del dolor con uno mismo. No hay un tiempo marcado para que una persona pase su duelo.

Sabed que a estas alturas ya nos está permitido ir a los hospitales a despedirnos de nuestros seres queridos. Eso es muy sanador para mucha gente. Es importante saberlo porque al inicio de esta pandemia no era posible, pero en estos momentos los protocolos han cambiado.

La medicina debe tener en cuenta este factor de soporte familiar para las personas que están graves y no minimizarlo. Hay un tiempo de dedicación, pero ahora es posible disponer de ese tiempo. Y al enfermo, puede servirle mucho.

Un colega me recordaba algo que el psicoanalista Jacques Lacan escribió acerca de la pérdida de un ser querido. Decía que el sujeto tenía que poner a trabajar todo su orden simbólico haciéndolo girar como giran las estrellas y los planetas en el universo. Puede que no sea literal, pero es la idea. Y me parece bello.

Cuidémonos y cuidemos.

Referencias

- De todo lo que he leído acerca del tema, elijo dos artículos muy diferentes.
- Cesca Zapater y María José Hernández de Sanmamed, médicas. Morir en temps d'epidèmia. Dretes a l'últim adeu (Morir en tiempos de epidemia. Derecho al último adiós). Diari de la Sanitat, 16/04/20.
- https://diarisanitat.cat/morir-en-temps-depidemia-dret-a-lultim-adeu/?fbclid=IwAR1RtIHrvQGBEdRVGZu0FE6_IDm3cVbHm5volNGIBJALd-m3oUSgfdEg1qE
- Y otro que me envía mi amiga Vero de la periodista y escritora Argentina Mariana Enríquez. La Ansiedad. Revista de la Universidad de México. Junio 2020.
- <https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/41725f69-40a0-4229-b7d2-8bc714717cd2/la-ansiedad>

* Original en catalán en Diari de la Sanitat, 3/6/20. <https://diarisanitat.cat/viure-els-dols-en-temps-del-coronavirus-covid-19/>

Aquí envejeceremos juntos

Aquí envejeceremos juntos dijo él.

Pero no sucedió

Ella murió antes. No hubo dolor, era una película

Pero yo sí quisiera envejecer contigo

Lo supe desde siempre lo sé cuándo te miro

En este tiempo en que lo incierto se desnuda procaz

Yo quiero ver contigo cómo se desliza la luz un poco más adentro cada día

Iluminando la casa que nos guarda

Yo quiero ver a Maya persiguiendo un insecto en la ventana

Tu sonrisa cuando juegas con ella sentir como me cubre tu mirada

Quiero escuchar tus pasos en la escalera tu voz cuando me llamas

Saber que aún ocupas ese cuerpo tan hermoso y abrazarlo

Esperarte cada día. Volver yo a casa sabiendo que me aguardas.

En este tiempo en el cual tantas voces discordantes que llaman a la guerra

Han inventado un ejército se llevan nuestros cuerpos para pelear con las sombras

Un-dos-un-dos-derecha-izquierda-de frente-march!

Las órdenes el miedo la angustia se cruzan vuelven crecen gruñen

Ayer aullaron los perros hoy no encuentran reposo

Hay miles de hogueras devorando cuerpos ya vacíos

Yo sólo quiero sentir el tuyo dándome calor en la noche

Abrazarme a ti compartir contigo cada día

No perder ni un segundo

Invertir las palabras tropezar de pronto con alguna certeza

Saber otra vez -necesito crearlo-

Que a pesar de todo, a su tiempo, sin prisa,

Envejeceremos juntos.

Elina Pereira Olmedo, 2 de abril de 2020



Carme Valls Llobet
Médica endocrinóloga

El reto de la epidemia de la Covid-19, y el hecho de que la mortalidad sea más elevada entre las personas mayores con afectaciones propias de la edad (enfermedades cardíacas, cánceres, diabetes y o enfermedades autoinmunes) plantean el reto de cómo mejorar la inmunidad de la población, especialmente la de este grupo.

Por eso, actualmente hay autores, como Koff & Williams, que proponen orientar la investigación a la búsqueda de biomarcadores del estado inmunológico, para estudiar por qué hay personas que tienen mejores defensas hacia las infecciones que otras, y su posible relación con la microbiota intestinal. En definitiva, buscan descodificar el sistema inmune para estimularlo y poder enfrentarse a la actual epidemia y a las futuras, que a buen seguro van a venir, con mejores recursos que los actuales y no sólo con vacunas.

Este enfoque parte del conocimiento de que, aunque muchos virus y bacterias inducen la aparición de anticuerpos producidos por los linfocitos B -a este tipo de reacción se le denomina inmunidad humoral, porque los anticuerpos circulan por la sangre-, este no es el único sistema defensivo del cuerpo. Existen también las células dendríticas, los macrófagos y los linfocitos T, que conforman la denominada inmunidad celular, que es capaz de proteger mejor contra algunos tipos de virus o frente a hongos y bacterias. Aunque en estos momentos aún está en estudio, se ha visto que la respuesta de algunas personas que han superado con éxito la infección del virus SARS-CoV-2, no lo han hecho tanto por el número de anticuerpos sino por la inmunidad celular del propio paciente.

Hace tiempo que sabemos que la Vitamina D (igual que la progesterona natural) puede estimular la inmunidad celular y reducir la metainflamación y la autoinmunidad. La vitamina D actúa aumentando la acción de los macrófagos los cuales son capaces de atacar bacterias y virus mediante un proceso de fagocitosis: engloban los microorganismos y los destruyen (este efecto también lo tienen las reservas de hierro orgánicas, y por ello los niveles de ferritina superiores a 50ng/ml también colaboran en la inmunidad). A este tipo de inmunidad básica se le denomina Inmunidad Innata.

MEJORAR LA INMUNIDAD FRENTE A LA COVID-19 EL papel de La vitamina D



La vitamina D también tiene una acción denominada quimiotaxis, que significa que promueve que las células del sistema inmunitario se movilicen hacia el agente patógeno.

Otra acción muy útil de la vitamina D, en relación con la inmunidad, es la capacidad que tiene de inhibir la producción de citoquinas o el interferón gamma (las citoquinas, al desprenderse de las células en los procesos inflamatorios, son responsables del dolor muscular generalizado y del cansancio, como ocurre en el síndrome gripal), lo cual ayuda al cuerpo a revertir los procesos inflamatorios y a mantener la actividad inmunitaria mediante la modulación de la acción de los linfocitos T, evitando así los procesos de autoinmunidad. Todas estas acciones se conocen como inmunidad adaptativa, ya que permiten al cuerpo adaptarse de forma rápida a situaciones de estrés y a agresiones ambientales.

Hago un inciso para señalar que el Zinc es un mineral que también puede mejorar el estado inmunológico, sus niveles bajos se asocian a un peor pronóstico de las enfermedades respiratorias. Una primera comunicación sobre su efecto en la infección por Sars-CoV-2, relata cómo se midieron los niveles de zinc de un grupo de pacientes en el Hospital del Mar en Barcelona entre marzo y abril pasado: los niveles medios encontrados fueron de 61mcg/dl, pero entre los que murieron (8%) de 43mcg/dl, significativamente más bajos. También están en marcha ensayos con la vitamina C ya que estudios previos realizados con el virus SARS-CoV-1 mostraron mejor evolución con niveles altos.

En los primeros meses de la pandemia, los médicos de Turín (Italia) ya dieron una primera alerta, al constatar que las y los pacientes que tenían niveles bajos de Vitamina D eran proclives

a desarrollar peor evolución de la enfermedad. Este hecho ha sido observado por otros autores alertando de la posibilidad de que la deficiencia de Vitamina D podría estar relacionada con una afectación de la respuesta inmune innata y adaptativa.

Además de la acción antiinfecciosa e inmunomoduladora que ejerce, mejorando las barreras intercelulares al estimular la inmunidad innata y modular la adaptativa, más recientemente se han demostrado múltiples efectos pleiotrópicos (no esperados) de la vitamina D a nivel antiinflamatorio e inmunomodulador.

Esto explica resultados positivos en estudios con influenza, coronavirus y otras infecciones respiratorias cuando aumentan los niveles de vitamina D en sangre. Se ha descrito que en numerosas enfermedades virales existe una relación inversa entre los niveles séricos de vitamina D y la intensidad de la infección (dengue, hepatitis, herpes virus, influenza, virus sincitial respiratorio, rotavirus, infecciones de vías respiratorias altas, infecciones entéricas y urinarias, neumonía, otitis media, vaginitis, sepsis y VIH).

En el caso de la Covid-19 en concreto se ha podido observar que una de las razones por las que se producen alteraciones pulmonares y renales, y después en todo el organismo, se debe a que el virus utiliza la proteína ECA2, presente en la superficie de las células pulmonares, como puerta de entrada para la infección. Una vez infectadas, las células reducen de forma importante la expresión de ECA2, y se cree que esta disminución sería responsable de parte de los efectos dañinos de la enfermedad, ya que se altera el sistema renina-angiotensina-aldosterona, quedando disponible más angiotensina II por lo que causa más daño en el cuerpo aumentando la hipertensión pulmonar. Pues bien, ya que la vitamina D inhibe los mediadores del sistema renina-angiotensina, y puede contrarrestar el aumento de angiotensina II, sus niveles adecuados podrían evitar una evolución pulmonar y renal negativa.

Se ha publicado un primer estudio piloto aleatorio y doble ciego en la Unidad de cuidados intensivos del hospital Reina Sofía de Córdoba por el equipo del Dr Quesada, investigador desde hace años de los efectos saludables de la Vitamina D en el organismo. De 96 pacientes consecutivos que ingresaban en el hospital con neumonía por Covid-19, tratados todos con el mismo protocolo general, 50 (reclutados aleatoriamente) recibió calcifediol (formula química que permite el aumento directo del calcidiol en sangre) a dosis altas, de los cuales sólo uno tuvo que ser ingresado en cuidados intensivos, y fue dado de alta posteriormente, el 2%; mientras que de los 26 que no recibieron el suplemento activo de Vitamina D, 13 tuvieron que ingresar en cuidados intensivos y dos murieron. Los autores señalan que existe evidencia de que la administración de dosis altas de calcifediol puede evitar

el ingreso en UCI y solicitan que se hagan estudios con un mayor número de casos. Pero ya es una esperanza.

La propuesta de la mayoría de autores que estudian los niveles en sangre para prevenir infecciones respiratorias, proponen que los niveles de Calcidiol (25 OH D3) en sangre oscilen entre 40 a 60ng/ml, ya que las infecciones intrahospitalarias después de operaciones quirúrgicas fueron tres veces mayores si los niveles de Vitamina D en sangre eran inferiores a 30ng/ml, y disminuían un 33% por cada 10ng/ml de aumento de estos niveles. Pero para conseguir de forma rápida adecuado niveles en sangre se ha de utilizar los suplementos a base de Calcifediol (25 OH D3), que ya es la forma activa y permite la acción inmunológica inmediatamente después de su administración. Primero en dosis de carga, semanal, hasta conseguir los niveles superiores a 30ng/ml, y después con dosis de mantenimiento que pueden oscilar entre quincenales o mensuales. Los suplementos a base de Vitamina D3, sin embargo, han de pasar por el hígado para transformarse en la forma activa y este proceso es irregular según el estado del hígado y la edad, y puede tardar más de uno o dos meses (tal como describí en sendos artículos en MyS 38 y MyS 39). Aunque la Vitamina D se puede adquirir tomando el sol 10 minutos, con medio cuerpo al descubierto durante los meses de verano, y a través de algunos alimentos, estos suplementos de D3 pueden servir como mantenimiento, pero no permiten aumentar rápidamente los niveles en sangre que se necesitan para combatir una infección.

Dada la importancia de estimular la inmunidad de la humanidad, habrá que seguir muy de cerca las investigaciones que se realicen sobre este tema, basadas en la mejor evidencia posible.

Referencias

1. Koff W.C. and Williams MA. "Covid-19 and Immunity in Aging Populations- A new Research Agenda". N Engl J Med 2020; 383;9:804-5
2. Guerri-Frenández R et al Abstract 00177. Lower baseline zinc levels are associated with poorer outcome in Covid-19" ECCVID 2020. 23-25 September 2020
3. Mansur JL et al "El suplemento con altas dosis de vitamina D podría representar una alternativa promisorio para prevenir orotar la infección por COVID-19". 2020. Clin Investig Arterioscler
4. Teymori-Rad M, Shokri F, Salimi V, Marishi SM. "The interplay between vitamin D and viral infections" 2019. Rev Med Virol 29:e2032
5. Entrenas et al. "Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for Covid-19: A pilot randomized clinical study" 2020. Journal of Biochemistry and Molecular Biology. 203. 105751

SER O NO SER COMO LA MUÑECA DE BANKSY

dilemas de Las sanitari@s: atender, ser atendid@s



Regina Bayo-Borràs

Presidenta Comissió de Psicoanàlisi C.O.P.C.
reginabayo@gmail.com

No recuerdo nunca antes haber leído y escuchado tanto sobre la salud mental de l@s profesionales sanitarias como desde la eclosión de la pandemia. Los medios de comunicación le han dedicado artículos, reportajes, informes, encuestas y hasta listados con recomendaciones varias sobre cómo sobrellevar el agotamiento emocional producido por la sobrecarga de trabajo realizado en unas condiciones deplorables. Las que no trabajamos en relación directa con la enfermedad, es decir, las que no estamos al pie del cañón atendiendo a las personas gravemente infectadas, sentimos admiración acompañada de una buena dosis de compasión producto de la empatía, al escuchar sus experiencias, al leer las entrevistas en las que intentan conectarnos con el enorme sufrimiento que conlleva su trabajo diario.

El suyo es un malestar mezclado y complejo. Las más de las veces con un sentimiento de culpa que han de ir amortiguando día a día, pues no hay otra. Hay que responder de la mejor manera posible a los requerimientos de los pacientes, sobre todo de los que se encuentran en estado grave. Hay que ser eficiente, adaptarse rápidamente a lo nuevo, incierto, desconocido y peligroso de la enfermedad. Y hay que ser buena compañera, no fallarle al equipo, aunque ya no quede energía disponible ni para levantarse para ir al trabajo.

A esta culpa se le suma la carga del temor de contagiar a los seres más queridos, hijos, pareja, padres, familiares dependientes. A la culpa y al temor quizá también se le agrega el pesar de la impotencia por no haber logrado todo aquello que se espera de su buen hacer.

Culpa, temor, pesar, impotencia componen un cóctel emocionalmente muy dañino para afrontar el peligro real de contagio y asumir riesgos sin contar con la protección adecuada. Porque el calor y el apoyo que reciben de la población en su conjunto sin embargo no apacigua todo lo anterior. Al contrario, se saben indispensables, siempre al servicio de la vida de los demás, cueste lo que cueste. Y es en esa disponibilidad requerida, en esa imprescindible necesidad de no fallar, en

la autoexigencia cotidiana, en el miedo a contagiarse y el terror a contagiar, donde se cultiva primero - y se evidencia después - el desgaste emocional, el agotamiento llamado estrés postraumático.

Ante este panorama surgen además iniciativas para atender también desde la escucha a los pacientes, como un instrumento de enorme valor terapéutico para medicar menos, para entenderlos mejor, para intervenir más eficazmente y, desde luego, para recoger y no descuidar los indicadores sociales que perjudican su salud.

Por eso los profesionales no saben si aguantarán la segunda ola. La primera, como se la ha denominado, ya lleva implícita la aparición de la segunda, que nadie sabe si será la última. En todo caso, una primera indica que la segunda está por llegar, y que su llegada implicará otros destrozos personales aunque los recursos hospitalarios estén mejor equipados. ¿Y l@s profesionales, están ell@s mejor equipad@s?

Ana Macpherson publicó un artículo titulado "Secuelas psicológicas sin tratar acechan a los sanitarios ante la segunda ola". En él explicaba que en algunos hospitales de Cataluña se habían montado servicios para que los profesionales sanitarios con sufrimiento psicológico y emocional pidieran ayuda y la recibieran. Estos servicios facilitaban el acceso a través de mail, teléfono o de manera presencial. Pero estos servicios no eran utilizados. ¿Cómo entenderlo si l@s mismos sanitari@s reconocen su agotamiento emocional con toda la secuela de síntomas invalidantes que les comporta? El médico jefe impulsor de la iniciativa decía que hay una "fobia" de l@s sanitari@s a acudir al psicólogo, aunque reconocieran su necesidad de hablar y explicar lo que estaban viviendo. Al final se optó por organizar una cafetería en la que l@s sanitari@s se encontraran, compartieran y empatizaran entre sí. Y funcionó. La cafetería estaba llena.

También por esas fechas se informó que un equipo de investigadores del IMIM (Instituto de Investigaciones Médicas) colabora en un estudio sobre el impacto que la COVID produce en la salud mental de l@s profesionales sanitari@s, población general y enfermos. Se trata de un estudio que implica miles de encuestas, de cuyos resultados se esperan algunas conclusiones preocupantes: que casi una tercera parte de los sanitarios más expuestos estarán aquejados de síntomas depresivos.

Banksy es un conocido artista grafitero que denuncia las desigualdades e injusticias sociales en las paredes de los barrios

populares. Su identidad es un enigma, pero nos da muchas pistas sobre los temores y las esperanzas de los seres humanos acerca del mundo que nos ha tocado vivir. Una de sus últimas creaciones es el dibujo de un niño (¿por qué no una niña?) sentado en el suelo rodeado de juguetes, que con su brazo alzado hace volar a una muñeca vestida de uniforme con capa y gorra de la Cruz Roja, mientras la mira —y la admira. La muñeca de Banksy nos recuerda inmediatamente al héroe Superman que ha embelesado a niños (sobre todo varones) de varias generaciones... hasta que surgieron los super héroes, esos que ya parecen insuperables. ¿Es así, pues, cómo consideramos a las cuidadoras de nuestra salud? ¿Cómo superwomen capaces del vini/vidi/vinci... es decir, de ir —y de llegar— volando, raudas y veloces, a asistir, aliviar, consolar y recuperar a los desvalidos, enfermos, afligidos y en riesgo vital? Ese niño que con su imaginación hace volar a la muñeca enfermera salvadora, ¿representa un imaginario social de que l@s sanitarias son omnipotentes? Sólo la ingenuidad de un niño puede fantasear con los superpoderes. Pero ese niño puede llegar a representar a la sociedad en general.

Hace algunos meses apareció un reportaje titulado "Se incrementan los problemas de salud mental entre los psicoterapeutas del Sistema nacional de Salud del Reino Unido". Esta información recoge los resultados de una encuesta a más de 1200 profesionales que trabajan en los servicios públicos, de los que el 48% admite padecer estrés y depresión. Esta evidencia estadística ha alarmado a las Sociedades científicas y Colegios profesionales del país, que han tomado cartas en el asunto. Han solicitado al Gobierno, de manera conjunta y formal, que de manera urgente se comprometa a tomar medidas y poner recursos para mejorar el bienestar y la resiliencia de los profesionales psicoterapeutas, porque *"los profesionales y los servicios cuyo personal tiene un buen bienestar emocional son más sostenibles y marcarán una mayor diferencia en la calidad asistencial, es decir, en las vidas de aquellos a quienes están ayudando"*.

La muñequita de Banksy da cuerpo a una ingenua idealización de los sanitarios, mujeres en su gran mayoría, que son valoradas y admiradas por su total entrega y disponibilidad. Están siempre al pie del cañón, haciendo turnos, soportando guardias, atendiendo urgencias, tapando agujeros, poniendo paños calientes en los conflictos inevitables que surgen en



los servicios tensionados. Acuden al rescate en cuanto hay señales de necesidad o sufrimiento, como las madres hacen con sus bebés.

Y de las madres también tenemos noticias. El Club de las malas madres ¡también ha hecho una encuesta! Más de 10.000 mujeres han sido consultadas, y resulta que 9 de cada 10, se siente apática, triste, o desmotivada" y 7 de cada 10 asegura que está mucho más cansada que antes del confinamiento,

como consecuencia del teletrabajo, las tareas domésticas, el cuidado y la educación de sus hijos. Se encuentran extenuadas. Este escenario ha propiciado que el 86 % pida como solución, en primer lugar, «estar sola», sin sus hijos ni parejas; en segundo, "dormir"; en tercero, «hacer lo que quiero»; en cuarto, "desconectar" y, en quinto, "silencio". Queda claro lo que se necesita para descansar y recuperar-se a una misma. Sean mujeres madres, sean cuidadoras profesionales, sean profesionales sanitarias.

En efecto, el desgaste emocional erosiona vaciando de energía vital a quien se entrega en cuerpo y alma a otro ser humano en estado de dependencia absoluta. Desde luego que las profesiones de cuidado del otro dependiente —en salud o en psicoterapia— son diferentes, y de los que han de ofrecer las mujeres que son madres de bebé. Éstas tienen la grata y feliz expectativa de que su criatura saldrá de la dependencia absoluta y poco a poco llegará al estado de dependencia relativa, lo cual le devolverá grados de libertad y autonomía propia, y así recobrará ella también su energía. Para los sanitarias, y para los psicoterapeutas eso dependerá de muchos otros factores —gravedad, urgencia-peligro real de muerte, etc.

Las situaciones son comparables solo en tanto y en cuanto comparten —y comportan— un nivel de entrega extraordinario en aras de sostener la salud y el bienestar del otro vulnerable. Sería extraordinariamente peligroso para la salud mental del profesional sanitario dejarse llevar por su vocación profesional en la entrega y desempeño de su tarea de cuidados, entrando en la ilusión de la omnipotencia, esa que adjudica el niño a su muñeca de la Cruz Roja. Dejaremos de ser muñecas como la de Banksy, y no estigmatizaremos nuestro estado emocional necesitado de la escucha de alguien empático. Será la mejor manera de afrontar la segunda ola, o los oleajes que nos depare la vida.

CARTA ABIERTA A LA UNIÓN EUROPEA Y LOS ESTADOS MIEMBROS*:

por La precaución y el rigor científico en La vacuna de La COVID-19.

Dirigida al Comisario de Sanidad de la UE, a los Ministros de Sanidad de los estados miembros de la UE y al Director de la Agencia Europea de Medicamentos.

Los responsables políticos, los profesionales sanitarios y los investigadores abajo firmantes expresamos nuestra preocupación por la forma apresurada, opaca e insegura en que la UE y sus estados miembros están financiando, desarrollando y promoviendo las vacunas contra la COVID-19.

La pandemia ha provocado unos trastornos tan grandes en nuestras sociedades y en nuestras economías que muchos gobiernos han ejercido una presión política sin precedente sobre la comunidad científica. Los poderes públicos han proporcionado fondos masivos para «volver a la normalidad» rápidamente mediante el lanzamiento de una nueva vacuna a una velocidad récord. Lamentamos que muchas de estas medidas no hayan hecho suficiente hincapié en la necesidad de un amplio escrutinio científico abierto, unos altos estándares regulatorios y un acceso universal asequible a nuevos productos.

Coincidimos en que la vacuna es necesaria lo antes posible pero debe de tener el mayor grado de eficacia y seguridad. Por ello, hacemos una llamada a la responsabilidad de líderes políticos y medios de comunicación. Deben abstenerse de hacer promesas infundadas acerca de un eventual despliegue acelerado y masivo de vacunas mientras la Agencia Europea de Medicamentos y otros reguladores no hayan evaluado datos clínicos fiables sobre su seguridad y eficacia (así como resultados de ensayos clínicos de fase III).

Insistimos en que las aspiraciones políticas no pueden reemplazar la realidad científica de los hechos. Estas promesas infundadas y la compra anticipada de decenas de millones de dosis de vacunas por parte de los estados miembros de la UE podrían estar creando expectativas escasamente realistas de una solución “mágica” a esta crisis de salud pública. El hecho de que las vacunas se estén desarrollando en laboratorios financiadas con dinero público de la UE y sus estados miembros, hace que sea de crucial importancia que se preserve firmemente el interés público de los procesos y que estos sean presididos por el rigor científico, la seguridad y la transparencia.

Hay mucho en juego en términos de confianza pública en la innovación biomédica. La actual «fiebre del oro» liderada comercialmente por desplegar una vacuna COVID-19 no deja tiempo suficiente para garantizar adecuadamente la eficacia y seguridad del medicamento. Una «autorización de mercado condicional» de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) tendría probablemente poca capacidad de seguimiento y podría socavar la confianza del público en la vacunación. Al priorizar el acceso rápido al mercado sobre la aplicación del “principio de precaución” legalmente consagrado en la UE, la rendición de cuentas y la responsabilidad se verían debilitadas. En este sentido, cuestionamos seriamente que los gobiernos y la UE estén concediendo exenciones de responsabilidad financiera a la industria farmacéutica en caso de posibles reclamaciones por efectos secundarios o daños causados por las vacunas. Estas medidas que eliminan la responsabilidad civil en el desarrollo farmacéutico privado podrían sentar un peligroso precedente.

También lamentamos la ausencia generalizada de condiciones de acceso asequible, transparencia y ciencia abierta en los acuerdos precomerciales firmados por los gobiernos. Si estas posibles vacunas ya se están comprando con dinero público, la ciudadanía tiene derecho a conocer los detalles de los contratos y los resultados completos de la investigación clínica incluso antes de la autorización. También tiene derecho a participar en la propiedad de los derechos de patente generados. Es especialmente inaceptable y socava la confianza pública el que la Comisión Europea y los gobiernos de los estados miembros de la UE hayan impuesto restricciones legales para hablar públicamente sobre sus acuerdos con la industria. Sin transparencia la confianza pública es imposible.

En particular, nos gustaría expresar nuestra consternación por el fenómeno del “nacionalismo de las vacunas” que está obstaculizando los avances científicos y el intercambio de los resultados de las investigaciones. Esta deriva abre la puerta a una gran desigualdad en el acceso asequible a nuevas vacunas tanto dentro de un país como entre varios. En este sentido, lamentamos el débil compromiso de la UE y sus estados miembros con la iniciativa COVAX de la Organización Mundial de la Salud que persigue aunar recursos científicos y financieros para asegurar el acceso universal a las vacunas.

Solicitamos a los Ministros de Salud de los estados miembros de la UE y al Comisionado de Salud de la Comisión Europea que tengan en cuenta estas demandas:

1. Exigimos la total transparencia de los contratos y otros acuerdos firmados entre la UE y sus estados miembros con empresas farmacéuticas para el desarrollo, fabricación y despliegue de vacunas para la COVID-19.
2. Hacemos un llamamiento a la transparencia total de los resultados de los ensayos clínicos y los protocolos de investigación potencial de la vacuna COVID-19 en tiempo real por parte de expertos científicos independientes.
3. Hacemos un llamamiento a la Agencia Europea de Medicamentos y a las agencias de medicamentos de los estados miembros de la UE para que apliquen los más altos estándares regulatorios con los que evalúan la eficacia y la seguridad de las nuevas vacunas propuestas para la COVID-19.
4. Hacemos un llamamiento a la Comisión Europea y al Consejo para que se comprometan política y financieramente, más allá de su contribución actual a la iniciativa COVAX, con una estrategia global que asegure que cualquier vacuna COVID-19 efectiva y segura se convierta en un bien público global con el fin de garantizar su acceso universal.
5. Solicitamos que cualquier inversión pública en la investigación y desarrollo de vacunas por parte de empresas farmacéuticas resulte en la participación pública, tanto en la propiedad de las patentes generadas como en la creación de licencias abiertas.
6. Llamamos a la revocación de todos los acuerdos público-privados relacionados con la exención de responsabilidad civil o de indemnización financiera para las empresas que desarrollan y producen vacunas COVID-19.



MENOS | MAS
MEDICINA | SALUD

Puede firmar y adherirse aquí <https://www.ipetitions.com/petition/open-letter-to-eu-and-eu-member-state-on-vaccines>

* Original en NoGracias, nmurcia | Sep 17, 2020. <http://www.nogracias.org/2020/09/17/carta-abierta-a-la-union-europea-y-los-estados-miembros-por-la-precaucion-y-el-rigor-cientifico-en-la-vacuna-de-la-covid-19/>



CARTA DE DESPEDIDA

Apreciad@s amig@s,

Difícil es en este momento escribir, pero mucho más difícil es no hacerlo.

Hemos reflexionado mucho sobre la situación actual y como continuar. La decisión ha costado mucho, pero era la que había que tomar.

Esta pandemia en la que estamos todos, nos ha cambiado. Y ha cambiado a la sociedad y, como no, la manera de relacionarnos. Nos ha dado puntos de vista distintos y formas distintas de actuar, ni mejor ni peor sino diferentes. Tenemos que aprender a vivir de otra manera.

Como ya sabéis, GRUP ÀGATA es una entidad pionera y de referencia en cáncer de mama, con 25 años de experiencia y que fue fundada por un grupo de mujeres que veían vacíos en la atención que recibían en los hospitales las mujeres afectadas; que había cosas que no se les ofrecían, y cosas que no se les explicaban.

Esto también ha cambiado. Tenemos mucha información que nos ofrecen los oncólogos, cirujanos, radioterapeutas, enfermeras, etc., han surgido nuevas asociaciones en los hospitales, también internet, aunque a veces no es fiable, ofrece todo tipo de informaciones.

Por otro lado, hemos visto cómo una asociación, también con 25 años de experiencia, TAMAIA, reflexionaba y hablaba de intemperie. Una intemperie que nos hace vulnerables. Una intemperie administrativa. Una intemperie material. Una intemperie económica. Y de cómo, todo esto les había hecho decidirse a disolver la asociación.

Esta intemperie hace que la continuidad de las asociaciones, con toda la riqueza que aportan, no sea viable en condiciones dignas.

Hace falta tiempo para que la sociedad vuelva recuperada, pero somos conscientes que volverá con una nueva normalidad, en donde las asociaciones no pueden continuar de la forma que lo hacen ahora.

Ha llegado el momento de despedirse no sin sentir una inmensa tristeza.

Y no olvidamos a todas aquellas mujeres que han quedado por el camino. Con ellas también hemos aprendido que la vulnerabilidad está en nuestro día a día.

Gracias, gracias infinitas por acompañarnos durante estos años, sin vosotr@s GRUP ÀGATA no habría existido. Nos quedamos con TODO lo que hemos aprendido, hemos compartido, hemos ofrecido.

Hasta siempre!

NUNCA HAY TIEMPO PARA LAS MUJERES derechos en embarazo, parto-nacimiento y postparto en tiempos de COVID



Roser Gallardo Ferrer

Comadrona, Antropóloga
Presidenta Asociación Naixença
<https://naixensa.wordpress.com/>

No me puedo imaginar pariendo durante la pandemia.

Me tocó parir un hijo y una hija, en las décadas en las que las mujeres entraban solas al área de paritorio. Teníamos un solo hospital público con paritorio en toda la Isla (Mallorca) y claro, todas las que no elegían la privada iban a él.

Cuando llegabas te hacían una exploración en urgencias de gine-obstetricia, a la que ya entrabas sola. Si tenías dilatación suficiente para quedar en paritorio, salías a despedirte de tu pareja, no la volvías a ver hasta que, una vez nacida la criatura, dejabas el paritorio para ir a la planta de puerperas. Entrabas en un lugar totalmente desconocido, acompañada por personas desconocidas, que podían ser muy amables, o no. Sola, en una sala de dilatación individual. Nada más llegar te ponían un enema (lavativa) y a continuación un suero con oxitocina, te obligaban a estar tumbada en la cama y no podías beber ni, por supuesto, comer, aunque fuera algo ligero. Las contracciones eran muy fuertes, no nos podíamos quejar, ¡no estaba bien visto! Cuando llegábamos a la dilatación completa, nos pasaban a una especie de quirófano, ¡el paritorio! Allí dábamos a luz a nuestras criaturas, tumbadas, con un gran foco alumbrando nuestros genitales, nos cortaban a todas la entrada de vagina (episiotomía); yo tengo dos. Cuando nacía nuestra criatura, la ponían encima de una mesita, cortaban el cordón rápidamente, la bañaban, vestían y nos la enseñaban, no nos la dejaban nunca encima de nosotras, se las llevaban a nidos rápidamente "para que no se enfriase" y no la tendríamos hasta pasadas unas seis horas las que dábamos lactancia materna; las que no, podían estar más tiempo, dependiendo de la visita del pediatra.

Las criaturas se pasaban horas llorando en el nido, llamando a sus madres (lo sé, porque trabajé en nidos y así lo sentía) y sus madres también llorando en su habitación por no poder estar con ellas.

Tengo que decir que fui una privilegiada, porque al ser personal de la casa me permitieron estar acompañada por mi pareja durante los partos, pero no conseguí que me dejaran a mis criaturas conmigo, y cuando lo reivindicé fuertemente con la segunda, me llegaron a decir "las de la casa sois las peores". La situación vivida en los últimos meses en nuestro Estado me ha hecho recordar lo mal que lo pasé, lo mal que lo pasaron tantísimas mujeres y criaturas durante décadas y lo que es peor, me ha hecho ver cómo pueden desaparecer de un plumazo todos los derechos que hemos ido consiguiendo durante años de reivindicaciones y que ya tenemos por ley. Unos derechos desaparecidos sin ninguna evidencia, porque la poca que tenemos de los países que nos han precedido no justifica la gran mayoría de medidas que se han tomado. Me hago muchas preguntas sobre cómo se ha actuado y francamente, no encuentro respuesta a cómo se ha hecho. ¿Qué sentido tiene que las mujeres tuvieran que parir solas y no las pudiese acompañar su pareja o una persona que conviviera con ella? O como decía una pediatra en la prensa local: "no tenía ningún sentido aislar a una criatura 48 horas, para después irse a su casa con su madre", pero también afirmaba que si las autoridades lo ordenan, no puedes hacer otra cosa. Las mujeres también han sido obligadas a acudir solas a las consultas y a las ecografías. Afortunadamente, son muchas las y los profesionales que han defendido seguir con los derechos adquiridos, pero no ha sido suficiente, al menos en el inicio de la pandemia. El miedo y el desconocimiento han llevado a actuar sin sentido común en muchas ocasiones y aunque sí es cierto que se ha ido rectificando en algunos casos, no podemos olvidar las cicatrices dejadas en muchas mujeres y criaturas.

Propuestas sin respuesta

Muchas Asociaciones se han manifestado y han presentado propuestas. Naixença también lo ha hecho desde el inicio de la pandemia.

Tras enviar, el 23 de marzo, una carta a la Consellera de Salut de les Illes Balears, sin recibir respuesta alguna, el 6 de abril publicamos "*Mai hi ha temps per les Dones*" (nunca hay tiempo para las mujeres) en nuestro blog, Facebook y Twitter. Entre otras cosas, decíamos:

"Hemos visto cómo en poco tiempo se han creado unos espacios en hoteles, de forma muy rápida, sin ninguna dificultad y muy bien dotados para asistir a personas con Covid.

Naixença se pregunta, por qué si es tan fácil en estos casos, no lo es para evitar que las mujeres embarazadas que no presenten riesgo tengan que seguir yendo a parir a los hospitales?, ¿por qué obligar a las mujeres sanas a ir al hospital en tiempo de pandemia?



para las embarazadas, y que ahora más que nunca, es el momento de asegurar que las mujeres embarazadas que tienen que parir, lo hagan en un entorno totalmente preparado con los medios adaptados y adecuados ante una posible complicación con el Covid-19.

Muchas mujeres expresan su miedo por tener que ir al hospital y algunas incluso dejan de ir a las consultas en su centro de salud. No desean salir de casa y mucho menos para acudir a un centro donde saben que también van las personas enfermas. Algunas y algunos profesionales adoptaron una actitud defensiva ante nuestra propuesta y nos acusaron de asustar a la población. Diciendo que parir en el hospital es seguro, que no hay riesgo y que se ponen todas las medidas posibles de seguridad. En ningún momento dudamos del buen trabajo que se está desarrollando, no dudamos de que se pongan todas las medidas posibles. Pero que sea tan seguro y que no haya riesgo, es difícil de entender, cuando se nos pide a toda la población que solo acudamos a un hospital en caso de urgencia. Pero nos dicen que ahora esto no es prioritario. No es prioritario porque las que parimos somos las mujeres y detrás hay un fuerte paternalismo.

El parto en un centro de nacimientos cerca de un hospital ha de ser posible. Está claro que siempre que la mujer lo desee, no se puede obligar a ninguna mujer a no parir en el hospital, como tampoco se debería obligar a entrar en él. Deberíamos tener las dos opciones, aunque actualmente solo hay una, el hospital.

Lo más lógico en estos momentos sería haber creado unos espacios donde las mujeres con embarazos sin riesgo pudieran acudir a parir, a consultas de embarazo, postparto y pediatría (como decíamos en la carta)".

Tarde y mal

Curiosamente, días después de la publicación de este texto en las redes, el 18 de abril, recibimos respuesta de la Sra. Consellera a la carta enviada en marzo.

Entre otras cosas, nos decía que ahora hay que centrarse en paliar todos los efectos sanitarios y sociales que padecemos en nuestro Estado. Que tienen que garantizar que todos los usuarios y las gestantes reciban la máxima protección sanitaria para evitar cualquier posible contagio y la mejor atención en caso de contagio; que las mujeres embarazadas pueden ser más susceptibles y que es por eso que en nuestros hospitales se sigue un protocolo de actuación que extrema las medidas de precaución para los pacientes de riesgo así como

Nos cuesta entender

Si las embarazadas son más susceptibles, no se las debería exponer a parir en un hospital donde se nos dice que no debemos acudir sin presentar una gran urgencia. No dudamos de que tengan un protocolo con medidas extremas de seguridad, pero no harían falta medidas tan extremas si ellas no tuvieran que acudir a esos hospitales. Estamos de acuerdo con que esas medidas se hagan efectivas para las mujeres que presentan un Covid-19 positivo, pero para las que no, más que nunca es el momento de asegurar una atención que no represente un riesgo de infección por este virus. Repetimos que nos cuesta entender que haya sido posible crear hospitales muy bien dotados en hoteles u otros espacios en muy poco tiempo, pero que no haya sido viable crear espacios donde las mujeres embarazadas que no presentasen ningún riesgo pudiesen acudir para el seguimiento de su embarazo, su parto y el acompañamiento durante su postparto. Espacios donde no sufriesen el miedo y el riesgo de convivir con personas enfermas.

Deseamos y esperamos que todo este sufrimiento sirva de lección para posibles situaciones futuras similares y que aprendamos de todo lo que se puede evitar.

Reivindicamos los centros de nacimiento próximos a un hospital y también la inclusión del nacimiento en casa en la cartera de servicios de nuestro modelo de salud.

Seguimos trabajando por los derechos de las mujeres y criaturas.

Naixença es una Asociación que se fundó hace 20 años para la defensa en los derechos en el embarazo, parto-nacimiento, postparto y crianza. Hemos sido y somos muy activas en la defensa de estos derechos, y entre los cambios conseguidos contamos con el más importante, que fue el que se incorporasen en la Ley Balear de Salud del 2003 las recomendaciones de la OMS al respecto, siendo la primera Comunidad Autónoma en incluir estas recomendaciones por Ley.

Todo el trabajo realizado por la Asociación queda recogido en el libro publicado por Edicions Punt H. 2019, titulado "El cambio lo parimos nosotras: Historia de Asociación Naixença".



MANIFIESTO DE DESPEDIDA Ponemos nuestra vida en el centro de La política

Habitar el presente, significó el pasado

“Habitar el tiempo depende exclusivamente de la fe, entusiasmo y atención, que pongamos en las labores que hacemos para llenarlo y del relato que nos hagamos de su transcurso.”

C. Martín Gaité.

La situación de confinamiento, a raíz de la Covidien-19, se ha convertido en un movimiento de orden simbólico para el equipo de mujeres que conformamos Tamaia, vivir sin violencia: pensar el alcance de la propia práctica y reconocer la dimensión que imprime en la propia vida. Nuestra cotidianidad es frágil y, en la asunción de la propia vulnerabilidad, nos hemos dado cuenta de que la intemperie es un lugar de mucha dificultad para poder acompañar y sostener las otras mujeres. A veces, sin conciencia del propio límite, ponemos la propia vida a disposición del mundo y, en este acto de responsabilidad, nos olvidamos de nosotras mismas, de la emoción atravesada, de las vivencias y de las experiencias de violencia que hemos normalizado para poder ofrecer un contexto de posibilidad para las mujeres en situación de violencia machista y de la paradoja que habitamos en la imposición de un ritmo que nos ahoga la vida.

La situación sobrevenida por la Covidien-19 nos ha representado un bache, la inercia en la que estábamos acostumbradas se detuvo de repente y, en este contexto de incertidumbre, poder sobrevivir pasaba por conectarnos al cuerpo. Este acto nos ha colocado en la necesidad de dejarnos sentir el malestar y el cansancio, y nos hemos dado cuenta de lo que, en la inercia del día a día, nos pasaba desapercibido. Esta epidemia nos ha sido una lupa y nos ha permitido ver la fragilidad de la vida y la importancia del cuidado, más allá de las formulaciones discursivas.

¿Quién cuida a quién? ¿Quién cuida de las que cuidan?

Dos cuestiones que, en su formulación, requieren del contexto de realidad que este momento señala: la violencia machista es estructural y esta dimensión se articula también en la situación de precariedad de las profesionales que estamos en la primera línea de la atención. Sin los recursos adecuados, el abordaje de la violencia machista rompe el cuerpo de las que nos colocamos en la disposición de acompañar a las otras mujeres.

Es por esta razón que, ante la situación actual de colapso, hemos convenido que el autocuidado es un acto de resistencia, un acto de radicalidad política que, en el movimiento de poner la vida propia en el centro, reivindica el cuidado de la vida como práctica política feminista. Sin este movimiento, sentimos las palabras vacías de sentido y de medida, vacías de significado ... Es, cuando llevamos el cuerpo y la propia vida a las palabras, cuando las hacemos práctica y las arriesgamos, que hay transformación del mundo.

Las mujeres de Tamaia nos sentimos hoy preparadas para poder nombrar en voz alta que en este contexto de violencia institucional, sostener nuestro proyecto nos pone en riesgo, que sostenerlo pasa por obviar el propio cuidado y, en conciencia, decidimos cerrarlo. Lo hacemos desde la convicción de que el propio cuidado es, hoy más que nunca, un acto de rebeldía política, un acto de disidencia al sistema y de desobediencia al patriarcado. No podemos volver a poner el cuerpo, no podemos no escuchar, por más tiempo, el cansancio, el malestar y la angustia. Estamos decididas a acoger la propia vulnerabilidad como lugar imprescindible para decir que así no se puede, que no podemos contener, por más tiempo, el daño de la violencia machista en las mujeres, en las criaturas y en las profesionales porque sabemos que nos faltan, no las herramientas, sino las condiciones materiales para poder acompañar desde el cuidado, desde el propio cuidado, a las otras mujeres.

La intemperie de Tamaia es de orden material y radica en la dificultad de sostener un proyecto de atención a mujeres que tiene un coste elevado y que, en los últimos años, únicamente recibe un 50% de financiación pública. Esta realidad nos obliga a una doble jornada laboral, nos obliga a la formulación de propuestas que nos permitan complementar el 50% del coste del proyecto con recursos propios, propuestas que con Covidien-19 se han cancelado en su mayoría. Esta realidad que nos pide jornadas laborales desmesuradas nos sitúa, hoy, en una posición de mucha fragilidad.

La intemperie de Tamaia es también la violencia institucional respecto del abordaje de la violencia machista. Una vivencia fruto de la falta de recursos y la falta de reconocimiento y de condiciones dignas para las profesionales que acompañamos las mujeres en situación de violencia machista en su proceso de recuperación y, también, de la falta de recursos y la falta

de reconocimiento y de condiciones dignas para las mujeres en situación de violencia machista, experiencia que nos coloca en la paradoja de sentido de dirigir a las mujeres a una red de servicios que no es suficiente para evitarles a ellas, también, la intemperie.

No queremos denunciar más esta situación, volverlo a decir nos representa anestesiarnos y contribuir a la normalización de esta contingencia de precariedad, como si nada se pudiera hacer para transformarla. Esta realidad no es fruto del azar ni de la casualidad, es consecuencia directa de unas políticas públicas absolutamente insuficientes y absurdamente burocratizadas. La burocracia -los formularios del patriarcado que tanto tiempo nos roban- actúan como muros de contención de la disidencia, ya no queremos sostener por más tiempo esta mediación institucional que nos desgasta y nos expropia el saber y la práctica, pero no nos la reconoce. Tal y como dicen las mujeres del Colectivo Mujeres con Voz. "Hasta acá llegó el soportar" .

El sistema ha colapsado, es importante decirlo, y es necesario señalar el gran desorden que hay en estos momentos de colapso. Este desorden se evidencia, sobre todo, en la rotura de la línea con la que el patriarcado pretendía separar el adentro del afuera, el reproductivo del productivo, una línea que era una falsa frontera, en el sentido en que todas las fronteras lo son, ya que pretenden separar lo que no se puede separar: la vida, y el cuidado que ésta pide.

La vida es continuidad y afectación, Kate Millet y las feministas de su generación ya dijeron que lo personal es político, ahora más que nunca hemos atravesado esta experiencia con el cuerpo durante el confinamiento. Pero ahora, además, sabemos que la vida no puede estar al servicio del mercado de trabajo, lo sabemos no sólo en la reflexión teórica, sino también en la vivencia encarnada de lo cotidiano.

En medio de este contexto de desorden, las mujeres tenemos que encontrar la manera de soltar los pesos, aquellos pesos que nos ha colocado el sistema, sin que el colapso del sistema nos vuelva a cancelar la potencia política, la voz para decir el mundo y la experiencia propia: estar conectadas, habitar el cuerpo desde la conciencia material y simbólica.

Es imprescindible no perder la perspectiva ni la dimensión propia, la que nos sitúa en la primera persona, la que nos da lugar y equilibrio entre la libertad y la responsabilidad para poder elegir qué pesos soltamos. Este sitio de conexión es necesario para poder deshacernos de la servidumbre al sistema, un sistema que nos permite contener el dolor pero que nos impide erradicar la violencia que lo provoca. Aquí las palabras de Marcela Lagarde nos dan medida porque,



como ella dice, tras colocar en el mundo que lo personal es político, hay que hacer visible que lo político es personal.

No queremos sostener este lugar dentro del sistema, este lugar que nos coloca ante el dolor de la violencia machista, dentro de una estructura institucional que no moviliza los recursos necesarios para poder transformar los sistemas de creencias que provocan este dolor. La violencia machista es insostenible, también en su dimensión estructural y simbólica.

Y en este contexto decidimos ...

En este contexto de incertidumbre colectiva, después de haber sopesado todos los pesos, las mujeres que conformamos el equipo de Tamaia, **Viure sense violència** hemos decidido cerrar este precioso espacio.

Desde Tamaia, hace 29 años que trabajamos para erradicar la violencia machista, conocedoras de que los feminismos son la mediación más urgente para trazar pasajes que nos curen los efectos que la violencia machista inscribe en el cuerpo de las mujeres.

Por eso, justamente, la nuestra es una práctica de desobediencia al patriarcado como sistema que pretende ser orden y medida del mundo. En Tamaia hemos convenido que es imprescindible sembrar feminismos para volver impensable la violencia machista, si bien este movimiento de disidencia no es posible sin poner conciencia en las palabras, una conciencia que pide honestidad y verdad entre lo que decimos y lo que hacemos. Es en este movimiento de sentido que cerramos Tamaia, porque no podemos situar el cuidado de la vida en el centro de la política sin reconocernos el cuidado de la vida propia, y en estos momentos el proyecto de Tamaia, y las mujeres que lo conformamos, hemos identificado la vivencia cotidiana de intemperie.

Más allá del orden simbólico patriarcal que cancela las experiencias y los saberes de las mujeres a través del uso de la violencia como estrategia de imposición de sus reglas; más allá de la precariedad material que el patriarcado nos impone a través del modelo económico capitalista, que estrangula la vida, sobre todo la vida de las mujeres; más allá del racismo como imposición del sistema de jerarquías de poder y privilegio, un sistema que nos niega el sentido de la diferencia como lugar de riqueza y aprendizaje..., más allá está la libertad, la libertad como práctica de rebeldía al patriarcado, de desobediencia a sus marcos de significación.

Desde este lugar, ya hace unos cuantos años, Audre Lorde nos mostró que nunca podremos desguazar la casa del amo (el patriarcado) con las herramientas de que el amo nos provee... es por esta razón que hemos convenido que lo que ahora nos urge es darnos el permiso de parar, de permitir-

nos, una vez detenido el movimiento de la inercia, pensar y pensar este presente con serenidad y prudencia. Son días complejos y para gestionar la complejidad no hay fórmulas matemáticas, sólo la tentativa de hacer silencio, también dentro de nosotras.

No queremos volver a la normalidad de antes, no podemos volver. No sabemos si esta epidemia sanitaria ha transformado el mundo, pero nos reconocemos y podemos afirmar que a las mujeres de Tamaia nos ha vuelto más exigentes, más conscientes de lo que significa y representa el cuidado de la vida. Finalmente, nos hemos decidido a cuidar, también, de nosotras mismas.

En estos momentos, volver al ritmo autodestructivo, del que veníamos, no nos es una opción razonable. Volver donde estábamos no es una opción de continuidad, porque la escuálida financiación pública de nuestro proyecto, que actualmente ya no llega al 50%, nos obliga a la activación de un volumen de actividades adicionales para poder sostener, económicamente, la atención a las mujeres en situación de violencia machista. Lo que nos supone una doble jornada laboral o la pérdida del sentido original de la propia práctica de atención: la mediación del cuidado que pasa por hacer lugar y tiempo al proceso de recuperación de las mujeres.

Somos las mujeres las que amortizamos las crisis económicas, somos nosotras quienes ponemos el cuerpo, el tiempo, la sobreexplotación de nuestros contextos de vida y también nuestra posibilidad de ser más allá de la imposición del cuidado a la que nos subyuga el patriarcado. El lugar del cuidado como imposición no es el lugar de la práctica política que, desde los feminismos, coloca el cuidado de la vida en el centro. La primera es invisible y aísla las mujeres dentro de la contingencia de la familia nuclear; la segunda habla de la interdependencia, de las redes de sororidad, reconoce la dimensión, la potencia, el saber y tiene, también, las palabras para nombrar más allá del patriarcado.

Para ir más allá del patriarcado necesitamos deshacer los silencios del cuidado como imposición, más en estos momentos, porque para gestar el presente las formas son imprescindibles, no podemos no poner en práctica lo que decimos, convencidas, de palabra. Saber y constatar que erradicar la violencia machista no es una prioridad institucional, tal y como evidencian las políticas públicas en su dotación presupuestaria, nos coloca, de nuevo frente un contexto de precariedad que no podemos sostener sólo con nuestra convicción. Este sitio de precariedad lo conocemos bien a Tamaia, porque está en el origen del proyecto y en la trayectoria de estos 28 años en los que hemos puesto el propio cuerpo para poder compensar las carencias y la falta de recursos institucionales que deben acompañar el proceso de recuperación de las mujeres de los efectos de la violencia machista. En este poner el cuerpo, las vivencias singulares de las compañeras del

equipo han colisionado, las estrategias de supervivencia de esta desmesura han hecho eco diferente en cada una y esta diferencia ha convertido en una vivencia de dolor del equipo. Ahora sentimos que este contexto de precariedad, y sus efectos, son una desmesura que hay que decir, es necesario romper el silencio, y la única manera que hemos encontrado para expresar nuestra fragilidad es cerrar el proyecto para no rompernos.

Durante los días que ha durado el confinamiento hemos acompañado la culpa, la ansiedad, el exceso de responsabilidad, la hiper-conexión emocional, el dolor, la impotencia, la tristeza y el miedo de muchas mujeres; mujeres en situación de violencia machista y mujeres profesionales del abordaje de la violencia machista. En este proceso también nos hemos podido escuchar todas estas emociones en nosotras mismas y es, desde el reconocimiento de la propia vulnerabilidad, que hemos decidido que para poder mantener la perspectiva de nuestra práctica necesitamos detenernos para tomar distancia, sanar, y proyectar dónde es que queremos colocar nuestro cuerpo y nuestra alegría.

Las compañeras de Tamaia tomamos por el equipo el sentido de las palabras de Audre Lorde: «cuidarme a mí misma no es una auto-indulgencia, es auto-preservación y esto es un acto político».

Les dones de Tamaia Viure Sense Violència
**Rakel Escuriol, Rosa G Graell, Beatriz Masià,
 Leticia Moy, Carmen Vidal**
 Barcelona, junio-julio 2020

Notas al final

1. Koff W.C. and Williams MA. "Covid-19 and Immunity in Aging Populations- A new Research Agenda". N Engl J Med 2020; 383;9:804-5
2. Guerri-Frenández R et al Abstract 00177. Lower baseline zinc levels are associated with poorer outcome in Covid-19" ECCVID 2020. 23-25 September 2020
3. Mansur JL et al "El suplemento con altas dosis de vitamina D podría representar una alternativa promisoría para prevenir o tratar la infección por COVID-19". 2020. Clin Investig Arterioscler
4. Teymori-Rad M, Shokri F, Salimi V, Marishi SM. "The interplay between vitamin D and viral infections" 2019. Rev Med Virol 29:e2032
5. Entrenas et al . "Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for Covid-19: A pilot randomized clinical study" 2020. Journal of Biochemistry and Molecular Biology. 203. 105751
6. Texto original en <https://medium.com/@tamaiacoop/manifest-decomiat-posem-la-nostra-vida-al-centre-de-la-pol%C3%ADtica-76f7182defe4>