

MYS MUJERES Y SALUD

Núm. 52

REVISTA DE
COMUNICACIÓN
INTERACTIVA 2022
www.matriz.net
suscripcionesmys@gmail.com

ENTREVISTA

MÓNICA BERNABÉ:
Una periodista
intrépida y tenaz

GUERRA Y PAZ

La paz
de la civilización
feminista

SALUD LABORAL

¿Dónde
queremos llegar?

ACTIVIDAD FÍSICA

Moverte puede
cambiarte el
cerebro

INVESTIGACIÓN

Sobre las fases
del ciclo menstrual

SEXUALIDAD

Mujeres
con trastorno
mental severo

DOSSIER:

¿¡Quién le teme
a los **50**!?



STAFF

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi
Directora

Carme Valls Llobet

Olga Fernández Quiroga

Ariadna Ferrer March
Secretaría

CONSEJO EDITORIAL

Altable Vicario, Charo

Arrufat Gallén Vita

Artazcoz Lezcano, Lucía

Aterido Martín-Luengo Irene

Barranco Castillo, Enriqueta

Blanco Prieto, Pilar

Catalá Pérez, Consuelo

Hernández Ortiz, María José

Miqueo Miqueo, Consuelo

Parra Barrachina, Pilar

Porroche-Escudero, Ana

Romano Mozo, Dolores

CONSEJO ASESOR

Catalan Piñol, Carme

Cervera Rodón, Montserrat

Dio Bleichmar, Emilce

Esteban Galarza, Mari Luz

Freixas Farré, Anna

Fuentes Caballero, Maria

González de Chávez Fernandez,
Asunción

López Carrillo, Margarita

Matamala Vivaldi, Isabel

Moreno Sanz, Neus

Norsigian, Judy (Colectivo de
Boston)

Olza Fernandez, Ibone

Ortiz Gómez, Teresa

Sanchez Contador, Carmen

Sanz Ramón, Fina

Stolke Stolke, Verena

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)

Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002

Tl. 93-3226554

e-mail: caps@pangea.org

Web: http://mys.matriz.net

Diseño y maquetación:

Paz Talens. www.labodoni.com

Impresión: amadip-esment.

Centre especial de treball

Depósito legal: B 16354-2017

EDITORIAL. Niños que violan a niñas. Olga Fernández Quiroga	3
25 años haciendo Red por la salud de las mujeres. Margarita López Carrillo	4
ON-We love Cristina Peri Rossi. Lena Castells	5
La vida misma. Leonor Taboada Spinardi	5
OFF-La Corte suprema de EEUU prohíbe el derecho al aborto. Montse Cervera	5
Mónica Bernabé: una periodista intrépida y tenaz. Leonor Taboada	6
Guerra y Paz. ¿Pero qué tipo de Paz? La paz de la civilización feminista. Charo Altable	11
Su propia vida. Margarita López Carrillo	13
Igualdad en el ámbito laboral ¿Dónde queremos llegar? Lucía Artazcoz y Paula Liñán Ruiz	14
La salud mental de las mujeres con trastorno mental severo. Anna Miravete Manresa	16
Algunas reflexiones pandémicas. Daniela Aparicio	17
La elaboración de la demanda. Si yo no quiero tu no puedes. Olga Fernández Quiroga	18
El tribunal constitucional avala la vulneración de los derechos humanos de las mujeres embarazadas. Observatorio de violencia obstétrica	19
Si no es científico, no es investigación ética: sobre las fases del ciclo menstrual. Jerilynn Prior	20

DOSSIER

Menopausia: La falsa crisis de los 50. Carme Valls-Llobet	23
Terapia Hormonal sustitutiva. Recomendacions vs evidencias. Enriqueta Barranco Castillo	25
Sesión doble. Anna Freixas Farré	28
Como dar buena vida a los años: preparándonos para una salud con calidad. Pilar Parra Barrachina. Carme Valls-Llobet	29
Ejercicio y actividad física: porqué moverte te puede cambiar el cerebro. Maria José Hernández Ortiz	33
Mas Gaia. Vivir con mis amigas y bailar. Rita Gabarró	36
HOMENAJES	38
MYS LIBROS	39
MINIDOSIS	40

MYSes PUBLICADOS

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.	11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.	23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!	40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.	13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.	24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.	41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.	15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.	25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN	42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.	16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.	26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS	43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.	17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.	27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO	44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.	18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.	29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR	45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.	19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.	30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS	46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE	20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.	31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA	47 VIOLENCIAS INVISIBLES A PLENA LUZ
9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.	21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ.	32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE	48-49 PALABRAS DE ABUELAS. ESPECIAL COVID-19
10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.	22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA?	33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA	50 NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS...HOY!
		34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA	51 CUIDEMOS A QUIENES NOS CUIDAN
		36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR	52 CUIDEMOS A QUIENES NOS CUIDAN
		37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA	
		38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS	
		39 CUANDO LA VIDA SE ACABA	

Niños que violan a niñas, actuando en grupo

Olga Fernández Quiroga

Mayo de 2022:

Dos niñas de 12 años violadas en Burjasot (Valencia). Una de ellas por varios violadores

Pocos días después se practican cinco detenciones. Uno de ellos supuestamente violó a una niña. Los otros cuatro supuestamente a la otra, en grupo. Todos menores de 16 años. La fiscalía califica los hechos de extrema gravedad y solicita el internamiento de los presuntos violadores. Habla de la extrema vulnerabilidad de las víctimas.

La juez, reconoce "indicios razonables de comisión de delito" y también "factores de riesgo", y dice que "su estilo educativo familiar es laxo permisivo" y nos alerta de la "baja interiorización de las normas". Los deja en libertad.

Los presuntos violadores salen del juzgado y allí encuentran un grupo de gente, familiares, que los aplaude y vitorea.

La secuencia de estos hechos estremece.

En el peor de los casos, que todo sea tal cuál, estamos ante el horror. Toda violación lo es, pero pensar en niñas de 12 años violadas en grupo por menores dos o tres años mayores que ellas es un escenario de pavor. Las violaciones en grupo añaden un factor que califica al grupo masculino de "manada", aludiendo a su animalidad. Pero no es así, es un grupo de humanos, como nosotras, actuando, observándose mutuamente durante las violaciones y muy a menudo, distribuyéndolo en redes sociales. No es solo sexo. Es una agresión. Un intento de sentir el poder. O mejor dicho de no sentir su impotencia. Y aquí, además, son adolescentes y en la adolescencia la identidad va dando bandazos. Los expertos dicen que se disuelven en el grupo, siguiendo habitualmente a un líder y proyectando sus miedos en la figura de la mujer, su víctima, más víctima aún por su condición de niña.

Los medios, informan de esta noticia. Casi todos reproducen un texto similar. Informativo. Una noticia más. Objetiva. En algunos se intenta buscar la causa: más información/educación sexual, menos visionados de pornografía...

Está la pornografía sí, con contenidos en los que se ven esas prácticas grupales violentas, en concreto violaciones y que tienen ya un nombre: "las violaciones "gang bang".

Está también el auge del feminismo entre las adolescentes que cuestionan los ámbitos del supuesto poder del patriarcado, están los partidos políticos fascistas que niegan la violencia machista y por tanto alientan a recuperar el supuesto "dominio perdido" del macho supuestamente dominante. Están el sadismo y la violencia

Pero, sobre todo, están las niñas violadas.

Después de vivir esta atrocidad, si hay denuncia, tendrán que esperar un tiempo al juicio, lo que les va a obligar a mantener la tensión y con el juicio, de nuevo su exposición pública, soportando, habitualmente, la idea de que ellas son las culpables. Tendrán que sufrir la repetición del infierno de los hechos, respondiendo a esas preguntas asquerosas de "si opusieron resistencia", de "cómo iban vestidas" o "si estaban bebidas" y en definitiva verse sometidas a esa doble moral social que las quiere sumisas, decentes, complacientes y bellas, aunque en las violaciones deben ser agresivas y defenderse violentamente.

Primero fueron agredidas físicamente. En el juicio lo serán verbalmente, en el mejor de los casos por los abogados de las defensas y las declaraciones de los violadores que se van a apoyar mutuamente.

Ninguno de estos medios que publican la noticia utiliza los calificativos que debiera tener esta información, y que sí se utiliza en otras noticias: horror, espanto, atrocidad, crueldad, brutalidad, salvajada, monstruosidad...

La revista MYS lleva editándose desde el año 1996, veintiséis años hablando sobre la salud de las mujeres. No hay salud para las mujeres asesinadas por la violencia machista. ¿Qué salud existirá para las niñas sometidas a una situación así? La sexualidad humana ya es suficientemente compleja para que una niña tenga que cargar con este horror. Su vida va a cambiar para siempre, aunque lo pueda superar

Hace unos seis años de la brutal violación del grupo de 5 hombres jóvenes autodenominados "la Manada" a una joven mujer de 18 años. Una violación programada y premeditada.

Todo ha ido a peor. Según los datos de la Fiscalía de Menores en la memoria anual de 2021, en el año 2020 las agresiones sexuales cometidas por menores de 18 años fueron 544.

El acto de la violación es un acto agresivo, que responde a unos roles y una ideología social que lo mantiene impune y, en este sentido, lo fomenta.

Decimos que hay que insistir en una educación sexual a todos los niveles, pero creemos que en un primer y muy relevante lugar, en los medios de comunicación social.

Hablo de un caso actual y próximo a la publicación de la revista, esperando que entre el tiempo de escribir este editorial y su publicación no se produzcan más casos, pero sucede en muchas partes del mundo. En demasiadas.

“Xarxa de dones per la salut”

25 Años haciendo red por la salud de las mujeres

Margarita López Carrillo
Presidenta de la Xarxa de Dones per la Salut

Cuando en 1997, un grupito de mujeres de distintas asociaciones de salud, pero todas ellas socias a su vez de Ca la Dona (la casa de las mujeres de Barcelona), en un arrebato de inspiración acordaron organizar la celebración del Día de Acción por la Salud de las Mujeres -emulando a las activistas de la RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe) que lo habían instaurado diez años antes y fijado en el 28 de Mayo, no sabían que estaban poniendo en marcha lo que enseguida se convertiría en la Xarxa de Dones per la Salut. No sabían que, cuando en la lluvia de ideas que surgió durante la reunión

para organizar el acto, alguien dijo que sería guay contactar con los grupos que estuvieran trabajando en temas de salud y mujeres en ese momento en Catalunya, y se pusieron a hacer un listado de los que se les iban ocurriendo, estaban creando unos lazos que durarían, de momento, veinticinco años.

Se puede decir que, en los años noventa, el tema de la salud de las mujeres no estaba muy presente en la agenda del feminismo. Habían quedado atrás los tiempos del self health, de reivindicar el autoconocimiento y reprochar a los ginecólogos la usurpación de la soberanía sobre nuestros aparatos reproductivos, incluso habían perdido fuelle las demandas de aborto libre y gratuito, amortiguadas por el éxito relativo de la ley de los tres supuestos que, en la práctica, estaba permitiendo abortar a las mujeres, aunque fuera una situación que podía volverse en contra en cualquier momento (como de hecho ocurrió pocos años más tarde). Por eso, las mujeres que se propusieron organizar el primer 28 de Mayo que se celebraría en España, no sólo querían llamar la atención de todo el mundo (mujeres, profesionales, autoridades sanitarias,...) sobre la salud diferencial de las mujeres, sobre la invisibilidad de muchos de los factores que las enfermaban (y enferman), relacionados con sus condiciones de vida y trabajo, con los mandatos sociales de género, y sobre el sesgo androcéntrico de la investigación, la práctica y la enseñanza de la medicina, también, muy especialmente, querían llamar la atención de las feministas para volver a hacer de la lucha por salud de las mujeres una lucha política y colectiva; querían poner sobre la mesa que la salud no es un asunto



neutro, que la ciencia, a pesar de su pretendida objetividad, está cargada de ideología y que la mirada crítica del feminismo debía tener algo que decir también en ese asunto.

La lista de los grupos convocados a ese primer “28 de Maig” resultó, en cuanto a las características de cada uno, tan heterogénea como los diversos temas de los que se ocupaban (derechos sexuales y reproductivos, cáncer de mama, salud laboral, morbilidad diferencial, violencia de género, lactancia materna, embarazo y parto, sida, prostitución, mutilación genital, ...). Había grupos de ayuda mutua, secciones de sindicatos,

grupos de atención directa, grupos de activistas, asociaciones profesionales, grupos de investigación y docencia... Algunos grupos se declaraban feministas, otros simplemente a favor de la salud de las mujeres en su tema específico; algunos estaban insertos en organizaciones mixtas más amplias, otros eran la filial catalana de organizaciones estatales; unos tenían vocación de actuar al menos en toda Catalunya, otros se conformaban con trabajar en su pequeño territorio... Pero todos tenían algo en común: la impresión de estar clamando en el desierto y, también, que sobrevivían a fuerza de pocos recursos y mucho esfuerzo personal.

Mi compañera Carme Catalan decía hace unos días, en un artículo publicado en el Diari de la Sanitat con motivo de este aniversario, que la dificultad con que seguimos encontrándonos para impulsar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo, o para conseguir que la violencia contra las mujeres se considere un problema de salud pública, nos muestra que aún estamos muy lejos de conseguir nuestros objetivos. Y añade: “¿Dónde estamos ahora después de tanto trabajo hecho? Hay pequeños avances, sí, pero en el camino nos hemos dejado muchas energías, muchos grupos de mujeres apenas pueden sobrevivir y algunos han desfallecido. Somos imprescindibles para el control de las instituciones públicas pero, sin una decisión política por fortalecer las asociaciones de mujeres, todas las normas y leyes difícilmente tendrán impacto.”

Pues eso: que hay que seguir picando piedra.

WE LOVE CRISTINA PERI ROSSI



Lena Castells

Trabajadora social y antropóloga. Defensora de los derechos LGTBIO



Mucho se puede hablar de nuestra premio Cervantes 2021, la polifacética escritora Cristina Peri Rossi. Aquí vengo a honrar su poesía. Con ella descubrí el maravilloso imaginario colectivo del amor carnal entre mujeres. Aprendí a sentir el goce que provocan las palabras bien elegidas una junto a otra, o más bien una encima de otra, (des)colocadas, retozando libres y elevando así la poesía a una categoría sublime.

Sus poemas nos señalaron el camino crepuscular que recorría de madrugada por los garitos lúgubres de Barcelona. Suyos fueron los fragmentos que se recitaban las amantes en plena lujuria, arrastrando sus palabras desbocadas entre muslos, rostros y espaldas.

*“Como un nudo de lenguas balbuceantes como la B (Babel bárbara)”, que se iban desatando para liberarnos a muchas del peso de la culpa por amar y desear a otras mujeres...
“te maldigo y te bendigo, te nombro y te fundo”.**

Ahora mismo la imagino en una esquina del Eixample, mirando con nostalgia a una mujer que enciende un cigarro, como en su día hizo en una calle de su Montevideo natal, cuando fumar era un placer; continuo imaginándola mientras va admirando a las mujeres que una a una, una más una, son imparables, y me sumo humildemente a lo que ella escribió:

*“por la calle, venían tantas mujeres que no pude pronunciarlas a todas, en cambio, las amé una por una”**

Gracias, Cristina, por enseñar a hacer(nos) y rehacer(nos) el amor como quien hace una revolución.

*El poema sale publicado en Peri Rossi, Cristina. Poesía Reunida, Editorial Lumen, segunda edición abril de 2009, pág. 47

LA CORTE SUPREMA DE EEUU PROHIBE EL DERECHO AL ABORTO



Montse Cervera



Una ola fundamentalista, reaccionaria y patriarcal recorre el mundo contra los derechos reproductivos de las mujeres arrancados al patriarcado a través de miles de movilizaciones y acciones del movimiento feminista.

El “No creas tener derechos” de las feministas italianas nos alerta en todo el mundo de que no podemos dar ni un paso atrás... y de que más que nunca la sororidad feminista internacional debe seguir enredada y fuerte para que el control de nuestros cuerpos sea de cada mujer y no de los estados ni las Cortes Supremas.



Leonor Taboada Spinardi
Directora MyS

La vida misma

Entre la guerra, los asesinatos de mujeres, la OTAN, las refugiadas, la pobreza, las vallas, las tiranías, lo trans, el cambio climático, la séptima ola de omicron, la ley anti aborto en USA, las violaciones, la sumisión química etc etc etc confieso mi estado de confusión cuasi depresión pero hay una parte de mi que se resiste a darme por vencida por lo que busco como contrarrestar tanta basura con algún recurso emocional positivo.

Y claro, me concentro y acudo a los amores que me siguen los pasos, a los familiares y amigas que me arropan, a las que superan un cáncer de mama, a las jabatas que resisten contra viento y marea, a las que inician un camino, a las que siguen en la brecha y que tarde o temprano acabarán superando todas las maldades del patriarcado que nos acosan.

Verdad que a veces, como ahora, puede parecer que damos un brutal salto atrás en la historia, que nada de lo que hemos hecho durante décadas valga para nada, pero con las gafas lilas veo a mis nietas que acaban de aprobar los cursos y los masters, y me invade una profunda gratitud al comprender que el mundo tiene aún un futuro sin maldades por delante.

Y si me pongo objetiva, sé que el camino que hemos elegido las brujas que no pudieron quemar es muy pero que muy difícil, pero posible.

Mónica Bernabé: una periodista intrépida y tenaz por Leonor Taboada

Temo no estar a la altura de la entrevistada. Ella va más lejos de lo imaginable.

Decir que es una heroína es poco, muy poco. Decir que es una periodista es poco. Decir que es una historiadora que hace historia tal vez sea más preciso.

Valiente. Osada. Inteligente. Empática. Los adjetivos se quedan pequeños una vez que se conoce su trayectoria en Afganistán.

Su libro Afganistán, crónica de una ficción, hace entender lo incomprensible, desnuda a todos los actores de una tristísima realidad que no se quiere o no se puede asumir.

Un libro que debería estar en las asignaturas de periodismo, de historia, de feminismo, de religión...en las bibliotecas de todas las casas.

Nada de lo que cuenta de lo ocurrido hasta 2012, año en que acaba el relato del libro, parece haber cambiado pese a que las fuerzas militares internacionales se han retirado y los talibanes han vuelto al poder...



Anoche (22 de mayo) una periodista tuvo el coraje de protestar ante las cámaras porque les imponen el burka a las presentadoras de los telediaros. ¿Qué va a pasar ahora con ella?

Pues, que se va a quedar sin trabajo.

¿Estás intentando sacar a alguna mujer del país?

No, yo no estoy haciendo gestiones para sacar a nadie de Afganistán.

Hay gente que se quiere ir y no puede.

El problema es saber exactamente quién realmente está en riesgo. Porque si tú preguntas en Afganistán, en la actualidad la mayoría de gente se quiere ir y todo el mundo pone como excusa que los talibanes "me persiguen". Los talibanes hacen la vida difícil a todo el mundo pero eso no significa que te persigan. Creo que es imposible sacar a toda la población de Afganistán. Hice en su día gestiones para personas que conozco y que sabía, a ciencia cierta, que su vida estaba en

riesgo. Pero la verdad es que no estoy haciendo gestiones por ninguna persona, porque gente cercana que conozca y que esté en riesgo no tengo a nadie. Por suerte no, y es lo que te vuelvo a decir, es muy difícil valorar desde aquí, si realmente esa persona está en riesgo o no.

Sé de casos de gente desesperada que no consigue papeles y parece que el gobierno español pasa de todo.

Yo no diría que el gobierno español pasa de todo. Tampoco aplaudiría lo que está haciendo. Creo que las cosas no son blancas o negras. Por una parte, el gobierno español ha aumentado el personal en la embajada española en Pakistán, y el número de peticiones de visado que está recibiendo es innumerable. Sé de, al menos, un par

de personas que están en Pakistán esperando desde hace meses; una de ellas, una periodista que además está embarazada, ha dado a luz en Pakistán.... Imagínate durante la espera y ahora en junio tiene la entrevista

con la embajada, a ver si le dan el visado. Y después tengo otras personas que ya han tenido la entrevista, pero bueno, los problemas administrativos que ocurren mientras que han estado esperando en Pakistán, como que el visado pakistání se ha caducado y los niños de esta persona no tienen pasaporte y actualmente es muy difícil conseguir un pasaporte afgano, y entonces, aunque España estaría dispuesto a dar el visado, pero para salir de Pakistán se exige que tengan pasaporte y que tengan visado pakistání. Entonces no todo es tan fácil. Es decir, hay muchos impedimentos, hay muchos obstáculos. Si realmente se quisiera, se podría presionar, se podría hacer una

Yo no diría que el gobierno español pasa de todo. Tampoco aplaudiría lo que está haciendo

presión conjunta a nivel internacional e intentar buscar soluciones... Esa voluntad no existe, por desgracia. Por otra parte, Pakistán no está facilitando el proceso. Y también hay que recordar que una cosa es abrir las puertas a los ucranianos, que los consideramos ya desde aquí muy similares a nosotros, y son blanquitos y son rubios y otra cosa es abrir las puertas a afganos y afganas con los que la gente de aquí, mucha gente, no se identifica .

Qué le va a pasar a las ucranianas tan rubias y tan guapas, entre las clínicas de fertilización y la prostitución. Las chicas que llegan aquí tienen asimilada la historia de la gestación subrogada legalizada en su país.

De Ucrania, la información que tengo es limitada y además es un país que lógicamente no me conozco porque estuve allí tres semanas y en tres semanas no puedes conocer un país. Sí que hice un par de reportajes sobre la gestación subrogada: tampoco puedo aportar mucho más .

¿Hay alguna opción de salir del caos sin armas?

No sabría darte una respuesta sobre si es posible salir sin armas. O incluso si es posible salir con armas. No tengo respuesta para cómo se puede solucionar la situación actual en Afganistán. Tal vez si tuviera solución no sería una simple periodista. Estaría en algún cargo, en alguna parte, supongo . Se ha enquistado y se ha viciado tanto la situación y se ha alimentado tanto esta cultura de la impunidad en el país por parte de la comunidad internacional, que es muy difícil ahora saber qué solución se puede buscar.

Creo que cuando cayó el régimen talibán en el año 2001, se perdió una oportunidad de oro, porque en ese momento Estados Unidos y el resto de países occidentales tenían una oportunidad de oro para intentar empezar un cambio en Afganistán. Y en cambio lo que se hizo, lo que la comunidad Internacional hizo, fue catapultar al poder a todos estos señores de la guerra que eran criminales y son los criminales de guerra que arrasaron el país a principios de los años 90. Se les aceptó que entraran en el gobierno afgano y se aceptó después que entraran a formar parte del Parlamento afgano.

Recuerdo que en el año 2004 se hizo una de las encuestas más grandes, más importantes que se han hecho en Afganistán, entre la población, en que se preguntaba a la gente qué había que hacer con estos criminales de guerra, y la respuesta de la mayoría de afganos y de afganas, más del 70% si no recuerdo mal, consideraban que había que llevarlos a un tribunal, había que juzgarlos y había que hacer justicia y había que apartarlos del poder. En cambio, no se ha hecho justicia y los que han matado, han entrado en las instituciones y han sido recompensados por la comunidad internacional, que es también lo más grave. Y se les ha dado dinero, se han enriquecido a nuestra costa, se les ha dado poder político, aparte del

poder militar que ya tenían. Se puede decir que queríamos un monstruo imposible de controlar que también hizo que surgiera una insurgencia, que hizo que los talibanes recuperaran fuerza cada vez con más rapidez, que ayudó a que los talibanes fueran ganando fuerza. Aparte de los miles de errores de las tropas internacionales en Afganistán, como los bombardeos de civiles, las detenciones arbitrarias, eso tampoco ayudó para que la población civil se pusiera al lado de las tropas internacionales.

Aunque inicialmente, cuando llegaron en el 2001 sí que se pusieron al lado de los extranjeros pensando que las tropas extranjeras realmente iban a traer ese cambio, pero al ver que eso no era así, que seguíamos con los criminales de guerra y que se cometían tantos errores, pues la población también cada vez se mostró más crítica y distanciada de las tropas internacionales. Actualmente, ¿cómo solucionar la situación? Pues no tengo ni idea. Después de casi 20 años de lucha, resulta que volvemos a la casilla de salida. Que los talibanes vuelvan, vuelven a estar en el poder. Y es que ahora la gran diferencia es que la comunidad internacional no tiene ninguna intención de intervenir en Afganistán. La OTAN no tiene ninguna intención de intervenir en Afganistán, ni ningún país tiene ninguna intención de remangarse y hacer nada hasta que Afganistán no suponga una amenaza para nosotros, que nos afecte directamente. Hasta que lo que está ocurriendo en este país nos afecte a los países occidentales, dudo que hagamos algo por Afganistán.

La OTAN no tiene ninguna intención de intervenir hasta que no suponga una amenaza para nosotros

¿Ni siquiera se puede incidir en que las mujeres puedan trabajar y estudiar?

Los talibanes actualmente están jugando un poco a la carta de la confusión. Eso significa que no han prohibido a las mujeres trabajar. Es decir, hay sectores en que las mujeres continúan trabajando.

¿En labores femeninas?

Tengo constancia de que las mujeres están trabajando en los hospitales, que las mujeres están trabajando en educación o incluso en algunos departamentos de la administración, como puede ser la oficina de emisión de carnets de identidad, por ejemplo. En los sectores en los que consideran que necesitan a las mujeres, las están dejando trabajar. Por lo tanto, esta es una diferencia respecto al anterior régimen talibán, que sí que prohibieron a todas las mujeres trabajar. En cuanto a la educación: las niñas hasta los 12 años pueden ir al colegio, a partir de los 12 años no pueden ir a clase. Los talibanes no han dado una justificación del porqué, pero en cambio, las universidades públicas que estuvieron cerradas hasta el pasado mes de mar-

zo, a final de marzo reabrieron y las chicas volvieron a las aulas. ¿Qué diferencia hay ahora? La diferencia es que antes iban a clase seis días a la semana y ahora lo que han hecho es que tres días a la semana van los chicos a la universidad y los otros tres días a la semana van las chicas. Por tanto, chicos y chicas no se encuentran en ningún momento en el campus universitario. Pero eso también significa que las asignaturas que hacían antes en seis días, ahora las tienes concentradas en sólo tres días. Por eso digo que los talibanes juegan con la carta de la confusión, porque tú no puedes decir que los talibanes han prohibido a las mujeres trabajar, o que los talibanes han prohibido a las mujeres y a las niñas estudiar. No, porque algunas sí y otras no. Esa es la gravedad. Como no hay una claridad de cuál realmente es su política, es más difícil hacer una condena unánime, ¿no?

Imagino que ellos quieren dinero, ¿no?

Si, lo que ellos quieren es dinero.

O sea que si hay alguna posibilidad de apretarles un poco las tuercas será negociando dinero. Decir “abre un poco la puerta a la sociedad y entonces te daremos unos cuantos millones”

Una de las medidas que hizo la comunidad internacional en el mes de agosto fue congelar todos los fondos internacionales del gobierno afgano, lo que hizo que la administración afgana quedara totalmente paralizada o que, por ejemplo, los médicos durante meses han estado trabajando sin cobrar, o los profesores también continuaban trabajando sin cobrar porque los talibanes no tenían dinero para pagarles. El problema de este bloqueo de los fondos internacionales es que donde repercute más es en la población civil. Hay que tener en cuenta que los talibanes tienen dinero para sus armas “y sus cosas”. Una de las fuentes principales de financiación de los talibanes ha sido durante todos estos años las plantaciones de opio. Hay que recordar que Afganistán es el principal productor de opio del mundo.

¿Lo sigue siendo?

Habrà que ver qué pasa con la cosecha de este año. La recolección del opio era en este mes de mayo, o principios de junio, que es cuando se recoge el opio. Habrà que ver los datos que normalmente publica las Naciones Unidas, no sé si los publicará, supongo que los continuará publicando, lo hace en el mes de septiembre, para ver qué ha pasado con esas plantaciones de opio.



Los talibanes cuando llegaron al poder dijeron que iban a prohibir las plantaciones de opio. No sé si será cierto o no será cierto. De todas maneras, hay que recordar que los talibanes durante su primer régimen en los años 90, contaron con el reconocimiento y el apoyo de tres países, que eran Arabia Saudí, Pakistán y los Emiratos Árabes Unidos y que los tres países son países aliados de Occidente. Y actualmente hay que tener en cuenta que uno de los apoyos que han tenido los talibanes, al menos tal vez no de forma oficial, pero de forma oficiosa o como le queráis llamar, es por parte de Qatar. Yo al menos cuando fui en el mes de

septiembre, quien estaba gestionando el aeropuerto de Kabul, es decir, que en los controladores aéreos que había en el aeropuerto de Kabul, quien controlaba el equipaje de mano en el aeropuerto de Kabul era personal de Qatar.

Los Talibanes juegan a la carta de la confusión

Qatar también ha ofrecido ayuda humanitaria a Afganistán. Bueno, hay que tener en cuenta que Qatar también es uno de nuestros aliados y además creemos que estamos haciendo grandes negocios económicos, recientemente. No solamente el fútbol...

Sí, nosotros somos muy amiguitos de Qatar, pero Qatar digamos que está ayudando a la supervivencia de los talibanes, que lo tengamos en cuenta.

¿Y lo hacen por alguna razón que tú supongas o razones humanitarias?

Mònica Bernabé No, yo no creo que fuera humanitaria. En Qatar es donde los talibanes han tenido una oficina diplomática durante los últimos años en Doha y Qatar. Y han querido jugar un cierto papel de mediador entre Occidente y los talibanes. Pero es evidente que en este papel de mediador, en el momento en que tú aceptas que una oficina de los talibanes esté en tu territorio o en el momento en que tú aceptas gestionar el aeropuerto de Kabul, yo creo que te estás decantando hacia un lado concreto, en cierta manera. Aunque por otra parte, también hagas negocios y tengas muy buena relación con Occidente. Digamos que estás jugando a dos aguas. En dos aguas para, supongo, sacar beneficio de las dos partes.

¿Cómo está el tema de las ONG's?

No tengo muy buena información sobre eso. Se que hay ONG internacionales que están trabajando, como el Comité Internacional de la Cruz Roja, o Médicos Sin Fronteras, para poner ejemplos. Y después sé que oenegés afganas también están empezando a trabajar . Hace 15 días que entrevisté a una



La periodista en acción.

FOTO: Miguel Mendiguchía

activista afgana que preside una ONG en Afganistán, y ella me decía que antes hacían proyectos de empoderamiento de las mujeres y de fomentar los derechos de las mujeres, los derechos humanos. Esos proyectos ya no los pueden hacer porque los talibanes los han prohibido y lo que están haciendo ahora son proyectos de higiene, para promover la higiene.

¿Y Rawa?

Mònica Bernabé Desde aquí, desde Occidente, Rawa nos parecía que eran como la ONG más activa y la más cañera y la más de todo. Sí que es cierto que son cañeras y que han hecho acciones muy potentes. Pero después, digamos que no han intentado hacer red con otras asociaciones de mujeres. Algunas diputadas afganas se quejaban de que representantes de Rawa que llegaron a ser diputadas en el Parlamento afgano, tuvieran una única agenda, que me parece muy bien, que los señores de la guerra fueran apartados del poder, pero se quejaban que eso lo llevaban al último extremo, encasilladas solamente en ese discurso. Entonces otras asociaciones de mujeres eran bastante críticas con Rawa. Y porque no han hecho red con otras organizaciones.

La situación ya era horrorosa para las mujeres afganas antes que los talibanes llegaran al poder

los talibanes llegaron al poder en el mes de agosto y todo el mundo se ponía las manos en la cabeza ¡Oh qué horror para las mujeres afganas!

No. La situación ya era horrorosa para las mujeres afganas antes que los talibanes llegaran al poder. Lo que pasa es que la comunidad internacional siempre miró hacia otro lado y no se puede decir que no conociera la realidad de las mujeres afganas. Hay infinidad de informes de asociaciones de derechos humanos o incluso de las Naciones Unidas sobre la violencia contra las mujeres en Afganistán. Una violencia que, sobre

¿Y la violencia de género?

La violencia de género ha existido en Afganistán con y sin talibanes. A mí me hace mucha gracia cuando

todo, es una violencia en el seno de su casa.

La violencia contra las mujeres afganas empieza en el seno de su casa y normalmente en el momento que se casan, en que las casan. Se puede decir que la mayoría, casi todos, son matrimonios concertados, sino forzados, con lo cual el chico y la chica normalmente no escogen con quien casarse, los escogen sus respectivos padres.

Puedes tener la suerte que la persona que escojan para ti sea una persona que ya conozcas o que puedas conocer, que tus padres sean de mentalidad abierta y permitan que veas a este chico de vez en cuando antes de casarte. O puede ser que tu conozcas a tu marido o conozcas a tu mujer el día de la boda.

¿Sigue habiendo dotes?

Sí, sí, sí, sí, sí, eso es, continúa existiendo, dotes en que el chico tiene que pagar una gran cantidad de dinero por casarse con una mujer, con lo cual es como si comprara un bien inmueble, es decir una propiedad. Y considera que una vez que ha pagado, esa mujer es suya y por tanto él decide sobre lo que esa mujer puede o no puede hacer.

Es muy difícil romper con esa tradición, porque en realidad es una tradición. Toda la sociedad está estructurada de la misma manera. Y yo creo que para romper con esa estructura sería necesario un cambio de mentalidad, una evolución, una evolución social en ese sentido, que solamente es posible si el país estuviera en paz, hubiera un desarrollo educativo y un desarrollo económico que en el caso de Afganistán no ha llegado. Ahora es muy difícil romper con eso.

Pues lo que a nosotros nos parece totalmente descabellado, es lo mismo para unos padres que de repente un hijo o una hija se les presenta y les dice mira papá, es que me he enamorado de un chico o me he enamorado de una chica. Claro, los padres dicen pero ¿qué me estás contando?

Es decir ¿cómo que te has enamorado? Y me quiero casar con él. Cómo que te vas a casar con un chico que no conocemos a su familia, no sabemos ni de dónde viene, ni de que etnia es, ni de qué clase social. Es decir, cómo te vas a casar con un auténtico desconocido, que no sabemos absolutamente nada de él ¿no? Entonces, es como si nuestra hija o nuestro hijo se hubieran vuelto completamente locos, ¿no? Ellos lo ven así.

Y además, es muy difícil romper con esa voluntad familiar, porque en Afganistán es muy diferente que aquí. Aquí sí tenemos alguien que se queda sin trabajo, pues en unos meses podrá cobrar el paro, por ejemplo, o cuando te jubilas, cuando llegas a la jubilación, cobrarás una jubilación. En Afganistán nadie te va a pagar el paro, ni nadie te va a pagar la

Una vez que ha pagado la dote, él decide lo que su mujer puede o no puede hacer. Es muy difícil romper con esa tradición

jubilación, ni la sanidad es pública, siempre tienes que estar pagando, por tanto necesitas el único apoyo que tú tienes, el apoyo de tu familia y por lo tanto romper con la familia, en Afganistán es muy difícil de hacer. Por tanto, hay que conocer el contexto.

Y por eso digo que un cambio, en ese sentido, en Afganistán no es cuestión de décadas, yo creo que es cuestión de generaciones, y que hubiera un cambio de mentalidad. Todo eso, además, añadido al hecho de que existe una nula educación sexual, todo lo que es sexo no se habla absolutamente en ningún sentido, hasta el punto que muchas madres no explican, no dicen a sus hijas que van a tener la menstruación cuando la tienen. Es decir, muchas niñas se llevan un susto de muerte cuando tienen la primera regla, porque nadie les ha avisado ni sus propias madres que tendrán la menstruación y lógicamente nadie les explica lo que son las relaciones sexuales. Por lo tanto, te encuentras que las mujeres se casan con un hombre con el que no han visto nunca, o la han visto dos o tres veces, o cuatro, o cinco. Si tienes suerte...

O no les gusta..

No les gusta nada, o con el que no han entablado una amistad aparente.

O el que haya pagado más...

Exactamente con el que ha pagado más, y que además el día de la noche de bodas tiene que mantener relaciones sexuales con ese hombre. Desde mi punto de vista, eso es una violación.

Cuando se lo dices a las afganas, yo al menos este tema lo he tratado con un par de amigas afganas muy cercanas, porque no es un tema a tratar con cualquiera y ellas dicen que no lo ven así. Dicen que "no, que no, que sí, que hace daño, pero que te acabas acostumbrando". Es su explicación. Pero bueno, es el inicio de la tortura de la situación de las mujeres, que esto ha sido así durante todos los años de presencia internacional: matrimonios concertados, matrimonios forzados...

El cambio No es una cuestión de décadas, sino de generaciones y de mentalidad

Matrimonios de niñas jovencitas también han existido, y no uno, sino muchos. Y no se ha hecho absolutamente nada, porque para empezar, durante la presencia internacional se aprobó una ley contra la violencia de género. La ley establecía que una mujer en Afganistán no se puede casar antes de los 16 años. Pues resulta que durante todos estos años de presencia internacional, cuando tú tenías una criatura en Afganistán no era obligatorio registrarlo.

¿La fecha de nacimiento?

No, no, no, no era obligatorio registrarlo en el registro de nadie. Es decir, registrar en el registro de nacimientos. Con lo cual la mayoría de gente ni lo registraba. Y una de las cosas curiosas



https://elpais.com/elpais/2021/08/17/album/1629221975_995348.html#foto_gal_5

de Afganistán es que cuando tú preguntas a alguien que edad tiene te dice: Ah, pues yo que sé, tengo 23, 24, 25. No saben decir la edad exacta, además es una efeméride que ellos no celebran como nosotros celebramos aquí. Por tanto, sí puedes hacer una ley, pero si nadie puede comprobar si esa persona tiene 16 años, o tiene 15, o tiene 14, o cuántos tiene...

¿Sigue vigente esa ley?

No creo que siga vigente ninguna, ley. Actualmente los talibanes son los que deciden, son los que toman las decisiones. No creo que los talibanes respeten esa ley.

De hecho esa ley nunca se cumplió. Una cosa eran las leyes que existían y otra cosa es lo que realmente se cumplía. Los tribunales se caracterizaban por la corrupción. Y por otra parte, hay que tener en cuenta que esto era una lacra que afectaba a toda la sociedad. Por tanto, posiblemente el policía o el juez también habían casado una hija a la fuerza o un hijo a la fuerza.. Esta visión patriarcal también la comparten las mujeres, no solamente los hombres, aunque sean ellas las se llevan la peor parte.

¿Y la prostitución?

Mientras estuve en Afganistán hice un reportaje sobre prostitución y sí que existía prostitución, pero digamos que era algo como muy escondido. Es decir, no habían prostibulos como hay aquí.. Pero sí, prostitución también había en Afganistán.

Uf, vaya país elegiste. O te eligió. Última pregunta: ¿volverás?

No sé... Puede que sí.

Guerra y Paz. ¿Pero qué tipo de Paz? La Paz de la civilización feminista.



Charo Altable Vicario
Profesora y Terapeuta. Escritora. Associació per
la Coeducació.(Valencia)

Si para salir de la violencia se practica la violencia no es posible la paz verdadera. Todas las guerras tienen que ver con grandes intereses económicos que se encuentran en la proliferación y venta de armas e instrumentos militares, así como en la destrucción y posterior construcción de las ciudades, reorganización y apropiación de territorios y recursos energéticos, estratégicos, alimentarios o mineros. Las guerras destruyen las relaciones afectivas y amorosas, se multiplican aún más las violaciones y se instauran relaciones de dominio-sumisión, maltrato y revancha. Aumenta la violencia de las palabras y la comunicación manipuladora, produciendo una mitología de pertenencia y un nacionalismo que excluye a otros, como el de la Alemania nazi o el de La Gran Serbia, en la guerra de la Ex Yugoslavia, a través de un mundo dual de amigo-enemigo. Grandes masas se dejan arrastrar así al delirio y la autodestrucción, gracias a una identificación con un pensamiento narcisista, que no ve a los otros, diferentes, y que cree salvar al mundo destruyendo a otros, a quienes hacen culpables de todo mal. Parte de la humanidad está en esta dinámica. Otra parte trabaja por instaurar la paz, creando vínculos afectivos y de interdependencias pactadas. En la parte de la humanidad que trabaja por la paz tenemos varios ejemplos; personas y grupos del mundo artístico, filosófico, educativo, psicológico, pacifista y de DD.HH.

La película *Aleksandra* (2007)¹ narra hechos de la guerra entre Rusia y Chechenia que podrían ser verídicos, porque sobre todo nos muestra el deseo y la convicción que anidan en el corazón de Aleksandra, una abuela rusa resuelta, que hace un viaje al frente ruso para ver a su nieto. Lo primero que muestra esta mujer y que dice al nieto es la gran suciedad y el olor que se desprende del lugar donde está su nieto, la suciedad y el olor de la guerra y de los soldados que la hacen. ¿Cómo podéis vivir en medio de esta suciedad y siempre con las botas puestas? Dice a su nieto. Como oposición a esta suciedad Aleksandra extiende su cabellera y da un peine a su nieto para que la peine, como hacía cuando era niño. Es un gesto simple que lanza al corazón de su nieto para que vea la enorme distancia que existe entre los cuidados del cuerpo y la suciedad y descuido de los cuerpos y la vida en la guerra. También vemos la importancia de los vínculos de empatía y solidaridad entre mujeres rusas y chechenas. De hecho, fueron juntas a traer a sus hijos del frente a casa, con el poder



y la sabiduría de las madres que defienden la vida por encima de todo, como Antígonas rebeldes por encima de lo que se llama deber de la patria. Matria como vida y oposición a Patria y guerra. Alexandra cruza un atardecer la barrera que separa el frente ruso de Chechenia. Y aunque los guardias semidormidos le dan el alto, ella sigue adelante para encontrar a las mujeres chechenas en un mercado, hablar con ellas y compartir alimentos que ellas venden pero que ofrecen a Alexandra como regalo. Así comparten un trozo de vida en paz, porque ellas no se sienten enemigas. Estos dos gestos constituyen una gran metáfora cargada de significado: los cuidados y la comunicación empática como lo más contrario a los desastres de la guerra y al concepto de enemigo.

En una reunión internacional de Mujeres de Negro en la Ex Yugoslavia, conocí a una mujer chechena. Era soprano y se había quedado sin voz después de los atentados de Rusia sobre Chechenia. Venía con un álbum de fotos y mostraba los horrores de la guerra sobre los cuerpos destrozados en pueblos arrasados. Las imágenes hablaban por ella, una Antígona viviente sin voz, pero con imágenes.

Las mujeres de negro de la Ex Yugoslavia, de Israel y Palestina y de todo el mundo decimos que nuestros gobiernos pueden ser enemigos, pero nosotras somos amigas. Y decimos un *No a la guerra*. No en nuestro nombre. Pero no basta este, No a la guerra. Numerosos colectivos de mujeres están trabajando en favor de la paz, que no es ausencia de guerra sino defensa de la vida y de los cuidados que supone: cuidado de los cuerpos, escucha y empatía con lo Otro diferente, escucha de lo diferente dentro de nuestro ser, cuidado de todos los seres y de todo el planeta como ente vivo, viendo la interdependencia que tenemos unos seres con otros, unos pueblos con otros y con todo lo que existe en la tierra y en el cosmos. Se trataría, como dice la genetista Bárbara Mc Clintock, de centrarse en la sociedad humana como un sistema viviente del

que todos formamos parte, como un sistema ecológico. Por eso podemos decir que la humanidad está amenazada por ella misma. Y solo ella misma puede neutralizar esta amenaza, regulando el mundo desde su interior.

Los conflictos son inevitables cuando existen diferentes necesidades, deseos e intereses, pero podríamos transformar nuestro mundo de lucha en una coexistencia pacífica, logrando que el conflicto sea productivo en lugar de destructivo. ¿Cómo? Reforzando los vínculos entre los pueblos, reconociendo a los otros, viendo sus necesidades, deseos e intereses, que nos pueden inducir al intercambio y cooperación por el bien común. Esta transformación ya se está dando en varios lugares del planeta. El cambio está en la mirada con corazón y empatía, y en la creencia y esperanza de que la voluntad humana, unida al amor, puede construir hermosos proyectos. Tenemos algunos ejemplos en las guerras de la Ex Yugoslavia, Afganistán, Colombia, África...etc.

El trabajo y las relaciones que establecen muchas mujeres en situaciones de conflicto son inconmensurables. Sin embargo, esta labor queda invisibilizada. Recordemos la labor incansable de las **madres-abuelas argentinas de la Plaza de Mayo**, hasta crear una Universidad Popular por la Paz, la **de las mujeres de Negro de Israel y Palestina**, las **de la Ex Yugoslavia**², que a través de sus performances tratan de hacer reflexionar a la sociedad civil para no olvidar el genocidio de Srebrenica y lo que hizo la Gran Serbia de Milosevic, las **de Colombia**, denunciando violaciones, desplazamientos y muertes de poblaciones, de líderes y lideresas, reivindicando justicia, reparación y no repetición, y trabajando en las negociaciones de paz con una visión de género que tenga en cuenta las situaciones especiales que afectan a las mujeres en tiempos de guerra y de paz. Asociaciones de mujeres de todos los ámbitos y lugares del país, que con sus denuncias y acciones de duelo, reparación y organización social y educativa tratan de que la sociedad no olvide y tome conciencia de los conflictos para transformarlos en bienestar. Hago una mención especial a la creación, por parte de la OFP,³ de la **Casa-Museo de la memoria y los DD.HH de las mujeres**, en Barrancabermeja, casa que conocí en el verano de 1919. Es de destacar también la labor de Patricia Ariza, directora de teatro de La Candelaria que denuncia en plazas y teatros, con artistas y desplazadas juntas, los desplazamientos, asesinatos y violaciones.⁴

El Colectivo de Paz y Desmilitarización de los Grandes Lagos de África, organismo que agrupa a mujeres de Ruanda, Burundi, de Kivu Norte/Sur de la República Democrática del Congo, aliadas a la Marcha Mundial de las Mujeres, hicieron un llamamiento por la paz en esa región africana y en el mundo entero, profundamente preocupadas por la reactivación de las guerras y los conflictos armados, exigiendo el reconocimiento de las mujeres como agentes y negociadoras de la paz. Explican que la causa principal de la violencia infringida a las mujeres radica en el sistema patriarcal pro-



fundamente enraizado, en el cual las mujeres viven la marginación y la negación de sus necesidades y derechos por razón de género.⁵

Las Mujeres por la paz de Liberia (WWIPNET)⁶ se dieron cuenta de que durante años habían soportado una atroz guerra donde las violaciones, los asesinatos y todo tipo de violencia eran el pan de cada día. Leyman Gbowee, una trabajadora social, tuvo un sueño que plasmó en la idea de reunir a varias decenas de mujeres en el 2002 para orar, cantar y bailar por la paz en un mercado del pescado, lugar donde se reclutaba a niños soldados. Empezó así un gran movimiento de mujeres por la paz, liderado por Gbowee y Freemant, que reunió a cristianas y musulmanas, dando lugar a la Red de Mujeres por la Paz (WIPNET) y organizando marchas silenciosas, haciendo una huelga de sexo y presionando al presidente del gobierno, haciendo sentadas fuera del palacio hasta conseguir que asistiera a las conversaciones de paz en Ghana, y lo mismo hicieron con los señores de la guerra, los rebeldes, implicando con sus actuaciones a los medios internacionales. Cuando se acabó la guerra siguieron trabajando por la paz, la justicia y la reconciliación, construyendo cabañas para la paz, palavas, como lugares de encuentro para analizar y resolver sus problemas, apoyarse y construir la paz en sus comunidades, haciendo de mediadoras en todo tipo de conflictos, y trabajando además por la educación y la alfabetización de las mujeres. Este movimiento ha logrado inspirar a otros movimientos de mujeres en Nigeria y Costa de Marfil, demostrando el poder que pueden tener las mujeres cuando se unen por un objetivo común.⁷

Todas estas mujeres y muchas más siguen los pasos de Antígona, acompañando y reparando todos los infiernos de las guerras, poniendo conciencia y memoria de los desastres, para no olvidarlos y no volverlos a repetir. Es una gran obra de civilización.

María Zambrano,⁸ 6 meses antes de morir, en 1990, a propósito de la guerra del Golfo, escribe *Los peligros de la paz*, donde nos dice que la paz no es ausencia de guerra, sino un modo de vivir y de habitar en el planeta, una verdadera revolución en la que la violencia sea cancelada de las costumbres. **Riane Eisler**, en *El Cáliz y la Espada*⁹, habla de la necesidad de transformar un modelo dominante en otro solidario que nos vincula a otros,

y que se puede impulsar, sin lugar a dudas, desde la educación, las leyes y la justicia internacional, entre otras cosas, aprendiendo a transformar el conflicto en lugar de suprimirlo o hacerlo estallar en forma de violencia. El propio Freud, en su carta de respuesta a la pregunta que le lanza Einstein: *¿Hay una manera de liberar a los seres humanos de la fatalidad de la guerra?*, le dice, entre otras cosas, que es necesario asumir la propia violencia y no exportarla fuera a través de un proceso de negación. Solo si comprendemos la propia violencia se puede comprender y reducir la de otros. Y dice "Todo lo que establezca vínculos afectivos entre los seres humanos debe actuar contra la guerra."¹⁰

Resumiendo. Para que el modelo de la solidaridad y del amor se conviertan en práctica común ha de haber continuidad y relación entre los comportamientos privados, los sociales y los de quienes gobiernan. Debemos interiorizar todas las personas otro modelo de civilización que produzca modificaciones de la psique para que no demos paso a ninguna guerra. Una gran labor de todos los medios educativos, de toda la sociedad y de todos los seres humanos. ¿Para cuándo? Esto sí que sería una gran revolución, un gran paso de la humanidad hacia otra conciencia fuera del patriarcado y el neoliberalismo económico.

1. <https://catalogo.artium.eus/book/export/html/5829>
2. Cuando Serbia se mire en el espejo, verá Srebrenica <https://www.youtube.com/watch?v=CrmrEfvbdLU>. Stasa Zajovic Tribunal de Mujeres Un enfoque feminista de la justicia Krive. <https://www.youtube.com/watch?v=ZjUbzIAYhMI>
3. La OFP, Organización Femenina Popular trabaja en zonas de grandes desplazamientos, asesinatos y violaciones en la reconstrucción de una nueva civilización comunal: comedores comunales, construcción de casas, educación de adolescentes y de barrios a través de grupos de teatro, canto, danza y lugares de encuentro como la Casa-Museo.
4. Vivir sin miedo, Patricia Ariza <https://youtu.be/1Dal-pt6bXg>
. 100 Manuelas por la Paz <https://youtu.be/OwKEJ3pgxll>
5. AmecoPress / CIMAC - Fuente: AmecPress
6. Leymah Gbowee: sin paz no hay sexo | Internacional | EL PAÍS internacional.elpais.com/internacional/2011/.../1317981027_542283.ht...
Gbowee junto con Ellen Jonson Sirleaf, primera jefa de gobierno africano, ganaron el Premio Nobel de la Paz en el 2011
Las mujeres de Liberia que acabaron con la guerra civil | Florinda ...florindasilbato.blogspot.com/.../las-mujeres-de-liberia-que-acabaron-con....
Mujeres de Liberia construyen la paz - Progress of the World's Women progress.unwomen.org/estudio-de-caso-liberia/?lang=es
7. Película. 50': MUJERES DE LIBERIA: "REZA PARA QUE EL DIABLO VUELVA AL INFIERNO". <https://youtu.be/N8Zc71J6On4>
8. María Zambrano, "Los peligros de la paz", en Guerras que yo he visto. Saberes de mujeres en la guerra. Cuadernos inacabados 45, horas y Horas la editorial, Madrid, 2001.
9. Riane Eisler. El Cáliz y la Espada. Cuatro Vientos. Santiago de Chile, 1990.
10. Albert Einstein y Sigmund Freud, ¿Por qué la guerra? Pág.88. Minúscula, Barcelona 2001.



SU PROPIA VIDA

Margarita Lopez Carrillo

Cuando mi hijo llegó a la adolescencia, yo estuve ansiosamente atenta para captar el menor indicio de que sufría por las mismas razones que me hicieron sufrir a mí a esa edad. Daba por sentado que esa era la forma en que se le presentaría el sufrimiento. Me equivocaba. Un día, charlando con él (esa bendita costumbre que adquirimos durante su infancia y sobrevivió por suerte, a trompicones, durante esa etapa de obligado alejamiento que es la adolescencia) descubrí que sufría, sí, solo que por cosas distintas: sus cosas.

Ahora ya es un adulto, tiene pareja, tiene hijos y una profesión, hace tiempo que vuela con sus propias alas, ...y yo sigo cometiendo el mismo error. Honestamente creo que aquella tarde de nuestra charla comprendí realmente que él no soy yo, pero, aunque nunca he anhelado que alcanzara el éxito social, que llegara a ser ministro o premio nobel para mayor orgullo de su madre, y solo he deseado que tomara sus decisiones lo más libremente posible, que se hiciera "un hombre" (en el sentido del poema de Kipling), ahora, cuando charlamos, de vez en cuando descubro que, sin darme cuenta, he vuelto a levantar un castillo dorado de ilusiones, porque hay algo profundamente inconsciente a lo que no he renunciado: no he renunciado a que sea feliz, feliz de un modo totalmente naif, feliz como alguien que no ha vivido, que no vive, feliz sin pasar por el dolor, a pesar de que sé perfectamente que eso es imposible.

Cuando hablo con él, y él, sin saber de mis fantasías, me pone tranquilamente ante sus cuitas y sinsabores -y veo que no ha caído, es verdad, en algunas de las trampas en que yo caí a su edad, pero sí en otras, y en otras más que ni había imaginado-, reaparece en mí esa madre que nunca ha desaparecido del todo, la que quisiera protegerle de todo dolor, la que comprendió angustiada, nada más nacer, que al sacarlo al mundo nada podría impedir que el mundo y la propia vida le hicieran daño.

Y cada vez que eso ocurre, que el castillo se desmorona estrellado contra la realidad, tengo que empezar de nuevo, ponerme a hablar conmigo otra vez, con paciencia, como con una niña testaruda, y recordarme que él no me pertenece, que tiene derecho a sus alegrías y a sus penas, en fin: a su propia vida.

Igualdad en el ámbito laboral ¿dónde queremos llegar?



Lucia Artazcoz
Agencia de Salud Pública de Barcelona
CIBER de Epidemiología y Salud Pública



Paula Liñán Ruiz
Inspectora de Trabajo y Seguridad Social

Resulta sorprendente que se asuma con tanta naturalidad la desigualdad que sufren las mujeres en el ámbito laboral precisamente por ser mujeres. El derecho de todos los seres humanos a ser iguales no es una mera declaración de principios, no es “una hermosa frase”, es una suma de derechos y obligaciones que aún no han sido asumidas y dejan a las mujeres fuera del ámbito subjetivo de ese derecho.

Es cierto que el esfuerzo de tantas y tantas mujeres por visibilizar la discriminación en el ámbito laboral poco a poco ha ido retirando el velo y sacando a la luz las evidencias de la desigualdad, pero ya es momento de pasar a otra fase, ahora es la administración como garante del disfrute de derechos, la responsable de garantizar la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito laboral.

Vivimos en una sociedad enferma de desigualdad, es decir diferencias sistemáticas, injustas y evitables, que lo asume como un mal menor y los sujetos que de una manera u otra intervienen en las relaciones laborales son parte de esa sociedad asumiendo el papel que se les ha asignado o han elegido: personas trabajadoras, empresas, profesionales de prevención de riesgos laborales, administraciones, sindicatos, patronales, legisladores, judicatura- convirtiéndose por elección o imposición en víctimas, cómplices y responsables de la discriminación que sufre la mujer en el ámbito laboral.

Únicamente cuando la Administración se implique a todos los niveles podremos dejar de hablar de brecha salarial o de la mayor precariedad laboral de las mujeres. La prevención de los riesgos laborales basada en un modelo androcéntrico que valora más los riesgos más frecuentes en sectores masculinizados e infravalora aquellos más propios de sectores feminizados, requiere una profunda revisión, más implicación e impulso que propuestas y recomendaciones.

La incorporación del concepto “desagregar por sexos” en la recogida y publicación de datos debe dejar de nombrarse para convertirse en una realidad de la que no sea necesario hablar. Si los datos, tanto los relativos a los riesgos, como los de problemas de salud relacionados con el trabajo, no se desagregan por sexo, no sirven para la toma de decisiones porque no reflejan la situación ni de las mujeres ni de los hombres. Como consecuencia de la división de género del trabajo y la segregación de género del mercado trabajo, mujeres y hombres ocupan posiciones diferentes y desiguales tanto en el ám-

bito laboral como en la esfera doméstica y de cuidados que se traducen en experiencias distintas con exposiciones a riesgos laborales diferentes y, finalmente, patrones distintos de salud y enfermedad. Para abordar esta realidad la información, como mínimo, debe estar desagregada por sexo. Además, se debería repensar el tipo de datos que se requieren para una auténtica perspectiva de género.

Son necesarias normas que erradiquen las prácticas empresariales que generan desigualdades de género, leyes que fijen líneas rojas, que eliminen el sesgo discriminatorio en las políticas de prevención de riesgos laborales que infravaloran los daños que pueden sufrir las trabajadoras.

Ya tenemos una Ley de prevención de riesgos laborales que, queremos entender, protege por igual a mujeres y hombres, pero sabemos que no es así. Los esfuerzos en prevención de riesgos laborales se centran en prevenir los riesgos y cuando ello no ha sido posible en reaccionar ante los daños que sufren las personas trabajadoras, pero si el objeto de la Ley es promover la seguridad y salud de las personas trabajadoras mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, previamente hemos debido ser capaces de equiparar la valoración de los riesgos laborales a las que están expuestas las mujeres en esos sectores.

Los Planes de Igualdad en las empresas son valiosos instrumentos que cuando menos obligan a las empresas a hacer el esfuerzo de asomarse con perspectiva de género al motor que les hace funcionar, el factor humano. Pero no es suficiente, la administración competente ha de dotarse de herramientas, medios humanos y materiales que le permitan verificar que ese documento llamado PLAN DE IGUALDAD, sea algo más que un compendio de palabras y sólo el efectivo diagnóstico de situación, acompañado de la implementación de medidas correctoras, nos conducirá a reducir, minimizar y eliminar cualquier brecha laboral.

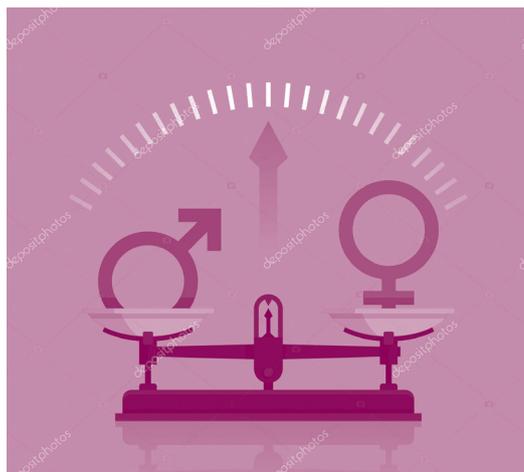
Escribir, analizar, estudiar la incorporación de la perspectiva de género a la prevención de riesgos laborales, va más allá de pensar en la mujer como ser reproductor, no olvidemos que el hombre también participa en la reproducción e igual que en el caso de la mujer, hay riesgos laborales que pueden afectar a su capacidad reproductiva.

El derecho a la salud no es privativo de un colectivo de personas, del mismo modo que el derecho a la seguridad y la salud en el trabajo no concierne exclusivamente a los hombres trabajadores.

Los sectores altamente feminizados, - que suelen reproducir con frecuencia los roles asignados tradicionalmente a las mujeres, como el sanitario, el sociosanitario, la limpieza, el comercio minorista de alimentos- se caracterizan por una elevada precariedad, salarios más bajos que puestos comparables en sectores masculinizados, una alta proporción de empleos que suelen estar socialmente infravalorados y significativamente invisibilizados. En ellos prestan servicios mujeres de gran diversidad, de distinta edad y en numerosos casos, con la huella de los años trabajados en condiciones inseguras que han perjudicado su salud. Tendríamos que haber sido capaces de incorporar de la perspectiva de género a la prevención de riesgos laborales que integre esas diversidades sin caer en la discriminación, ¿no es eso lo que nos está diciendo la Ley de prevención de riesgos laborales "adaptar el trabajo a la persona"?

En un mundo cambiante en el que todo se estudia, analiza e investiga, es momento de buscar, encontrar y regular la línea roja más allá de la cual las condiciones de trabajo a las que están expuestas las trabajadoras generan un riesgo para su salud y no son tolerables, sin esperar a que se produzca el daño. Una y otra vez se denuncian los riesgos ergonómicos a los que están expuestas las trabajadoras en determinados sectores de actividad en los que su cuerpo es la principal y más valiosa herramienta de trabajo. Leemos recomendaciones a las trabajadoras - pequeños descansos, hábitos posturales, alternancia de funciones...-todas ellas, propuestas que recaen sobre la responsabilidad de la trabajadora, pero ¿cuántas mujeres han de sufrir lesiones derivadas de su actividad laboral durante jornadas diarias de más de 8 horas para que el legislador regule la carga física y mental que una trabajadora puede asumir a lo largo de la jornada sin que su cuerpo se resienta desembocando en enfermedad o accidente? Hemos llegado a un punto en el que se han fijado los límites objetivos y concretos en las condiciones de trabajo para proteger la seguridad de las personas trabajadoras en sectores masculinizados, pero esos mismos límites han de ser establecidos en los sectores feminizados al mismo tiempo que se reduce y elimina la precariedad laboral a la que están expuestas las mujeres.

Sectores de actividad como limpieza, altamente feminizados, además de los riesgos por exposición a agentes biológicos y químicos, presentan condiciones de trabajo caracterizadas por



ritmos de trabajo que impiden a las trabajadoras la realización de los descansos y el reciclaje de formación necesarios y las sumen en una situación de carga física y mental que no puede ser superada con propuestas de "descanso entre jornada" si no van acompañadas de las medidas organizativas necesarias para posibilitar que las trabajadoras realicen las pausas propuestas como medidas preventivas.

La negociación colectiva, clave en la regulación de las condiciones de trabajo, no puede dejar fuera de su ámbito de protección a las mujeres trabajadoras. La formación en igualdad e implicación de las personas que participan en la negociación colectiva no solo es aconsejable, no solo es recomendable, es estrictamente necesaria, es urgente. Las mujeres, sujetos activos de la relación laboral tienen que ser sujetos activos de la negociación de sus propias condiciones de trabajo. Las desigualdades retributivas derivadas de condicionamientos sociales por la asunción de distintas funciones, asunción de diversas responsabilidades, por mantenimiento de roles, tienen que ser corregidas en los Convenios Colectivos. La negociación colectiva ha de asumir su papel como herramienta para reducir la brecha salarial.

Llegados a este punto del largo recorrido de denuncia de las condiciones laborales a las que están expuestas las trabajadoras, hay dos posibilidades: seguimos la vía de la sensibilización, asesoramiento, recomendaciones y dentro de 10 años continuaremos sensibilizando y repitiendo estadísticas, brechas, precariedad, seguiremos vanagloriándonos de estar "menos mal que otros"... o miramos hacia el final del camino, visualizamos lo que queremos encontrar y asumimos que las instituciones, a todos los niveles como máximas obligadas, responsables, garantes y protectoras de los derechos de las personas han de implicarse de facto, dotando a las trabajadoras de normas que de manera concreta y sin matices afiancen un marco de condiciones de trabajo con perspectiva de género en el ámbito de su salud, sin margen a la interpretación; una administración competente en materia de Igualdad en el ámbito laboral que se dote así misma de medios humanos formados, con competencias y responsabilidad en igualdad en el ámbito laboral; los negociadores de las condiciones de trabajo han de dejar de ignorar o de ver a las trabajadoras como víctimas pasando a ocupar ellas el papel activo que les corresponde en la lucha por sus derechos; una negociación colectiva que asuma su papel y su responsabilidad en la corrección de las desigualdades salariales derivadas de las estructuras sociales enfermizas. Son retos inalcanzados pero no inalcanzables, son obligaciones que un estado de derecho y social no puede eludir. Es una de las grandes deudas para con las mujeres.

La salud sexual de las mujeres con trastorno mental severo



Anna Miravete Manresa
Psicóloga General Sanitaria. Sexóloga
@psicoannamiravete

El objetivo de este texto es poder reflexionar sobre la invisibilización de la salud sexual de las mujeres con trastorno mental severo (TMS). En este sentido, considero importante poner palabras para designar a un colectivo que ha sido estigmatizado durante siglos a lo largo de la historia por doble condición: ser mujer y estar loca. Antes de empezar, señalar que utilizo la palabra loca no de manera despectiva, sino reivindicativa.

El estigma en salud mental

En todo caso, será necesario a priori hablar del estigma, teniendo en cuenta la asiduidad con la que se atribuyen cualidades negativas y despectivas a las personas que tienen algún tipo de problemática relacionada con la salud mental. Pues según obertament.cat, hasta un 80,1% de las personas con un problema de salud mental en Cataluña han sufrido discriminación y estigma. El 40,6% lo han sido en un servicio de la red de salud mental. En ese sentido, hay que señalar la necesidad de revisión de los profesionales que trabajamos en este ámbito para ser conscientes de cómo puede afectar de manera negativa el estigma y qué aspectos personales es necesario revisarnos, fruto de vivir en una sociedad capacitista, heteropatriarcal, racista y homófoba, entre otros.

Sexualidades, mujeres y TMS.

Abordar el tema de la sexualidad en este colectivo es a la vez un tabú y una urgencia. Cuando hablamos de TMS, la definición con más consenso se refiere a trastornos psicóticos y de personalidad graves, con una duración de la enfermedad y tratamiento superior a dos años y presencia de discapacidad (Vila Pillado, L. y col., 2007).

En primer lugar, creo que es interesante tener en cuenta la vivencia de la sexualidad de las mujeres con TMS considerando la subjetividad de cada una de ellas desde un marco de los derechos humanos y sexuales y desde una perspectiva de género. Sabemos que la sexualidad no sólo tiene que ver con la realización del coito y que está presente en nuestra vida desde que nacemos. Asimismo, la sexualidad también es: autoestima, género, orientación sexual, identidad, afectos, deseos, placeres, relaciones libres de violencia, etc. y contemplar todas estas vertientes puede ayudar a la mejora de la calidad de vida de estas personas. Además, la sexualidad también hace referencia a cómo se viven las personas como seres sexuados, que en ningún caso pueden dejar de serlo, independientemente de que mantengan o no una vida sexual activa. (Castaño. R, 2011)

Las supuestas anhedonias

Por otro lado, el abordaje de la salud sexual en personas con un TMS aquí en España es una de las dimensiones más olvidadas por los profesionales que trabajan con esta población, pues existen pocas publicaciones científicas que aborden esta temática; una de las justificaciones se apoya en la idea de que podrían ser consideradas como personas sin necesidades sexuales (López Delallave. A, 2019), además de las supuestas anhedonias como criterio diagnóstico (dificultad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras) y la toma de psicofármacos.

Estas generalizaciones, pueden condenar su estado emocional al inmovilismo y la rigidez y parece que el tema es más complejo; los psicofármacos influyen y modifican la respuesta sexual, pero eso no implica no tener sexualidad. Pues nos podemos encontrar con casos de diferente índole: algunas presentan dificultades a la hora de sentir placer, en otras la dificultad se encuentra más bien en ser conscientes de ese placer, en otras, el problema tendría que ver con la desmotivación y desinterés por las relaciones sociales en general, hecho que puede influir con su deseo, y en otras, su sexualidad parece "intacta". Además, hay que considerar los aspectos sociales que tienen que ver con la vivencia de la sexualidad, así como los mitos asociados a ésta. La cuestión es que cada caso es diferente y único y que hace falta profundizar más en el tema para sacar conclusiones. Sin embargo, es necesario aclarar que las personas con TMS sí tienen sexualidad y es importante abordarla para una mejora en su calidad de vida, así como para prevenir los riesgos que comporta no tenerlo en cuenta.

La importancia del deseo femenino

Asimismo, parece que la sexualidad y el deseo de las mujeres con TMS aún es tenida menos en cuenta, si pensamos en la ocultación a la que se ha sometido la sexualidad femenina históricamente. A este fenómeno se les suma el rechazo a las mujeres de géneros disidentes y de orientaciones sexuales no normativas. Dicho de otra manera, tener un TMS y ser mujer puede suponer una mayor invisibilización de la propia sexualidad. Sin ir más lejos, en el DSM-V se ha eliminado el concepto de "deseo" de los trastornos de sexualidad de las mujeres y se ha modificado por falta de interés/excitación, con las implicaciones que esto supone. De hecho, el cambio en el diagnóstico es sólo para mujeres, ya que para hombres con poco deseo se los sigue diagnosticando de "Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo". (Garriga i Setó, C., 2014)

A modo de conclusión

En definitiva, creo que es necesario el abordaje de estas cuestiones tanto a nivel psicoterapéutico, contemplando el estigma presente en los profesionales, como a través de programas de salud sexual, que incluyan una perspectiva de género y una intervención alejada de visiones falto y coitocentristas.

Finalmente, quería compartir que en mi TFM realizo una propuesta de abordaje de estas cuestiones a profesionales y usuarios, con el propósito y la convicción de que es posible avanzar hacia un paradigma más humano y ético en el ámbito de la salud mental y la sexualidad.



Daniela Aparicio,
psicoanalista.
www.danielaaparicio.wordpress.com

Sí, son tiempos de violencia descarnada. Sí, sin duda, hubo otros tiempos de horror —los Campos—, cuánto dolor encharcado, herencia a veces incurable para generaciones. Hoy la violencia es diferente, es obra de un mal maligno y desconocido, es la incertidumbre de una nueva provisionalidad que cala en nuestros huesos. Un «yo qué hago», «adónde voy», «cómo viviré», o «cómo moriré»...

Hace meses que escucho a personas asustadas; el miedo ha calado muy hondo para algunos. Sin duda con una razón de peso incuestionable: una pandemia asesina, donde se juega toda a vida o muerte, a cara o cruz.

Y, sin embargo, es por ello que te escribo: el miedo sistemático corroe y mata en vida. El miedo mata nuestros anhelos, proyectos y nuestras ganas de vivir. El miedo aniquila tu vida, la que tú todavía determinas. Eso no quiere decir que haya que silenciarlo: todo lo contrario, expresa tu miedo para reducirlo —a un amigo, vecino, o terapeuta—, no lo conviertas en tu armadura, que puede cronificarse. No te quedes callado y resignado esperando lo inefable. Habla de tus miedos pero no los petrifiques, tu vida es lo más importante. Expresa tu miedo para reducirlo y darle vida a tu vida. ¡Vive mientras tengas vida! Este es el Mandato y un deseo. Ahora podríamos entenderlo como un mandamiento primordial, que eleva la vida a la primera categoría y prioridad, como lo ha sido siempre.

REFERENCIAS

- Spora Sinergies i la Universitat Autònoma de Barcelona.(2016) El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. Obertament.org
- Vila Pillado, L.; Area Carracedo, R.; Ferro Iglesias, V.; Gonzalez Domínguez-Viguera, L.; Justo Alonso, A.; Suárez Sueiro, MJ.; López Ares, S.; Tuñas Dugnot, ML.:(2007) Trastorno Mental Severo. TOG (A Coruña). (5): p.52
- Castaño, Rosario (2011) La terapia sexual, una mirada relacional. Colección pensamiento relacional, Ágora relacional, Madrid, España. p.27
- López de la llave Rodríguez, A, Castaño Aguado, M y Pérez-Llantada Rueda M.C (2019) Evaluación de un programa de promoción de la salud sexual para personas con enfermedad mental crónica, Departamento de Metodología de la Ciencias del Comportamiento, UNED, Madrid, España
- Garriga i Setó, Concepció (2014) La bondad y la ética del cuidado en la subjetividad femenina. Implicaciones del DSM-V para la sexualidad de las mujeres. Revista internacional de psicoanálisis.

Algunas reflexiones pandémicas

Sí, vive al día, y al minuto, como si fuera el último. Y si la muerte te atrapa, será viviendo y con las botas puestas. Lo que algunos olvidan es que el deseo de vida es el mejor remedio contra cualquier enfermedad. He visto personas que han estado años luchando contra enfermedades graves y han ganado terreno, mientras que otros se han rendido. ¿Deseaban otra cosa?

Siéntate y para de cavilar, el proyecto es aquí y ahora, en PRESENTE. Eso me digo a mí misma: piensa con calma, el presente es tu vida, no lo derroches. Haz lo que siempre has deseado hacer, sin postergarlo sine die.

Piensa, o escribe, o cuéntaselo a él o a ella. Dímelo a mí, si quieres, eres bienvenid@. Nuestro confinamiento debe ser un acercamiento al Otro, y entre nosotros: no hay otra vía para la supervivencia. Incluso puede ser una suerte de afecto renovado, que sublima el malestar que late a veces dentro y fuera. Hoy nadie se salva solo, y si muere en soledad, menuda tristeza. No hablo del amor bobo, ni de la misericordia cristiana. Hablo de un afecto que fluye, nos une y nos humaniza. Ya no estás solo, o sola, ¡acércate! Sé prudente, por favor, pero no cedas al miedo. Sé valiente, ¡todos nos jugamos lo mismo!

No sé qué más decirme y deciros para sobrellevar esto que nos ha tocado vivir. ¡Vívelo con valor, aunque sea tu última experiencia!

Febrero, 2021

La elaboración de la demanda: si yo no quiero tú no puedes



Olga Fernández Quiroga

Psicóloga especialista en Psicología Clínica
<https://ecriteriumes.wordpress.com/>
<https://twitter.com/Olfequir>

Cuando una persona llega a la primera sesión, suele plantear un problema que quiere resolver. Por ejemplo:

Quiero conocerme mejor. Esto, que parece sencillo no lo es tanto. En esta petición no parece que exista ni conflicto, ni cuestionamiento, ni falta alguna.

No hay síntoma analítico. Es necesario que este pedido se transforme en demanda para comenzar el análisis. Este primer proceso es lo que llamamos elaboración de la demanda.

¿Qué podemos deducir de ese pedido? Primero, que hay una negación implícita.

A mí no me pasa nada, pero hay algo que no conozco de mí misma y tú (la analista) debes saberlo.

La primera entrevista es importante para el transcurrir del análisis y surgen dos cuestiones:

1. ¿Qué es lo que ha pasado para que alguien que hasta el momento se relacionaba con el mundo con sus síntomas, más o menos equilibradamente, se descompense ahora y venga a realizar ese pedido?
2. La segunda cuestión referente a la demanda es:

¿Qué lugar ocupo yo en la demanda? Porque yo, como analista, voy a ocupar para ella, todos los lugares en los que me ponga a lo largo de la relación analítica. Es lo que llamamos la relación transferencial.

Voy con el caso concreto.

Sara, una mujer de mediana edad, plantea en la primera entrevista:

Estoy en un pozo sin fondo y también con insatisfacción en todos los ámbitos de la vida.

Además de esto, me dice que hubiera preferido que yo fuera un hombre.

Me pregunto ¿por qué me pide una cita a mí, sabiendo que soy una mujer, si hubiera preferido un hombre?

Quizás busca la relación con un hombre y me pide que yo sea un hombre. A nivel consciente, un imposible.

Varias sesiones después, Sara dice que si yo hubiera sido un hombre ella no hubiera comenzado la terapia. Una buena pista.

¿Contradictorio? Sí, en el nivel consciente de Sara. No en el inconsciente.

La estructura psíquica inconsciente de Sara funciona con esta consigna:

Si yo no quiero, tú no puedes

Dejar en la impotencia al otro, en este caso a mí.

Durante el análisis, el trabajo de la analista es hacer visible este fantasma con el que Sara se relaciona con el mundo. Será como ir quitando capas de cebolla. Desaparece una capa, surge otra, porque su fantasma va cambiando con mucha habilidad y se va adaptando, con el propósito de poner a la analista en esa posición de impotencia. Opondrá muchas resistencias, porque, para ella, el poder, su poder, reside en esa frase.

Un ejemplo: durante muchas sesiones, Sara se dormía en las sesiones. Le entraba un sueño intensísimo y simplemente se dormía. Ahí está el "si yo no quiero tú no puedes"

Voy a explicaros cómo se desarrolla la relación transferencial, en una etapa concreta de la relación.

Al nacer Sara, su madre hubiera preferido un niño. Esa preferencia se mantuvo siempre.

Sara me convierte en ella misma de pequeña, esa niña no deseada y tratada como un mueble. Ahí está su frase en la primera sesión, diciendo que esperaba que fuese un hombre. Es lo que deseaba la madre.

Así que la posición en la que me pone es de desvalorización y desde esa posición, no es necesario escuchar mi palabra. Soy un mueble. Como lo era ella para la madre.

En este momento de la relación transferencial, Sara trata de evitar la angustia en la que vivió su infancia. Hay muchas maneras de hacerlo. ¿Cuál es la suya? Identificándose con el agresor, en este caso con la madre y tratando a los otros de la misma manera que ella era tratada. Como ese mueble. Yo dejo que me ponga en esa posición, pero no le voy a responder desde esa posición, es decir, no voy a estar en la impotencia. Tengo que devolverle esa maniobra. Ella se va a oponer. Insisto en explicar que no estoy hablando de algo consciente.

A veces, estas resistencias son feroces en un análisis y la paciente puede dejar de venir y abandonar, así que tengo que aprovechar muy bien las oportunidades en las que se manifiesta el inconsciente y realizar señalizaciones o, si es el caso, directamente interpretaciones, como os mostré en el artículo del MYS 51 "dolor de regla" (<https://matriz.net/numero-51/dolor-de-regla>) para que el fantasma de Sara, se esfume como lo que es: un fantasma.

El tribunal constitucional avala la vulneración de los derechos humanos a las mujeres embarazadas



OBSERVATORIO
de violencia obstétrica

Al contrario que la Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente que no distingue entre sexos a la hora de establecer los derechos que nos asisten a todos los españoles en la asistencia médica, el Tribunal Constitucional ha respaldado con su decisión de 2 de junio de 2022 (ver nota de prensa adjunta) que se puede privar a una mujer de su libertad si un médico lo considera necesario.

El “caso de Oviedo”, como se le conoce en los medios, nace a raíz de la decisión de la jueza Iglesias López del Juzgado de Instrucción nº1 de Oviedo, de ordenar el traslado forzoso de una mujer parturienta al HUCA a instancias de una solicitud del Jefe de ginecología del citado centro y, lo más grave, sin oír a la mujer en ningún momento.

Se trataba de un embarazo sano de 42 semanas y 3 días. El control rutinario (monitores) al que se sometió la mujer mostró que todo estaba correcto. Sin embargo, desde el Hospital le aconsejaron que ingresara para inducir el parto. Tras pensarlo, la mujer decidió regresar a su casa. El Hospital activó entonces un mecanismo por el que remitió al juzgado un informe médico informando de que la vida del bebé corría peligro.

Cuando la policía llegó a buscarla, el parto ya había empezado, por lo que la urgencia, y la motivación del traslado, habían desaparecido, pero no por ello dejó de ejecutarse la orden de la jueza y la mujer fue privada de su libertad y trasladada al hospital. Habiendo desaparecido ya la supuesta urgencia de inducir el parto se intervino en un proceso fisiológico normal para controlarlo. Como resultado del estrés al que se vio sometida la parturienta, el trabajo de parto se paró y se hizo necesaria una cesárea.

Esta sentencia supone un serio retroceso en los derechos de las mujeres a la integridad física y moral, es discriminatoria y contraviene lo dispuesto en la Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente y derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, así como a los tratados

internacionales sobre derechos humanos y derechos de los pacientes y Convención para la eliminación de la discriminación contra la mujer. Hacemos nuestras las reflexiones de uno de los votos particulares:

“Lo ordenado por el Juzgado de guardia en el auto recurrido fue una privación de libertad llevada a cabo sin respetar las exigencias mínimas establecidas por este Tribunal y por el TEDH para garantizar la adecuada protección de los derechos fundamentales de cualquier ciudadano o ciudadana. De manera destacada, la decisión de traslado e internamiento forzoso de la demandante de amparo, que en ese momento se encontraba en avanzado estado de gestación, se adoptó sin que la misma fuese escuchada en momento alguno. Esta falta total de audiencia no puede excusarse por las circunstancias de urgencia concurrentes, dado que existen mecanismos legales suficientes para posibilitar dicha audiencia aún en supuestos de extraordinaria urgencia y que podrían haberse seguido en el caso sujeto a examen. Su omisión total constituye una quiebra de las garantías constitucionales esenciales que resulta insalvable en el presente caso. Cualquier limitación de derechos fundamentales de una persona, especialmente de derechos que entroncan directamente con la dignidad humana como la libertad personal o la intimidad, exige la observancia de unas garantías mínimas insoslayables, que configuran el ámbito esencial de la protección de los ciudadanos y ciudadanas frente a intromisiones graves de los poderes públicos. El incumplimiento absoluto de estas garantías mínimas en el caso resuelto por la ponencia principal no solo es reveladora de una ausencia total de perspectiva de género sino que supone una quiebra de los derechos de la demandante a la libertad personal, a la intimidad personal y a la tutela judicial efectiva.”



Recurriremos al Tribunal Europeo de Derechos Humanos y en su caso a los órganos de tratados internacionales suscritos por España.

Estamos hartas de la constante desautorización de las madres por los médicos y los jueces.

Investigación sobre el ciclo menstrual: llamarlo ciencia no es ético



Jerilynn C. Prior

Ex - profesora de la Universidad de British Columbia. Directora del Centro para la investigación sobre la ovulación y el ciclo menstrual. Vancouver (Canadá)

¿Es un «ciclo con píldoras» lo mismo que un ciclo menstrual habitual? ¡Algunos piensan que sí!

Me quedé atónita mientras presidía una sesión del Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) a principios de la década de 1990, al descubrir que muchos de los «cambios en el ciclo menstrual» reportados durante la actividad física incluían participantes que usaban anticonceptivos hormonales combinados (AHC, o «la píldora»). Peor aún, esa pieza clave de información se reveló solo cuando los autores fueron interrogados específicamente. ACMS trató el «ciclo» de la píldora de la misma manera que un ciclo menstrual natural.

Resultado: aunque seguí interesada en evaluar la reproducción en mujeres físicamente activas¹, dejé de ser miembro de la ACSM. Además de confundir los ciclos menstruales naturales con los ciclos con píldoras, también se promovió «la tríada de la atleta femenina» que yo creí muy perjudicial. Afortunadamente, ahora se reemplaza con el Deporte con Deficiencia de Energía Relativa que incluye ambos sexos.

La pregunta:

¿Se puede aprender algo sobre los cambios fisiológicos normales durante el ejercicio (o cualquier otra condición experimental) en una mujer que toma la píldora cuyo sistema reproductivo es suprimido por altas dosis de estrógeno sintético?

¡La respuesta es no!

Pensé que el problema de confundir un ciclo menstrual espontáneo con un «ciclo con píldoras» había desaparecido. Sin embargo, recientemente, cuando participé en una sesión de la Junta de Ética de Investigación Clínica (CREB) de la UBC, revisé tres propuestas de investigación, todas sobre la evaluación de cambios fisiológicos complejos. Dos incluían tanto hombres como mujeres jóvenes; uno estudiaba sólo a mujeres. Todos fueron financiados por subvenciones altamente competitivas del Consejo Nacional canadiense de Investigación en Ciencia e Ingeniería (NSERC). Todos propusieron experimentos muy sofisticados que involucran tecnologías complejas en detalles cuidadosos y bien referenciados. Dados los objetivos de Science in the physiology,

me sorprendió descubrir que *los tres mencionaron la inclusión de mujeres que estaban tomando AHC*

Además, ninguno de estos estudios de investigación excelentes describió **una forma práctica de determinar las fases del ciclo menstrual**. Los métodos deben ser realistas (teniendo en cuenta la variabilidad conocida del ciclo menstrual³), completos (incluida una medida válida de la progesterona de la fase lútea), rentables y convenientes para las mujeres. Y tener bien documentada la fase del ciclo es necesaria debido que pueden existir muchas diferencias en hormonales en la prevalencia de alteraciones ovulatorias y de fases foliculares y lúteas en el ciclo menstrual espontáneo y endógeno.

Un estudio estuvo examinando el efecto fisiológico específico de la progesterona. Propuso comparar el resultado en mujeres durante la fase folicular (parte temprana del ciclo cuando los niveles de estrógeno están aumentando, pero los niveles de progesterona son bajos) con la fase lútea (después de la ovulación cuando los niveles de progesterona son altos). Sin embargo, este estudio, al igual que los otros dos, propuso incluir mujeres de 19 a 35 años que estuvieran sanas, no embarazadas o amamantando, pero que podrían **estar tomando AHC**.

Al proponer el diseño de su estudio, los investigadores hicieron al menos seis suposiciones científicamente falsas:

1. Un ciclo menstrual espontáneo es el mismo que cuando una mujer está tomando la píldora. *Esto es falso porque los niveles de hormona endógena serán bajos (debido a los altos niveles de etinilestradiol sintético [no medido]) y se verán como si una mujer fuera menopáusica o no hubiera tenido flujo durante meses (amenorrea).*
2. Todos los ciclos de duración normal son normalmente ovulatorios (con al menos 10 días de duración de la fase lútea y niveles normales de progesterona)⁴.
3. La progesterona y los progestágenos sintéticos se comportan igual en todos los tejidos.
4. Las mujeres en estudios de pregrado (el grupo que propusieron reclutar) que a menudo tienen menos de 10 años desde su primer período, están menstruando y ovulando consistentemente desde sus primeros ciclos⁵.

5. La ovulación siempre ocurre en el «día de ciclo 14», por lo que un nivel sérico en el día de ciclo 21-22 estará «en la fase lútea» y, por lo tanto, tendrá un alto nivel de progesterona³.

6. El estradiol (estrógeno) no tiene ningún efecto sobre la fisiología que están midiendo. *La evidencia sólida apoya los efectos colaborativos o de contrapeso tanto del estradiol como de la progesterona en cada célula y tejido en los cuerpos de las mujeres*⁶.

Al informar a CREB mi evaluación de este proyecto, protesté porque estos investigadores *no pudieron probar lo que se propusieron evaluar* porque «no hay progesterona en la Píldora». Cuando dije eso, vi (por las caras en Zoom), que algunos de mis colegas de CREB estaban desconcertados. Los anticonceptivos hormonales combinados incluyen un estrógeno sintético, en una dosis cuatro veces mayor que en el ciclo menstrual normal, y un progestágeno (una «imitación» sintética de la progesterona). AHC NO incluye progesterona. Los progestágenos solo son necesarias para actuar como la progesterona natural en el útero. La mayoría de los progestágenos tienen acciones indefinidas en los tejidos corporales no reproductivos.

Cuando sugerí que no aprobáramos este estudio, me sorprendí, de nuevo.

La respuesta fue: **«¿Quieres excluir a las mujeres jóvenes de la investigación?»**

Como feminista que ha buscado una mayor investigación con y para las mujeres durante décadas, respondí: **«No, ¡por supuesto que no!»**

Les expliqué que pudimos incluir a 125 mujeres que no usaban AHC para un estudio del ciclo menstrual durante la pandemia (cuando el encontrar mujeres para la investigación fue muy difícil). Actualmente, solo alrededor de un tercio de las mujeres jóvenes están tomando AHC, en algún momento de su vida. (IC del 95% 13,4 38.6) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2015010/article/14222/tbl/tbl1-eng.htm>. Es perfectamente posible incluir y estudiar científicamente los ciclos menstruales mientras se usan anticonceptivos no hormonales efectivos: un preservativo o diafragma, con espermicida vaginal a dosis completa o un dispositivo intrauterino de cobre. Además, algunos participantes de la investigación pueden ser sexualmente activos solo con mujeres.

A pesar de esas discusiones, muchos miembros del CREB todavía pensaban que estaba haciendo una demanda injustificable a los investigadores.



La razón adicional por la que sentí que el estudio necesitaba ser rechazado fue porque los autores, a pesar de su buena ciencia fisiológica, no tenían **un plan práctico para evaluar el ciclo menstrual**. Simplemente estaban enviando a las mujeres a un laboratorio de bioquímica dos veces diferentes para un análisis de sangre de estrógeno y progesterona. El protocolo ni siquiera decía en qué días de ciclo se debían hacer la prueba las mujeres.

También hay confusión en la literatura. Un artículo revisado por pares, para mi disgusto, incluso declaró que no hay razón para documentar diferentes fases del ciclo menstrual cuando se estudia la función vascular⁷. Otros, sin documentación científica de las fases del ciclo menstrual, publican revisiones o metaanálisis de «efectos del ciclo menstrual» en todo, desde matemáticas, percepciones visuales⁸, apetito, preferencias alimentarias⁹, volumen sanguíneo y sentido del olfato¹⁰, así como numerosas medidas de rendimiento deportivo. La literatura se ha llenado de tonterías del «ciclo menstrual».

Sin embargo, **ES posible** evaluar las diferencias en las fases del ciclo menstrual hormonalmente documentadas de las mujeres para aspectos como la ingesta de alimentos¹¹, el interés por el sexo¹² y la absorción máxima de oxígeno (VO₂max)¹³. También es posible incluir y retener a mujeres que documenten la duración del ciclo y las características de la ovulación durante uno o dos años. Estos estudios prospectivos han proporcionado información nueva e importante sobre los *efectos negativos de las alteraciones ovulatorias frecuentes y silenciosas*, que ocurren dentro de ciclos perfectamente regulares, *en los cambios de densidad mineral ósea*^{4,14,15}.

También hay orientación de investigación del ciclo menstrual en la literatura. Hoy en día, alguien que se proponga estudiar las fases del ciclo menstrual puede encontrar información fácilmente.

te. Los documentos de consenso recientes, revisados por pares, describen claramente formas de documentar científicamente las fases del ciclo menstrual al realizar investigaciones en medicina deportiva y en otros campos^{16,17}.

Las fases del ciclo menstrual y la ovulación son fundamentales para la reproducción de la mujer, para la salud general y el envejecimiento saludable⁶. Piensen en los efectos negativos en la autoestima de las mujeres y en la ciencia si esta investigación única no es precisa. Mi instinto dice que sería mejor no tener información relacionada con las mujeres, si es «Pseudo-Ciencia».

Las mujeres tienen el derecho fundamental a la información científica precisa sobre sus fisiologías únicas. Es correcto estu-

diar tanto a las mujeres, los hombres y aquellos cuyo género y / o sexo no son binarios. Es importante hacer una investigación válida del ciclo menstrual y la ovulación de las mujeres. Pero hacer evaluaciones de mala calidad (solo en un día del ciclo) o totalmente inapropiadas (en CHC) y llamarlo «ciencia» **no es ético**. Aprobar tales estudios promueve la «Pseudo-Equidad».

Estudiar los ciclos menstruales de las mujeres, NO es un compromiso, un falso equilibrio, entre pseudociencia y pseudoequidad. No es ético realizar investigaciones fisiológicas con mujeres premenopáusicas que tomen anticonceptivos hormonales combinados y / o que no se evalúe con precisión el ciclo menstrual natural y la ovulación.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Anterior JC. "Acondicionamiento" endocrino con entrenamiento de resistencia: una revisión preliminar. Revista Canadiense de Ciencias del Deporte Aplicadas 1982; 7: 149-57.
2. Mountjoy M, Sundgot-Borgen J, Burke L, et al. La declaración de consenso del COI: más allá de la Tríada de Atletas Femeninas: Deficiencia De Energía Relativa en el Deporte (RED-S). Br J Sports Med 2014; 48(7): 491-7.
3. Shea AA, Vitzthum VJ. El alcance y las causas de la variación natural en los ciclos menstruales: Integración de modelos empíricos de ciclo ovárico en la investigación sobre la salud de la mujer. Descubrimiento de fármacos hoy: modelos de enfermedades 2020; 32: 41-9.
4. Prior JC, Vigna YM, Schechter MT, Burgess AE. Pérdida ósea espinal y alteraciones ovulatorias. Nuevo Engl J Med 1990; 323: 1221-7.
5. Nagata I, Kato K, Seki K, Furuya K. Alteraciones ovulatorias. Factores causales entre los estudiantes de enfermería japoneses en un dormitorio. Journal of Adolescent Health Care 1986; 7: 1-5.
6. Anterior JC. El sistema reproductivo de las mujeres como acciones equilibradas de estradiol y progesterona: un concepto revolucionario que cambia el paradigma en la salud de las mujeres. Descubrimiento de fármacos hoy: modelos de enfermedades 2020; 32: 31-40.
7. Stanhewicz AE y Wong BJ. Contrapunto: Los investigadores no deben controlar la fase del ciclo menstrual cuando se realizan estudios de control vascular que incluyan mujeres. J Appl Physiol 1985; 129(5):1117-1119.
8. Peters M, Simmons LW, Rhodes G. Preferencias a lo largo del ciclo menstrual para la masculinidad y la simetría en fotografías de rostros y cuerpos masculinos. PLOS One 2009; 4(1): e4138.
9. Arnoni-Bauer Y, Bick A, Raz N, et al. ¿Soy yo o mis hormonas? Perfiles de activación neuroendocrina a estímulos alimentarios visuales a lo largo del ciclo menstrual. Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo 2017; 102(9): 3406-14.
10. Stanic Z, Pribisalic A, Boskovic M, et al. ¿Cada ciclo menstrual provoca un efecto distinto en la percepción olfativa y gustativa? Nutrientes 2021; 13 8).
11. Barr SI, Janelle KC, Prior JC. La ingesta de energía es mayor durante la fase lútea de los ciclos menstruales ovulatorios. Revista Americana de Nutrición Clínica 1995; 61(1): 39-43.
12. Macbeth AB, Goshtasebi A, Mercer GW, Prior JC. ¿El interés en el sexo alcanza su punto máximo a mitad del ciclo en los ciclos menstruales ovulatorios de mujeres sanas que viven en la comunidad? Un estudio observacional prospectivo de 11 meses. Salud Reproductiva de la Mujer 2021; 8(2): 79-91.
13. Lebrun CM, McKenzie DC, Prior JC, Taunton JE. Efectos de la fase del ciclo menstrual en el rendimiento deportivo. Medicina y Ciencia en el Deporte y el Ejercicio 1995: 437-44.
14. Bedford JL, Prior JC, Barr SI. Una exploración prospectiva de la restricción dietética cognitiva, los trastornos ovulatorios subclínicos, el cortisol y el cambio en la densidad ósea durante dos años en mujeres jóvenes sanas. JCEM 2010; 95(7): 3291-9.
15. Li D, Hitchcock CL, Barr SI, Yu T, Prior JC. Cambios negativos en la densidad mineral ósea espinal y trastornos ovulatorios subclínicos: datos prospectivos en mujeres premenopáusicas sanas con ciclos menstruales regulares. Epidemiol Rev 2014; 36(137): 147.
16. Elliott-Sale KJ, Minahan CL, de Jonge X, et al. Methodological Considerations for Studies in Sport and Exercise Science with Women as Participants: A Working Guide for Standards of Practice for Research on Women. Sports Med 2021; 51(5): 843 a 61.
17. De Jonge XJ, Thompson B, Han A. Recomendaciones metodológicas para la investigación del ciclo menstrual en deportes y ejercicio. Med Sci Sports Exerc 2019; 51(12): 2610-7.

¿QUIÉN LE TEME A LOS 50?

Menopausia: la falsa crisis de los 50

Carmen Valls Llobet

La actual esperanza de vida de las mujeres en los países privilegiados como el nuestro, alcanza ya una media de 85 años y muchas mujeres llegan a centenarias. La longevidad de las mujeres llega a ser de 5 a 7 años más que la de los varones, pero estos años vividos de más, lo son con peor salud percibida y peor calidad de vida.

Según la OMS, las razones del peor estado de salud de las mujeres respecto a los hombres, no son biológicas, sino por otros condicionantes creados por la sociedad androcéntrica, que han manipulado su propia historia y su manera de estar en el mundo. La biología es un factor condicionante, pero hay otros factores que cuidar que van a necesitar recursos diferentes a los que hasta ahora ofrecía la sociedad. Tenerlos claros desde las primeras etapas de la vida nos van a permitir vivir con mejor calidad y disfrutar más, porque la independencia económica y emocional, que permitan a las mujeres tomar las decisiones vitales en todos los momentos de su vida va a ser crucial para su vida con calidad.

Veremos en el cuadro adjunto lo poco biológicos son los condicionantes de salud de las mujeres, y lo difícil que es tenerlos en cuenta, ya que han formado parte de su propia historia, de su propia biografía, y dado que se ha pasado su vida cuidando hijas e hijos, a madres y padres y a todas las enfermedades de la familia, su propia vida se ha esfumado, y hay que volver a revisar en que aspectos debe enderezar los años que le quedan por vivir.

CONDICIONANTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

- Estrés, cansancio.
- Falta horas sueño. Poco tiempo de ocio
- Pobreza/ Exclusión social.
- Edad/ Estado civil.
- Condiciones laborales.
- Cargas familiares.
- Falta de acceso a la cultura.
- Etnicidad/ Falta de poder
- Violencia/ Relaciones de poder.



Betty Friedan, en su libro "La fuente de la vida" nos recordaba que, para muchas mujeres, en etapas posteriores a una sexualidad vivida fogosamente, una noche bien dormida se puede igualar al placer de otras etapas de la vida. El agobio, el estrés, la doble jornada y las múltiples actividades a que se han comprometido, acaban ahogándolas, en lugar de proyectarlas hacia una vida con serenidad y placer.

¿Porqué el miedo a la menopausia?

Si los condicionantes que determinan muchos de los miedos y ansiedades de las mujeres a partir de los 50 años son psicosociales ¿porque tanto miedo a la menopausia? ¿Es una realidad lo que han visto reflejado en los medios de comunicación? ¿El miedo a la menopausia proviene de lo que les han contado o han visto en la evolución vital de sus madres, abuelas, hermanas mayores o amigas? Pensemos que, hasta finales del siglo XX, la investigación médica no se había ocupado para nada de la menopausia, como tampoco de la menstruación, e incluso ilustres ginecólogos publicaban libros recomendando el abanico como único tratamiento útil para las sofocaciones. Pero a partir de 1995, una oleada de publicaciones pagadas por la industria farmacéutica con estudios observacionales propagó que los problemas de salud que tuvieran las mujeres a partir de la menopausia eran debidos a la falta de sus hormonas, y que por lo tanto había que tratarlas a todas, y para siempre. ¿Con que evidencia científica? ¿Con que efectos secundarios?

¿Qué pasa en realidad en la menopausia?

Cesa la menstruación. Los ovarios dejan de responder al estímulo de las hormonas hipofisarias, y primero dejan de ovular, y no producen progesterona, y después dejan de producir estrógenos. El cese de la menstruación puede ser brusco, a puede ser precedido por un período de transición, en que los ciclos son irregulares, la menstruación se presenta cada dos meses o tres, o cada 15 días, y en algunos casos se acompaña de menstruaciones muy abundantes. En los períodos en que el ciclo se alarga, las mujeres pueden empezar sentir un aumento de temperatura en general, o momentos en que aumenta el sudor y el calor en su cuerpo.

No todas las mujeres sienten estas alteraciones, pero hay escasos estudios epidemiológicos sobre la sintomatología de la etapa de transición hacia la menopausia, como se llama a

estos años. De hecho, la menopausia en sí se acompaña de dos síntomas que podemos atribuir a la bajada hormonal de estrógenos y progesterona: Las sofocaciones y la sequedad de piel. La sofocaciones se deben al estímulo de la hormona FSH (Foliculoestimulante) y en parte de la LH (estimulante de la luteína o progesterona) que se segrega en grandes cantidades cuando el ovario no responde. La edad media del cese menstrual en nuestros medios es de unos 50 años, que oscilan entre los 45 y 55 años. Sin embargo, en las sociedades con exceso de disruptores endocrinos ambientales, que imitan en el cuerpo el efecto de los estrógenos, la edad de la menopausia se está adelantando hacia los 40 años, o incluso edades menores.

La secreción de las hormonas hipofisarias depende también del equilibrio neuroendocrino de las hormonas en el cerebro y en concreto en el hipotálamo, por lo que todas las situaciones de estrés que estén viviendo las mujeres en este período, como las malas condiciones laborales, las sobrecargas familiares, la precariedad económica, van a empeorar el número e intensidad de las sofocaciones. Por el contrario, cuidar las horas de descanso y de ocio, cuidar adecuadamente la alimentación, el ejercicio físico, y empezar a recuperar los deseos, las ganas de gozar de los placeres que se han apartado durante años para cuidar a los demás, puede dar serenidad y todo lo que apague las tormentas emocionales, apaga también las sofocaciones, que acaban equilibrándose con el tiempo.

Los riesgos de la Terapia Hormonal sustitutiva.

Los demás síntomas atribuidos a la menopausia no se han podido demostrar que estén relacionados con ella directamente, ya que no han mejorado con el consumo de Terapia Hormonal Sustitutiva, como explica muy bien el certero análisis de la literatura científica realizado por la Dra Enriqueta Barranco. Ya los primeros ensayos clínicos, que se hicieron en los años 1998-2000, demostraron que se incrementaba el cáncer de mama entre las mujeres que tomaban terapia con estrógenos y progestágenos, así como un incremento de infarto de miocardio (estudio HERS). Bernardine Healy puso en marcha el primer ensayo clínico multifactorial, con más 100.000 mujeres, el Women's Health Initiative, y en el año 2000, se tuvieron que abrir las plicas de un grupo, el que tomaba terapia Hormonal sustitutiva con estrógenos y progestágenos, por incremento de cáncer de mama. Cuando se hicieron públicos estos resultados, tuvieron un gran eco mediático, y de 60 millones de prescripciones que se estaban administrando, se disminuyó en un año a 20 millones, y se pudo constatar una disminución de incidencia de nuevos cánceres de mama, en mujeres post menopausia.

Falta investigación específica

La investigación en el tratamiento específico de la sintomatología postmenopáusica ha avanzado poco en los últimos años. La insistencia por oleadas, en tratar con estrógenos, ha chocado con la resistencia de las mujeres a tomarlos por sus efectos secundarios. La propaganda de la industria farmacéutica está consiguiendo penetrar en la prescripción de hormonas a dosis altas, de muchos profesionales de la ginecología, que no vivieron, ni han estudiado la bibliografía de los años 2000 al 2010, ni han vivido las controversias. La formación sobre el ciclo menstrual casi ausente en la formación de las ciencias de la salud se hace prácticamente invisible alrededor de la menopausia y perimenopausia.

La insistencia en administrar estrógenos y progestágenos ya fue criticada en el Congreso sobre Menopausia de Estocolmo, en el año 1997, cuando precisamente los investigadores del Instituto Karolinska demostraron que los progestágenos, derivados de hormona masculina, se acaban convirtiendo en estrógenos en terapias largas como las que se preconiza en las mujeres post menopáusicas. Esa es la razón fisiopatológica del incremento del cáncer de mama.

Por el contrario, pocos investigadores han reparado en que la progesterona natural puede evitar igualmente las sofocaciones y la sequedad de la piel, aplicada sólo como gel en la piel de muslos y abdomen, ya que no se convierte en estrógenos. Este producto, comercializado a partir de la extracción desde un cactus, comparte el efecto hormonal de muchas plantas que pueden imitar el efecto de la progesterona. Precisamente, por su amplia distribución en la naturaleza, su costo es mucho más económico que el de los estrógenos.

Si la menopausia en sí misma no es un factor de riesgo para la larga vida que espera a las mujeres, es cierto que al entrar en terrenos desconocidos, las mujeres desean encontrar mejor información para dar mejor calidad de vida a sus años venideros.

Vamos a reflexionar en estas páginas sobre que actitud hemos de tener, en palabras de **Anna Freixas**, sobre cuales han de ser las exploraciones que hemos de realizar, sobre los ejercicios físicos que nos convienen, como nos enseña **María José Hernández**, y sobre los hábitos alimentarios que hemos de cultivar para mantener músculos, cartílagos y huesos sanos, como explica **Pilar Parra**.

No acabaremos con un solo dossier, pero tenemos muchas revistas MYS por delante.

Terapia hormonal sustitutiva: recomendaciones vs evidencias



Enriqueta Barranco Castillo
Médica ginecóloga
Profesora asociada de la
Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

Según el INE, en España, durante el año 2020, sin contar las defunciones por el COVID-19, la primera causa de muerte en las mujeres fue la enfermedad cerebro vascular, con 14.553 muertes (6,14% de las casusas de muerte). A ésta le siguió la demencia con 14.200 casos, y hubo diferencias entre las diferentes comunidades autónomas: la demencia en Andalucía ocupa el 7º lugar y en la Comunidad de Madrid, ocupa el 3º. Estos datos es necesario tenerlos en cuenta como veremos más adelante.

Entre las metodologías utilizadas para presentar los resultados de las investigaciones y generar indicaciones terapéuticas, se cuentan el sistema GRADE y los metaanálisis. Aquí presentamos las aportaciones que recientemente se han hecho, utilizando ambos sistemas, para explicar el tratamiento hormonal de la menopausia (THM) y sus consecuencias, algo que se discute desde que comenzó a recomendarse la misma en los años 60 del pasado siglo, un debate científico que, con sus contradicciones y resistencias, continúa en la actualidad.

El sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*), es un marco utilizado para desarrollar y presentar resúmenes de evidencia, y proporcionar un enfoque sistemático que permita hacer recomendaciones de práctica clínica. Su metodología se inicia decidiendo sobre las preguntas clínicas a las que se quiere encontrar respuesta, y los implicados en el estudio después califican la calidad de la evidencia encontrada en los trabajos revisados. Sus puntuaciones se enmarcan en cuatro niveles, también conocidos como certeza en la evidencia o calidad de la evidencia: muy baja (categoría D), baja (categoría C), moderada (categoría B) y alta (categoría A). Entre sus inconvenientes se han señalado el de no poderlo implementar mecánicamente, y esto conlleva una cantidad considerable de subjetividad en cada decisión. En GRADE, las recomendaciones pueden ser fuertes - sugieren que todas o casi todas las personas elegirían una intervención - o débiles,

tanto a favor como en contra de una determinada intervención. Las débiles implican que es probable que haya una variación importante en las decisiones que puedan tomar las personas informadas (<https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/>).

Ante un determinado problema de salud, la medicina basada en la evidencia persigue poner a disposición del profesional las mejores pruebas o evidencias acerca de la eficacia de un tratamiento, de un programa de prevención, de un método diagnóstico o de los factores de riesgo de una enfermedad. El metaanálisis, basado en la revisión sistemática y cuantitativa de la investigación, está ampliamente consolidado y es aplicado en las ciencias de la salud. Ofrece las técnicas necesarias para acumular rigurosa y eficientemente los resultados cuantitativos de los estudios empíricos sobre un mismo problema de salud, permitiendo a los profesionales la adopción de decisiones bien informadas en sus respectivas áreas de trabajo. La primera fase de esta metodología también se basa en la formulación de las preguntas a las que se le quiere dar respuesta, después se sigue con la revisión y selección de la bibliografía correspondiente y la aplicación de las correspondientes técnicas estadísticas para la validación de sus resultados (Martínez y cols. 2009).

El objetivo principal de este artículo es demostrar cómo, según la metodología utilizada, la THM podría estar indicada en mujeres postmenopáusicas, sintomáticas y afectadas por



determinadas patologías, aunque que la evidencia disponible demuestra que esta terapia puede tener efectos adversos, de la misma naturaleza que las afecciones preexistentes en las mujeres a las que se les pretende tratar, lo que probablemente incrementaría el riesgo basal preexistente.

La metodología seguida ha sido la revisión de dos estudios recientemente publicados, el primero, basado en GRADE, con el que se aportan recomendaciones para prescribir THM. El segundo, fundamentado en la revisión y ampliación de un metaanálisis previo publicado en el año 2017, demuestra que la terapia hormonal carece de efectos beneficiosos y entraña riesgos.

La secuencia de los eventos también es de interés:

1. En el mes de febrero de 2022, bajo el auspicio de la Sociedad Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) se reunieron en un hotel madrileño 31 profesionales sanitarios, 17 mujeres y 14 hombres, todos ellos especialistas en diferentes materias médicas, desde la anticoncepción (miembros de facto de Sociedad Española de Contracepción, SEC) hasta la Sociedad Española de Cardiología (SEC). No se puede obviar que 10 son miembros de la propia AEEM. El documento generado tras dicha reunión, en el que se han obviado consignar los conflictos de intereses de los participantes, ha sido editado por el "Consortio de Sociedades Científicas para el uso de la THM" y lleva por título "Criterios de elegibilidad para el tratamiento hormonal de la menopausia". Su intención era la de emular los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos propugnados por la OMS, pretendiendo desmitificar el tratamiento de la menopausia en mujeres que padecen problemas de salud, algo que generalmente se viene manteniendo en la práctica diaria (Ramírez y cols, 2022).

2. En los primeros días del mes de abril se publicaron los resultados de un metaanálisis sobre "Terapia hormonal para la prevención primaria de afecciones crónicas en personas posmenopáusicas: una revisión de evidencia para el grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU (USTF)". Su finalidad es proporcionar un material útil para el desarrollo de guías de práctica clínica y otras herramientas de mejora de la calidad, y sus autores y autoras ratificaron no tener conflicto de intereses de ningún tipo. En el mismo se asume que la THM juega un papel importante en el manejo clínico de los síntomas de la menopausia, pero debido a un mayor riesgo de perjuicios, actualmente no se recomienda para la prevención primaria de enfermedades crónicas. Y para ello se proponían actualizar la evidencia sobre la efectividad de la misma para reducir el riesgo de enfermedades crónicas, sus efectos adversos y las diferencias entre diferentes subgrupos de población – por edad, tipo de tratamiento, etnia, duración del tratamiento, fundamentalmente.

Para poder hacer sus recomendaciones, tanto los expertos de la AEMM como los de la USTF, plantearon las preguntas a las que deseaban encontrar respuesta, y que reproducimos en la tabla 1.

Preguntas planteadas por el grupo de trabajo de la AEEM (Ramírez y cols., 2022)	Preguntas planteadas por los autores del informe de la USTF (Gartlehner y cols., 2022)
Seguridad de la THM según edad, momento de inicio de la menopausia y duración del tratamiento.	Perjuicios de la THM si se usa para la prevención de enfermedades crónicas.
Seguridad de la THM en mujeres con riesgo tromboembólico.	Beneficios de la THM cuando se utiliza para la prevención de enfermedades crónicas.
Seguridad de la THM en mujeres con antecedentes de enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, enfermedad gastrointestinal, cáncer de mama, otros cánceres, fumadoras o con riesgo de interacciones farmacológicas.	Determinar si los beneficios y los riesgos de la THM difieren según el subgrupo o el momento de la intervención.

Tabla 1. Preguntas formuladas a los grupos de trabajo tras la revisión de la bibliografía



RESULTADOS

No es nuestra intención reproducir todos y cada uno de los resultados obtenidos por los citados equipos de investigación, por lo que sólo vamos a mencionar lo que, en ambos, nos ha parecido más relevante. Hemos observado que mientras la AEMM se asienta en la revisión bibliográfica para hacer recomendaciones con “intención de tratar”, la USTF se limita a definir la evidencia disponible sobre un problema concreto. Por su parte, la AEEM ha adaptado la clasificación GRADE y ha introducido subniveles para clasificar las recomendaciones, haciendo distinciones por grupos de edad, o duración de la postmenopausia, lo que a veces resulta farragoso y de difícil aplicación. En la tabla 2 reproducimos los resultados más relevantes de nuestra revisión, en la que presentamos el grado de evidencia de las recomendaciones de la AEEM y los riesgos detectados por la USTF para idénticos problemas de salud.

Respondiendo a sus preguntas, los integrantes de la USTF reconocen que, aunque en su estudio se detectaron algunos beneficios, a veces transitorios, de la THM, también encontraron importantes efectos adversos, tanto en los casos que recibieron tratamiento sólo con estrógenos como en los que se usaron E+P: cálculos biliares, cáncer de mama, demencia, incontinencia urinaria, accidentes cerebrovasculares y tromboembolismo venoso profundo. Y en sus conclusiones pusieron el dedo en la llaga, remarcando que, aunque sus resultados pueden ser discordantes con las recomendaciones dadas por algunas potentes sociedades científicas, la evidencia disponible no avala el uso de la THM para la prevención o el tratamiento de las enfermedades crónicas. Y añaden que, si bien los estudios observacionales sugieren que los estrógenos transdérmicos tienen un menor riesgo de tromboembolismo venoso en comparación con los orales, no se identificaron ensayos elegibles para poder afirmar o rebatir estos resultados.

CONCLUSIÓN:

La THM juega un papel importante en el manejo clínico de los síntomas de la menopausia, pero tiene un patrón complejo de riesgos y beneficios para la prevención primaria de enfermedades crónicas.

El haber elaborado una guía clínica para tratar la menopausia en mujeres con otras enfermedades concomitantes, a la vista de los resultados del metaanálisis, nos parece arriesgado, porque se propone la administración de unos fármacos que ya de por sí tienen unos efectos que podrían empeorar los problemas de salud preexistentes y entrañar riesgos para la salud de las mujeres, como ha quedado demostrado por la calidad de la evidencia que acompaña a cada una de las recomendaciones que en la misma se han incluido.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES VIRTUALES

- INEbase/sociedad/salud/Estadística de defunciones según la casusa de muerte. Resultados.
- Martínez, F. Marín, Meca, J. Sánchez y López, JA. El metaanálisis en el ámbito de las Ciencias de la Salud: una metodología imprescindible para la eficiente acumulación del conocimiento. *Fisioterapia*, 2009, vol. 31, no 3, p. 107-114.
- Gartlehner, G., et al. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 2017, vol. 318, no 22, p. 2234-2249.
- Gartlehner, G., et al. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force: En: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/draft-evidence-review/menopausal-hormone-therapy-postmenopausal-persons-primary-prevention-chronic-conditions> [consultada el 20 de abril de 2022].
- <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-ebm/> [consultada el 20 de abril de 2022]
- Ramírez I., De la Viuda, E., Calaf J., Baquedano, O L., Coronado, P., Llana, P., Nieto, V.,
- Otero, B., Sánchez, S., Mendoza, N. Criterios de elegibilidad de la terapia hormonal de la menopausia. Granada, Universidad de Granada, 2022.

Agradecimientos: a Mercedes Pérez por haber divulgado el informe de la USTF en un momento tan oportuno. A Nicolás Mendoza por haberme hecho llegar el documento de la AEEM.



Anna Freixas Farré
Gerontóloga feminista

El siglo XX nos ha regalado treinta años de vida, es algo que decimos sin que nos tiemble la voz, sin pararnos a reflexionar qué significa a nivel individual y también colectivo que tengamos ahora la posibilidad de vivir una vida entera 'de más', algo para lo que nadie nos ha proporcionado el manual de instrucciones.

Esta segunda vida que se nos presenta de los cincuenta años en adelante la entiendo como una invitación a participar en una doble sesión de cine. De manera que, ahora, por el mismo precio, podemos disfrutar, no de un corto de propina, sino de un largometraje completo, títulos de crédito incluidos.

Si vamos a vivir hasta los cien años y queremos hacerlo con significado y dignidad, desplazándonos por la vida probablemente con bastón pero con paso decidido y mirada con perspectiva, es imprescindible que se produzca una transformación radical de las relaciones de la sociedad con la vejez y también de cada una de nosotras con ella, para poder planificar ese larguísimo periodo de vida que nos situará al borde de los 100. A no ser que estemos dispuestas a vivir esta morterada de años con la moral por los suelos.

Desde mi modesto punto de vista, todo tiene que ver con la cantidad de autoestima de la que partimos que, en el caso de las mujeres, suele ser ínfima, gracias a nuestra socialización en la feminidad, la sumisión, la bondad, la belleza heterosexual, la complacencia y demás elementos insegurizantes con que hemos crecido y con los que convivimos día a día, aunque creamos que no.

Se da la paradoja de que con el paso de los años —y gracias a nuestra fortaleza interior y al empuje de quienes nos han ido dando alas a lo largo del tiempo— nuestra autoestima intelectual, moral, profesional, suele mejorar. Sin embargo, este hecho se suele producir más o menos al mismo ritmo y con la misma velocidad con que se desmoronan otros ámbitos de nuestra confianza y seguridad personal, fundamentalmente referidos al cuerpo.

Iniciado el período postmenopáusico —ese que Margaret Mead admiraba por la brillante energía que genera en las mujeres— a la vez que confiamos progresivamente en nuestro interior: nuestro criterio, nuestra mente y nuestra empatía; empezamos a mirar de forma cada vez más temerosa y desmoralizada nuestro embalaje exterior, de manera que la ira y la vergüenza nos interpelan ante el espejo.

No me parece un buen plan la idea de vivir la mitad de la vida (y estoy siendo amable) enfadadas con nuestro cuerpo, desmoralizadas, avergonzadas, mal en nuestra piel y, por si esto

Sesión doble

fuera poco, pidiendo perdón por existir, por querer estar ahí, por participar, por opinar, por desear. Por saber.

No podemos argumentar que este amplio periodo de tiempo por vivir después de la menopausia nos ha pillado por sorpresa, porque desde hace bastante sabíamos que —si las diosas nos eran propicias— íbamos a disponer de este tiempo en el que vamos a tener que tomar importantes decisiones. No, la menopausia no es el principio del fin, sino el inicio de la estación de la verdad, no lo perdamos de vista, mientras nos dedicamos a llorar la juventud perdida.

Atrás ha quedado la larga etapa de la obediencia femenina, de la heterosexualidad complaciente y consentidora y esa interminable lista de amabilidades que nos han hecho polvo —y pobres—. Los diversos y complejos mandatos de la feminidad nos han arruinado económica y moralmente, por múltiples y poderosas razones. Una de las más desmoralizantes tiene que ver con el imposible ideal y deber de la belleza al que, por cierto, la mayoría de las veces, ni siquiera nos hemos acercado. Ahora, agostadas, arruinadas, cansadas, tenemos que reinventarnos, cuando aún no tenemos demasiado claro el modelo al que adscribirnos, aunque sea grosso modo. ¿Qué tipo de vieja queremos ser? ¿Con qué recursos contamos?

A pesar de que mi pensamiento acerca del ciclo de la vida incluye la convicción de que nunca es tarde, lo cierto es que, si no ponemos pie en pared y tratamos de reconstruirnos desde el minuto en que seamos conscientes de ello, las cosas pueden ponerse difíciles. Por lo tanto, no nos queda más remedio que proyectar una vida a nuestro gusto, en la que vayamos desatando los nudos diversos que nos han constreñido desde niñas y empecemos a transitar por nuestra vida, la única de que disponemos, con la seguridad que nos proporcionan los vínculos y las redes que hemos ido tejiendo mientras remendábamos la vida de los demás.

A veces hay que plantearse un ultimátum, ahora o nunca. Las grandes decisiones han sido tomadas —y si no, a qué esperas—; el tiempo en que hemos vivido montadas en la noria imparable, solucionando los deseos y necesidades de los demás, puede ir quedando atrás. Ahora ha llegado el momento de escuchar la invitación de Adrienne Rich a tomarnos en serio, a valorar nuestra mente y nuestras producciones, a poner límites y no estar siempre disponibles, si queremos sanar, siendo agentes de nuestra vida y de nuestra sexualidad maltrecha.

Tomemos, hermanas, los años regalados como una deliciosa sesión doble de la que poder disfrutar con elegancia y libertad.



Pilar Parra Barrachina.
Bióloga y Terapeuta nutricional



Carme Valls-Llobet.
Médica. Directora Programa Mujer,
Salud y Calidad de vida. CAPS

“Pues los huesos, mejor que en un diario, registran nuestra historia como nadie”.

Juana Castro

Si la esperanza de vida por encima de los cincuenta se acerca ya a casi 40 años más y sigue dilatándose, ¿cómo hemos de preparar nuestros cuerpos, nuestros huesos y nuestras vidas, para no nos fallen en las etapas posteriores de la vida?

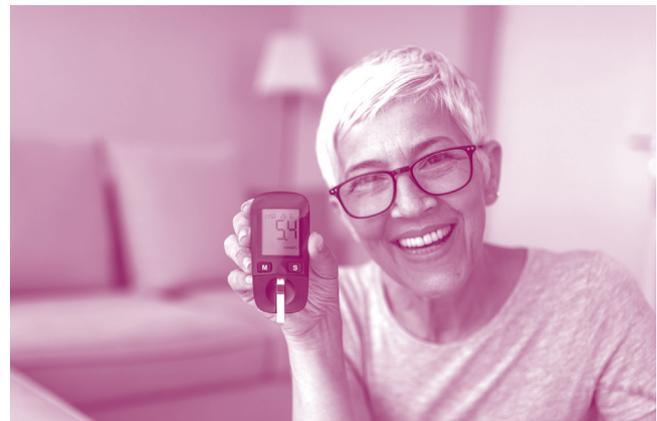
Empezamos a tener buenos estudios epidemiológicos sobre las causas de muerte prematura, que son las enfermedades cardiovasculares y el Cáncer de mama. En las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica con los infartos de miocardio y los accidentes vasculares cerebrales (AVC), el ictus isquémico o hemorrágico, son las primeras causas de mortalidad en todo el mundo. Y empezamos también a conocer cuáles son algunas de las causas de este predominio de mortalidad entre mujeres. Pero por desgracia la falta de ciencia de la diferencia no ha permitido profundizar suficiente en la prevención primaria, y por el contrario se medicaliza la prevención secundaria, tratando por ejemplo el exceso de colesterol con estatinas, en lugar de modificar las dietas y los estilos de vida. Nos proponemos recoger en este y posteriores artículos en la revista MYS, qué aspectos de prevención primaria están consiguiendo ya una buena evidencia científica, que puede pasar desapercibida, ya que los cambios de estilo de vida no son promocionados por ninguna industria farmacéutica ni cosmética.

Sin embargo, sabemos que, entre las causas de la mortalidad prematura por problemas cardiovasculares, la diabetes tipo II, la hipertensión arterial y la obesidad con pérdida de cintura son algunos de los principales problemas de salud a los que deberemos estar atentas y atentos, para realizar una buena prevención primaria. También la obesidad abdominal se ha relacionado con la tendencia al Cáncer de Mama en la postmenopausia, por lo que trabajar el cuerpo con el ejercicio y nutrición adecuada van a ser dos campos en los que cambiar hábitos de vida para evitar la mortalidad prematura.

Cómo dar buena vida a los años: preparándonos para una salud con calidad

Dada la importancia de la Diabetes tipo 2 como causa de mortalidad cardiovascular y de obesidad abdominal en las mujeres y dada la importancia de prevenir la osteoporosis y la artrosis que son causa de disminución de calidad de vida, vamos a explorar las posibilidades de prevención primaria de las dos entidades a partir de cambios en la alimentación.

EVITANDO CAER EN LA DIABETES TIPO II



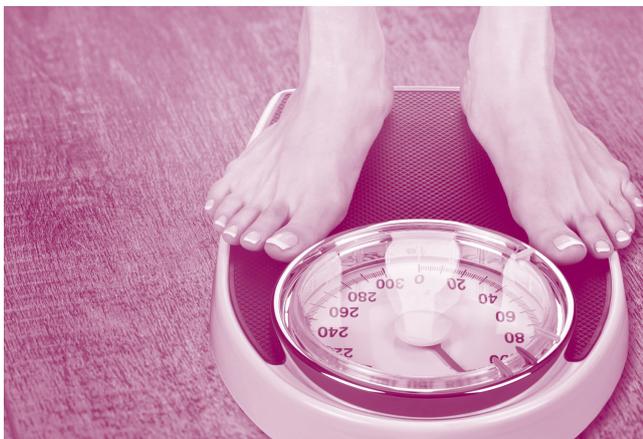
Entre los factores de riesgo cardiovascular, que son más frecuentes en el sexo femenino, queremos destacar la Diabetes Mellitus del tipo 2 (DM2) que se presenta también con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años relacionado en muchos casos con la obesidad. A nivel mundial se considera que hay una prevalencia entre población blanca del 3 al 6 % y a partir de los 50 años aumenta ente el 10 y el 15%. La mortalidad de la DM2, en España está entre la 3ª y la 6ª causas de mortalidad, aunque queda enmascarada en la mortalidad cardiovascular. El más importante predictor de diabetes fue el sobrepeso o la obesidad (61%). Otros factores de riesgo demostrados han sido la vida sin ejercicio físico vigoroso, fumar, dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares.

Como en otras áreas de la medicina, llama la atención la falta de datos diferenciados por sexos y por edades. Tampoco las

complicaciones están diferenciadas, sólo en algunos casos, por años de evolución desde el diagnóstico. Incluso en los datos del estudio UKPDS, el más importante en Europa sobre DM2, donde se valoran la disminución de las complicaciones de la diabetes 2 con los distintos tratamientos farmacológicos y con el control intensivo de la glicemia, además de interferir sobre los factores de riesgo, aparecen datos muy escasos diferenciados por sexos.

En los estudios de Diabetes diferenciados por sexos, la prevalencia de la DM2, es mayor en los hombres hasta los 49 años y a partir de los 50 es más prevalente en las mujeres. Dada la frecuencia de la presencia de Diabetes tipo II en mujeres mayores de 50 años, se ha desarrollado un conjunto de medicamentos, algunos de ellos de alto costo, para disminuir peso de forma rápida. Su eficacia es muy discreta si no se cambian los estilos de vida, y las formas de comer. Pero existe una información sesgada de que tomando medicación de costo alto se puede perder peso, sin cambiar hábitos de conducta y de alimentación, información falsa, ya que al interrumpir la medicación, se recupera el peso perdido, si no se han cambiado los hábitos.

La diabetes tipo II puede curarse perdiendo peso



Sin embargo, un artículo publicado en BMJ, cambió el criterio de medicalizar la Diabetes II. Aunque se había creído que la diabetes mellitus tipo 2 era una enfermedad irreversible y progresiva, los estudios publicados en los últimos doce años han aclarado los mecanismos que causan la diabetes, y que estos se pueden normalizar mediante una reducción energética que permita una reducción de peso de unos 15 Kgs. Alrededor de la mitad de las personas diagnosticadas de DM2, en los primeros 10 años tras el diagnóstico, sometidas a una restricción energética, pueden suspender toda la medicación antidiabética y volver al control del metabolismo de la glucosa de los no diabéticos, resultado que -hasta donde sabemos- no ha logrado ninguno de los medicamentos que tenemos en el amplísimo arsenal antidiabético. Sabemos que la acumulación de grasa en el hígado y el páncreas conducen en 10 años al desarrollo de la diabetes, y constituye un paso a la resistencia

de la insulina. Una pérdida de peso importante disminuye la grasa hepática, normaliza la sensibilidad a la insulina y disminuye hasta la normalidad la producción hepática de glucosa.

¿Cómo comer para corregir la tendencia a la Diabetes tipo II?

1. Dietas bajas en hidratos de carbono:

Se ha comprobado que el elemento de nutrición que contribuye más a la obesidad son los hidratos de carbono en sus diversas formas, pan, arroz, pasta y, naturalmente, bollería, dulces y pasteles. Una dieta muy baja en hidratos de carbono consiste en una ingesta diaria de 20 a 50 gramos por día; una dieta baja en hidratos de carbono consiste en ingesta de 50 a 130 gramos por día; y una ingesta moderada de 130 a 230 gramos por día.

2. Restricción dietética con estrategia diversas:

Aunque tradicionalmente se había preconizado el control de las calorías para adelgazar, se ha demostrado igualmente eficaz el ayuno intermitente en sus diversas modalidades. Si al ayuno de 14 horas sin comer y 10 comiendo, se le une un ejercicio físico moderado por la mañana antes del primer desayuno consistente, se acelera la pérdida de peso. Además, se ha visto que el ayuno intermitente puede tener otros beneficios sobre la salud y la longevidad.

3. Calidad de la dieta:

Se ha de tener en cuenta que el consumo de nutrientes no se puede separar del contexto sociocultural, ni de la temperatura ambiental del lugar de residencia. Por lo tanto, no se puede hacer una reducción drástica de los hidratos de carbono, y no tener en cuenta la ingesta de grasas saturadas y trans, o eliminar sin querer la ingesta de alimentos con fibra o los cereales integrales. Se ha preconizado la dieta mediterránea, la dieta paleo, pero en general lo importante es el predominio de proteínas y verduras para adelgazar, y reducir el consumo de frutas a dos piezas al día. La ingesta de carnes y lácteos enteros son excesivamente ricas en grasas, pero los lácteos fermentados (yogures y quesos) se asocian con disminución de diabetes II y las carnes grasas y ultraprocesados con el aumento de diabetes.

PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS Y LA ARTROSIS.

Se debe iniciar muy pronto en la vida de las personas, ya que hay factores de riesgo que pueden afectar la calidad y cantidad de masa ósea y cartilagos desde edades muy tempranas. Pero prevenir el deterioro de hueso y articulaciones supone continuar investigando en estos campos, y aunque se avanza en la tecnología y en la cirugía de la sustitución de articulaciones con prótesis, se ha investigado poco como podríamos realizar una buena prevención primaria.



¿Qué es la osteoporosis?:

La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad ósea. Esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas.

El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es mucho más grande que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir bruscamente después de la menopausia. La proporción de osteoporosis es de 4 mujeres por 1 hombre. Puede afectar al 30% de las mujeres de los países del norte de Europa y América. Pero hay que señalar que el 70% de mujeres no va a presentar osteoporosis. No son definitivos los estudios de población en España. También se presenta en hombres y mujeres que presenten enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea.

Existen dos tipos de tejido óseo: uno soportar mucho peso, como el tejido que rellena los huesos vertebrales; y el cortical que a modo de refuerzo de la corteza de un tronco, tapiza los huesos largos como los del fémur y los huesos de las extremidades.

¿Qué es la artrosis y la osteoartritis?

La artrosis altera la calidad de los cartílagos que son la base del buen funcionamiento de las articulaciones. Se desgastan con la edad y según el uso que hayamos dado a las articulaciones. Las y los deportistas de élite sufren más artrosis en las articulaciones con las que practicaron más competiciones en su juventud. Pero la manifestación más progresivamente dolorosa es la osteoartritis, que une inflamación y deformación de las articulaciones, y que se manifiesta con mayor intensidad en manos, pies y rodillas, que se deforman, se hinchan y generan nódulos de la parte distal de los dedos de las manos, denominados Nódulos de Heberden.

¿Qué tienen en común huesos y cartílagos, y los tejidos del cuerpo?

Una proteína denominada COLÁGENO. El colágeno como proteína estructural constituye una gran parte del tejido conectivo, particularmente en huesos, tendones, articulaciones y en la piel. Es la proteína más abundante en el cuerpo humano, y representa el 25% de la proteína corporal total. La estructura primaria del colágeno consta de aminoácidos. Principalmente está constituido por glicina (33%), prolina e hidroxiprolina (22%). La estructura secundaria está formada por cadenas aminoácídicas agrupadas en hélice con tres aminoácidos por vuelta. La trenza que nos sostiene.

El ser humano tiene 28 colágenos diferentes y 42 genes que codifican cadenas de colágeno. Algunos de los colágenos más abundantes forman fibrillas; otros forman extensas redes o tienen funciones más especializadas. Además, tiene una gran capacidad para unir moléculas de agua, ayudando a mantener el contenido adecuado de humedad en la piel durante el día, dando un aspecto más hidratado y suavizando nuestra piel. No solo es un humectante natural, sino que gracias a su capacidad de formar películas hace que se reduzca la pérdida de agua transepidérmica. También se ha demostrado que el colágeno acelera la cicatrización de heridas y ayuda a los tejidos a regenerarse. Hoy en día, se han caracterizado hasta 29 tipos de colágeno, sin embargo, más del 90% del colágeno en todo el cuerpo es de los tipos I al V, siendo el tipo I el más abundante. A continuación, se muestran los tejidos y órganos donde se pueden encontrar los tipos de colágeno más abundantes:

Colágeno tipo I: piel, tendón, vascular, ligadura, órganos, hueso.

Colágeno tipo II: cartílago.

Colágeno tipo III: fibras reticuladas. Vasos sanguíneos.

Colágeno tipo IV: forma la base de la membrana basal celular.

Colágeno tipo V: se encuentra en tejidos que contienen el tipo I.

Factores de riesgo para la osteoporosis

La masa ósea se forma y se destruye a diario. La formación depende de unas células denominadas osteoblastos y la destrucción de unas células denominadas osteoclastos. Su remodelación depende del ejercicio físico, del aporte de calcio, vitamina D y proteínas y, sólo en parte, del estado hormonal. Hasta la actualidad se había olvidado que la masa ósea va a depender en un 25 % de la cantidad y calidad del colágeno en nuestro organismo. Los estrógenos se han demostrado útiles para impedir la pérdida ósea rápida sobretodo después de la extirpación quirúrgica de los ovarios, pero no en la formación del hueso. La progesterona natural es una hormona osteogénica capaz de formar hueso desde los primeros momentos de la pubertad. El papel de la progesterona natural en la prevención de osteoporosis es una asignatura pendiente.

El tabaquismo es una de las primeras causa de osteoporosis en mujeres. Al fumar se producen cambios en la metabolización de los estrógenos producidos en los ovarios desde el momento en que se inicia el hábito. También existe un efecto tóxico directo sobre los osteoblastos. En mujeres fumadoras de un paquete diario se ha comprobado la pérdida de más de dos Desviaciones Standard incluso desde los veinticinco años, y esta pérdida no se puede compensar si no dejan el hábito tabáquico.

La vida sedentaria o la inmovilización forzosa reduce de forma significativa la masa ósea. El efecto del ejercicio físico moderado sobre la masa ósea es mejor si el ejercicio se inicia en etapas jóvenes de la vida. Sin embargo el ejercicio físico moderado mantiene la agilidad articular y la fuerza física necesaria para evitar obstáculos o para sortearlos. Muchas de las fracturas que se producen en la tercera edad son debidas a la falta de agilidad y podrían haberse evitado con una mejor preparación física.

El tratamiento de la osteoporosis cuando ya se ha establecido tiene en este momento un buen elenco de terapias a escoger. Al ser un problema tan extendido la investigación farmacéutica ha dedicado muchos esfuerzos en los últimos diez años para lograr fármacos que colaboren a aumentar la masa ósea. La Terapia Hormonal Sustitutiva no se ha demostrado eficiente más que para la mejora del hueso vertebral y sólo durante dos años después de la menopausia y sin ningún efecto claro sobre el hueso del fémur o hueso cortical y de las extremidades. Dado el riesgo que el tratamiento con estrógenos puede suponer para el cáncer de mama, no se recomienda la terapia hormonal como tratamiento de la osteoporosis.

¿Cómo compensar la pérdida de colágeno?

Por su función de sostén, elasticidad y resistencia, el colágeno es esencial para la salud global de las articulaciones: cartílago, tendones y huesos. Estudios realizados en humanos han concluido que la complementación con colágeno hidrolizado ayuda a mantener una buena salud articular. Se mejora la rigidez,

influye en el dolor, elasticidad, y puede afectar favorablemente a la calidad de vida. En 2009, 2008 y 2012 han tenido lugar estudios clínicos en humanos con efectos favorables, tanto con colágeno hidrolizado como con colágeno Tipo 2. En 2012 tuvo lugar otro estudio sobre el dolor en deportistas, con acción igualmente favorable. Se ha podido observar que después de la administración de colágeno hidrolizado marcado con isótopos, se observa un mayor nivel de hidroxiprolina e hidroxilisina en las articulaciones.

Para la buena utilización del colágeno ingerido es imprescindible que se acompañe de una ingesta adecuada de Vitamina C y magnesio y que el colágeno esté adecuadamente hidrolizado. La vitamina C es imprescindible para formar el aminoácido básico de del colágeno denominado hidroxiprolina, a partir de su precursor prolina.

Cuando más se descompongan las cadenas de aminoácidos más fácil es la absorción por el intestino humano, y por ello más importante que el origen del colágeno, bovino o marino, sea la forma en que se haya hecho la hidrólisis. Existen numerosos productos en el mercado con suplementos de colágenos, cuya eficacia y grado de absorción es difícil de asegurar, ya que, al ser productos de parafarmacia, no tienen obligación de demostrar sus cualidades.

El caldo de huesos

Por ello la mejor fórmula es el caldo de huesos, que podemos realizar en nuestras casas, como fuente de colágeno hidrolizado, con más hidrólisis cuantas más horas se hierva. Existen varias formas de realizarlo, pero hervir un kg de huesos de pasto o ecológicos, en tres litros de agua, verduras al gusto y dos cucharadas de vinagre de manzana durante casi 24 horas a fuego lento o en olla a presión, consigue una buena hidrólisis de los aminoácidos necesarios para formar colágeno.

La recomendación de ingesta de colágeno diario es de unos 10 grs al día del hidrolizado en polvo, cifra que se puede alcanzar con dos o tres vasos de caldo al día. Los colágenos en polvo suelen ser del tipo I, II y III. El colágeno no existe en la vida vegetal. Cuando se habla de colágeno marino se refiere al colágeno que procede de pescado. Una persona vegetariana deberá combinar legumbres con cereales, frutas y frutos secos para lograr la absorción de aminoácidos esenciales. Pero dada la importancia de la Vitamina C para formar la prolina, es importante recomendar la ingesta de alimentos ricos en Vitamina C en cada comida para todo tipo de modo alimentario.

En sucesivas revistas profundizaremos en aspectos concretos de la nutrición que nos dé vida a los años, sin olvidar que los cambios en la nutrición deben aunar la ciencia y el placer. Pensar en comidas gustosas, es también estimular las endorfinas, y este es un placer cotidiano y antidoloroso que debemos ejercitar.



María José Hernández Ortiz
Médica, quiropráctica

Ejercicio y actividad física: porqué moverte te puede cambiar el cerebro

Que nuestro cuerpo está diseñado para el movimiento lo demuestra el hecho de que nuestro esqueleto cuenta con 360 articulaciones movidas por más de 600 músculos. Aunque es cierto que muchas de esas articulaciones, como pueden ser las de la bóveda y la base del cráneo, tienen poca movilidad, las llamadas articulaciones de tipo sinovial, nos permiten un desplazamiento articulado por el espacio. Y si la forma condiciona la función y la función condiciona la forma, no nos quepa duda de que la única forma de mantener nuestras articulaciones sanas es a través del movimiento apropiado y adecuado.

De hecho, el cuerpo está continuamente en movimiento en su interior, vemos los movimientos respiratorios, oímos y sentimos los peristálticos y palpamos los latidos del corazón y no nos cuesta demasiado imaginar la circulación de la sangre o el movimiento evacuador de nuestros riñones. Más difícil de percibir pero presente, es la vibración continua de todas nuestras células, parece que resonamos a 28 hercios y emitimos ondas que pueden ser leídas con un ECG o en un EEG. Está claro que el movimiento es vida. Es difícil imaginar la vida sin movimiento.

El sistema articular de las humanas es tan polivalente que nos permite sostenernos, movernos en multitud de planos y ángulos y desplazarnos en el espacio por medio de un sofisticado sistema de poleas, tendones y bisagras. Las teorías de la tensegridad tienen hermosos ejemplos en cómo se coordinan nuestras partes corporales en el movimiento. Este conjunto articular nos concede la posibilidad de realizar un sinfín de movimientos como el andar, correr, alcanzar, trepar, saltar, lanzar, reptar, tirar, empujar, subir, bajar...etc que son los movimientos que nos han acompañado hasta llegar aquí como especie.

Pero fue mucho antes todavía cuando se originó la necesidad de moverse para alimentarse. Ocurrió que al poco de salir de la sopa primigenia hace muchos millones de años, algunos organismos optaron por desarrollar un sistema de nutrición que los ataba al lugar (vegetales) o comenzaron a moverse para conseguir alimento (animales). Desde entonces y hasta hace poco más de un siglo, la vida de las personas como seres biológicos, era la de un movimiento continuo ya que cualquier función, hasta la más básica, como beber un vaso de agua, implicaba serios desplazamientos y esfuerzos. En cambio ahora, solo tenemos que estirar un brazo.



Si el movimiento es inherente a la evolución y por ello a la evolución humana, la vida moderna atenta directamente contra lo que nos ha hecho humanos: el movimiento. La mayor parte de la gente, cajeras, oficinistas, dependientas, gente mayor, adolescentes... tiene unas rutinas diarias en las que apenas se mueven, lo que ha llevado a la creación de un diagnóstico nuevo: el sedentarismo, la enfermedad de nuestra era. Ya está demostrado e incluso cuantificado que el estar demasiado tiempo sentada acorta la esperanza de vida. Según la OMS el sedentarismo constituye la cuarta causa de muerte, globalmente representa 3,2 millones de muertes al año. Hasta las criaturas han cambiado sus lesiones tradicionales fruto de caídas, golpes y restregones propios de su edad, por las lesiones relacionadas con los movimientos articulares repetitivos como se solía ver en mecanógrafas, trabajadoras en línea y manuales.

En España según estadísticas, hasta el 42% de las personas en general reconocen que no hacen ningún tipo de ejercicio. Según un estudio el 80% de los adolescentes en edad escolar en

el mundo no tienen un nivel de actividad adecuado, de ellos el 85% de las niñas frente al 78% de los niños, hacen menos de 60 minutos de actividad física a la semana. Las cifras sólo son un poco inferiores en España, que adolece igualmente de falta de movimiento en los adolescentes lo que demuestra que, entre otras cosas, no estamos sembrando hábitos para el futuro. La falta de movimiento adecuado conduce a la pérdida de masa muscular y a la degeneración articular. El músculo que sin el adecuado mantenimiento comienza a perderse alrededor de los 30 años, a su vez contribuye a la degeneración articular. La pérdida de músculo se acompaña, por razones neurológicas, de mayor tono muscular, lo que contribuye a la rigidez articular y a su hipomovilidad, estableciéndose un círculo infernal que en algún momento se deja de poder romper.

La sarcopenia, la pobreza de músculo debido a la atrofia por falta de uso, es una de las causas de discapacidad prevenible más importante en las edades avanzadas y el mantenimiento del músculo una condición sine qua non del de un envejecimiento saludable. La pérdida de fibras musculares, el mayor tono y rigidez del músculo confieren a muchas personas mayores su característico aspecto al deambular: lentitud, paso corto, acortamiento de isquiotibiales y actitud en flexión. La falta de trabajo muscular aumenta la apariencia de envejecimiento.

La pérdida de músculo, la inflamación y la degeneración articular, van acompañados de dolor músculo esquelético, uno de los problemas de salud más importantes globalmente, especialmente entre las mujeres, como sabemos.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO

Ya es un secreto a voces que en el contexto de la vida que llevamos necesitamos movernos más. Hacemos ejercicio para mover el corazón (ejercicio aeróbico), para mover todas las articulaciones en su rango completo y para fortalecer de forma armónica todos los músculos responsables del movimiento de cada articulación. Un buen movimiento articular es absolutamente necesario si aspiramos a vivir con salud y calidad de vida.

Hay muchísima investigación científica en lo que se refiere a la influencia del ejercicio en la función física, la función cognitiva, en la disminución del riesgo de enfermedades crónicas, el aumento de salud psicológica, la menor depresión o el aumento del bienestar. Los beneficios clínicos del ejercicio probablemente proceden de múltiples vías biológicas por eso son tan variados. Una de las probables vías protectoras del ejercicio tiene que ver con la mejoría del estado oxidativo y la disminución del acortamiento de los telómeros de los cromosomas, fenómeno reconocido como asociado al envejecimiento. Se ha demostrado que el ejercicio aeróbico mantenido durante 6 meses ayuda a conservar la longitud de los telómeros, com-

probándose mayor longitud de los telómeros en personas que se han mantenido activas a lo largo de la vida comparadas con las que no. Se habla de una reducción de la mortalidad de hasta 5 años.

A continuación las mejores evidencias científicas en lo que se refiere a los beneficios del ejercicio físico¹:

Evidencias fuertes:

disminuye el riesgo de muerte precoz, enfermedad CV, infarto cerebral, diabetes tipo 2, HTA, dislipemias, S. metabólico y cáncer de colon y mama. Previene el aumento de peso y mejora el riesgo CV (junto con buena dieta) Reduce la depresión y mejora la función cognitiva en mayores.

Evidencia de moderada a fuerte:

mejora la salud funcional en mayores y reduce la obesidad abdominal.

Evidencia moderada:

Mantiene el peso, disminuye el riesgo de fracturas de cadera, aumenta la densidad ósea, mejora la calidad del sueño y reduce el riesgo de cáncer de pulmón y de endometrio

BENEFICIOS DE EJERCICIO EN LA SALUD MENTAL

Muchos factores impactan en la salud mental, incluido el estilo de vida. El comportamiento sedentario es sin duda es un factor de riesgo reconocido de depresión. El ejercicio mejora el estado y la salud mental en casos de depresión y ansiedad. Se recomienda una actividad de moderada a vigorosa para mejorar la salud mental y evitar la aparición de trastornos depresivos mayores.

Ejercicio y cognición

El efecto beneficioso del ejercicio físico sobre el organismo es incluso mayor con la edad. Se reconoce que el ejercicio es uno de los factores modificables con mayor impacto y realiza una contribución clave para el envejecimiento saludable, con beneficios tanto en la función física como cognitiva. El impacto en la cognición se ejemplifica con estos datos: 4,13 millones de casos de AD en el mundo están relacionados con la inactividad. Una reducción del 25% en la prevalencia de inactividad podría evitar 1 millón de casos en el mundo.

Nos explica su posible patogenia un interesantísimo artículo de la revista *Reviews in the Neurosciences* publicado en el año 2020². Se postula, tras la revisión de más de 200 artículos, que la cognición y el movimiento mantienen una relación estrecha y que ambos comparten mecanismos fisiopatológicos comunes. Vemos en el envejecimiento normal que ambas funciones sufren un deterioro paralelo, pero para los autores del artículo son las enfermedades neurodegenerativas las que nos iluminan mejor a la hora de entender los mecanismos fisiopatológicos compar-



tidos por ambas funciones. Es una realidad que las enfermedades neurodegenerativas raramente son puramente motoras o cognitivas, sino que ambos trastornos se asocian en la mayoría de ellos, sobre todo en los trastornos más comunes como la Enfermedad de Alzheimer (AD) y la Enfermedad de Parkinson (PD). Las enfermedades neurodegenerativas al parecer comienzan con un daño en la sinapsis (sinaptopatía). Se piensa hoy en día por tanto que las sinaptopatías o enfermedad de la sinapsis, es el sustrato de las enfermedades neurodegenerativas, es decir, al parecer el daño sináptico es uno de los primeros cambios que ocurren en la enfermedad. Es de extraordinario interés saber que esa disfunción sináptica que ocurre en los estadios iniciales de la enfermedad neurodegenerativa son un problema funcional que podría ser reversible con las intervenciones neuroprotectoras adecuadas, como el ejercicio.

La sinapticidad y el movimiento tienen una relación bidireccional. Al parecer el trabajo del sistema motor inicia una serie de procesos que directa o indirectamente apoya la "salud" sináptica del cerebro por medio de un efecto neuroprotector. En modelos experimentales de ratones con AD y PD se ha demostrado el beneficio del ejercicio físico a la hora de retrasar la aparición de síntomas de neurodegeneración. También la experiencia clínica con pacientes en estadios iniciales de la enfermedad neurodegenerativa ha demostrado así mismo el papel protector del ejercicio. En Alzheimer se demuestra entrecimiento del declinar cognitivo, mejora la capacidad funcional, mejoría de la memoria con reducción de la atrofia del hipocampo y mejora las actividades de la vida diaria. Cuanto más pronto se comience con el ejercicio mayores ventajas y más duraderas.

De lo observado en enfermedades neurodegenerativas podríamos fácilmente extrapolar los efectos beneficiosos que el ejercicio aporta a nuestro cerebro normal previniendo o aminorando el declinar cognitivo asociado a la edad. Sin duda el movimiento tiene una influencia directa en nuestra función cognitiva, estado de ánimo y funcionamiento en general del cerebro.

¿Cuánto ejercicio es necesario? ¿Cuánto ejercicio es suficiente?

La mínima cantidad de ejercicio para tener beneficios en salud importantes según guías de la OMS³, es de 2 horas y 30 minutos a la semana (130 minutos) de ejercicio aeróbico moderado, como es una caminata enérgica de 45 minutos 3 días por semana, junto con rutinas de fortalecimiento dos días por semana.

El desarrollo de la fuerza muscular y de resistencia debe ser progresivo y es importante para ayudar a prevenir la pérdida de densidad ósea y la masa muscular. Como hemos comentado, al menos dos días por semana se debería hacer trabajo de fortalecimiento muscular de los principales grupos musculares. A partir de aquí, mayor actividad conlleva beneficios en salud adicionales y mejor forma física. Por ejemplo es más recomendable realizar **1 hora diaria de ejercicio al menos 6 días por semana** de tipo:

aeróbico: andar, bailar: bailad!

resistencia: pesas, llevar bolsas de la compra

estiramientos, tono y equilibrio (Yoga, taichí, Qi Gong)

Es además recomendable realizar **estiramientos musculares** para mantener la flexibilidad al menos **10 minutos dos días por semana**.

Para reducir el riesgo de caídas y lesiones relacionadas, las personas mayores deberían realizar ejercicios de equilibrio para mantener o mejorarlo, así como otras medidas preventivas.

Sería ideal realizar un plan personalizado, especialmente en personas que comienzan a hacer ejercicio de mayores o sufren de enfermedades relacionadas con la edad. El ejercicio puede ser tan intenso como se quiera, depende de los objetivos que cada uno se plantee.

Ya lo decía Platón, la falta de actividad destruye la buena condición de cualquier ser humano, el movimiento y el ejercicio físico la preservan. Y si lo que nos ha hecho llegar hasta aquí como humanas es el movimiento, no cabe duda de que nos debería acompañar en el futuro de la evolución.

Y sobre todo hay un argumento que brilla por encima de todo los demás, incluida la ciencia: cuando nos movemos bien, nos sentimos bien.

Bibliografía

- 1- Physical Activity Guidelines for Older Adults . BASSEM ELSAWY, MD, and KIM E. HIGGINS, DO, Am Fam Physician. 2010;81(1):55-59, 60-62.
- 2- The continuum between neurodegeneration, brain plasticity, and movement: a critical appraisal . Tommaso Schirinzi, Marco Canevelli, Antonio Suppa, Matteo Bologna and Luca Marsili. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2020-0011>
- 3-Integrated care for older people. WHO Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity . 2017



Rita Gavarró
Periodista, profesora de
danza y activista feminista

Mas Gaia vivir con mis amigas y bailar



Mi proyecto se llama Mas Gaia y estamos al ladito de Tarragona. Mi casa, mi proyecto, nuestro proyecto.

Aquí llegué hace 6 años, a punto de cumplir 60. Buscaba un lugar donde vivir y formar comunidad.

Yo soy de tribu. Vengo de familia numerosa y cuando vivíamos en familia con el padre de mis hijos (también de familia numerosa), y mis hijos, nunca fuimos un ejemplo de familia nuclear. Por casa siempre pululaban amigos, visitas, estudiantes y, por si fuera poco, nos encantaba una fiesta. No me podía imaginar a mí misma, de mayor, viviendo sola.

Y encontré una casa cerca del mar y de mi playa favorita. Al momento de entrar supe que éste era el sitio. Una finca suficientemente grande para acoger en realidad dos proyectos. Uno, la creación de una comunidad de personas que queríamos vivir juntas y el otro, un espacio de acogida de grupos para hacer talleres de danza, yoga, crecimiento personal, etc. Porque la danza es una de mis caminos de vida.

Un poco antes había asistido a algunas reuniones de proyectos de *cohousing* pero ví que era importante compartir valores y experiencias previas. Además soy de temperamento impaciente y la cosa iba para largo. Me tiré a la piscina sin pensármelo mucho. Compramos la finca con muchas ayudas terrenales (amigas, exmarido, familia y bancos) y algunas ayudas mágicas. Con personas implicándose, ayudando y otras diciéndome que estaba loca de complicarme la vida a mi edad (uff).

¿QUÉ HA PASADO EN ESTOS SEIS AÑOS?

Pues ha pasado que otras mujeres se apuntaron a la aventura, una amiga de la infancia, otra de hace unos años, otras nuevas (a través de la Red Caps, por cierto), y otras que forman una segunda red en la que siento ese apoyo de muchas maneras.

Ya ha habido movimiento; una marchó; una murió y alguien está llegando.



No ha sido un camino de rosas. Han aparecido obstáculos que hemos ido salvando con imaginación y creatividad. Desde el principio

tuvimos claro que necesitábamos una supervisión, una coach, y encontramos una maravillosa, Sonia J. Cook, que nos ha ayudado tanto, a mí, como líder del proyecto y a la comunidad, con talleres preciosos.

Y éstos son los valores que compartimos y nos mueven: La **alegría**, que nos lleva a una actitud positiva ante la vida favoreciendo el sentido de pertenencia y una convivencia sana.

El **cuidado**, cuidamos con amor de nosotras, de las otras personas, de los animales, de las plantas, de nuestro espacio y de nuestro entorno de manera sostenible, de la salud física y emocional, de la alimentación y el ejercicio físico.

La **creatividad** como camino de autoconocimiento y placer. Y queremos un espacio abierto a nuevas tendencias, experiencias artísticas y intercambios.

La **consciencia**, que significa vivir con presencia y dar sentido a aquello que hacemos favoreciendo el crecimiento personal y el crecimiento espiritual, sea cual sea.

La **comunicación asertiva**, una herramienta muy valiosa en nuestras reuniones y convivencia, y el feminismo, reconocemos la lucha de las mujeres que nos han precedido y queremos hacer una isla feminista. Y en este camino contamos también con los hombres aliados que se cuestionan el sistema patriarcal.

¿QUÉ QUEREMOS?

Queremos vivir juntas, cuidarnos las unas a las otras, cuidar de nuestra salud de muchas maneras, danzando, cantando, dándonos masajes, celebrando, riendo, creciendo con los conflictos que aparecen. Este es un espacio de libertad dónde poder llevar a cabo nuestros sueños y honrar a aquellas mujeres, nuestras madres y nuestras abuelas, nuestros linajes en fin, que no pudieron ser lo que querían ser. A mi abuela, por ejemplo, que quería ser maestra y su padre se lo prohibió porque, según él, las maestras cogían la tuberculosis.

Una isla feminista, eso queremos. El simple hecho de vivir juntas ya cuida de nuestra salud. Poder compartir nuestras preocupaciones, reírnos, celebrar, abrazarnos, discutir a veces y reconciliarnos. Hablar, hablar y hablar.

Danzar, pasear... bañarnos en el mar. Hacernos un caldito o una infusión cuando estamos flojas. Darnos el tiempo que necesitamos para procesar lo que nos va pasando. Acompañarnos cada una en su etapa de vida ,con sus luces y con sus sombras.

Hasta ahora hemos vivido en la misma casa pero ahora ya terminó la construcción de unos espacios privados , con baño y cocina , y empezamos una nueva etapa. Tendremos que revisar, hacer asambleas, qué nos conviene y qué no, siempre con el mínimo de obligaciones y ataduras.

Ésta es una aventura apasionante en la que nos descubrimos nuevos talentos y construimos mundos diferentes. La creatividad está muy presente. No tenemos modelos de convivencia anteriores y debemos inventar, inventarnos. En el pueblo donde vivimos no entienden muy bien qué hacemos. Mujeres maduras viviendo juntas. Damos diferentes explicaciones si nos preguntan, según nos pille. Y nos reímos mucho con todo eso. Pero , eso sí, procuramos cultivar buenas relaciones con el entorno y hacer que nos conozcan cómo somos.

Ahora mismo ya siento que éste es mi lugar y no me veo viviendo en otro sitio. Un lugar donde recomponernos, donde jugar, donde divertirnos, donde llorar, donde bailar. Vivir con mis amigas y bailar. Así imaginaba yo mi vida de mayor.

Si te apetece conocernos, puedes participar en alguno de nuestros talleres o celebraciones.



Todo esto pasa en Mas Gaia,
en La Riera de Gaià, en Tarragona.
www.masgaia.com

HOMENAJE



En la madrugada del día 7 de abril de este año 2022, la muerte sorprendió, en Jaén, a **Pilar Rallo Giménez**, médica ginecóloga, que formó parte de esta Red desde sus comienzos.

Esa mañana tenía una cita para verse con sus amigas, en la que su "ausencia" fue "presencia".

Una de ellas, M^a Dolores Nieto Nieto escribió este poema a los pocas horas de su "partida".

Siempre en nuestro recuerdo.



A LA VIDA DE UNA AMIGA

*Temprano madrugó la madrugada,
para marcharse por los senderos del tiempo con Pilar,
La amiga atenta y cuidadora
La compañera feminista comprometida y generosa
La doctora sabia y de buenos remedios
La conversadora inteligente y reflexiva...
Y sobre todo, nuestra queridísima amiga.
Por eso se queda aquí entre nosotras, junto a nuestros afectos.
Caminando junto a nuestro compromiso
en la próxima manifestación.
Iluminando el mejor remedio para la salud.
Conversando las tardes de domingos con sol
y las mañanas de lunes con desayuno de risas
y sueños nuevos.
Caminando el paisaje serrano los días de primavera
...y también los otoños y los veranos.
Bajo la sombra de las encinas que plantamos
aquel noviembre en los alrededores de Jaén
Sonriendo junto al cerezo en flor de la Sierra Sur
Acompañando la esperanza de una joven madre
y el grito de vida del recién nacido
Cantándonos una canción a dúo con el susurro de un viento dorado
que trae recuerdos de juventud y sueños de libertad desde Aaiun
También, ¿Por qué negarlo? En el nudo de nostalgia
que nos anudará la garganta
cuando la soledad te eche de menos y te reclame
para una nueva cita
¡Hasta siempre queridísima!
¡Gracias, por tanto!
Gracias por la luz de tu vida compartida
y el regalo de tu amistad.*

Belén Nogueiras, un orgullo para la RedCaps

Belén Nogueiras García gana el I PREMIO
MEJOR TESIS DOCTORAL DE
FEMINISMO Y/O GÉNERO DE LA UCM
"La teoría feminista aplicada al ámbito de la
salud de las mujeres: Discursos y prácticas
(España, 1975-2013)"



Entregan el premio Isabel Tajahuerce Ángel,
Delegada del Rector para Igualdad, y Luis Suárez
de Lezo, Vicepresidente del Consejo Social.

Miércoles, 18 de mayo 2022
A las 10h
Pabellón de Gobierno UCM

Belén Nogueiras entiende la salud como una herramienta fundamental para alcanzar la igualdad.

Es feminista, psicóloga y ha trabajado en el Observatorio de la Salud de las Mujeres.

Ha dedicado su vida laboral a entender de dónde vienen los malestares de las mujeres y a construir sistemas de atención pública con perspectiva de género.

Con esta investigación argumenta y demuestra que el feminismo es la vía para que la atención sanitaria a las mujeres sea completa y eficaz.



Foto : Jesús de Miguel



LA MATERNIDAD INCOMPRENDIDA

Ibone Olza
Editorial Vergara

La trayectoria profesional y científica de la Dra Ibone Olza, especialista en psiquiatría infanto-juvenil y perinatal, cofundadora de El Parto es Nuestro, ha enriquecido desde sus libros y publicaciones científicas, una de las etapas de la vida de muchas mujeres, la gestación y las primeras fases de la vida, invisible, incomprendida y culpabilizada.

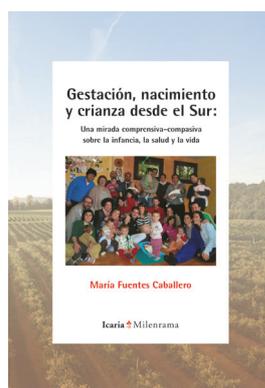
El libro *Palabra de Madre* parte de una experiencia íntima, personal, sobre sus contradicciones e indecisiones, sobre "comprender a la madre que fui y a la que ahora soy, con la esperanza de que tal vez sirva para entender y cuidar mejor al resto de las madres".

Crítica la desvalorización progresiva de la maternidad en la sociedad patriarcal, que es vivida con gran incomprensión social, sin recursos ni soporte, con desprecio laboral, hay que esconder los bebés y no mostrarlos, y con la sensación de culpa constante por no poder compatibilizar los horarios del trabajo y la crianza. Gestar es un trabajo que debería estar remunerado, pero en cambio sólo las sociedades nórdicas, han desarrollado políticas públicas de soporte real a las mujeres que optan por ser madres. El libro es una experiencia de vida, que fluye y penetra en nuestro interior, porque nos lo cuenta en primera persona, y a veces nos parece estar en una novela de tintes terroríficos, cuando vemos cómo se puede violentar el cuerpo y la mente de una mujer, desde la relación de poder en el acto médico-sanitario.

Reivindica la empatía entre comadres y mamíferas, y no esconde las cicatrices que han dejado en su cuerpo la mala praxis y las cesáreas. Me gusta especialmente cuando habla de enmadrar, dada la gran cantidad de mujeres a las que han robado la ternura, por parir y criar en soledad.

Este libro nos permite comprender nuestras propias vivencias y entender las motivaciones de una de las mejores neurocientíficas perinatales a nivel internacional, y compañera de la Red Caps.

Carne Valls



EL REGALO DE LA VIDA

María Fuentes Caballero.
Ed. Icaria Milenrama

El libro de la doctora María Fuentes Caballero nos propone que respetemos, conozcamos y cuidemos la vida, y las vidas que gestamos, como si de un gran regalo se tratara.

De hecho, la vida en sí misma ya es un gran milagro, y es nuestra riqueza como seres humanos. Redescubrirla "desde los ojos, el alma y el cuerpo de una criatura", puede ser una loca aventura, de los que se atreven a recorrer el camino de la gestación, el nacimiento y la crianza. La importancia de las relaciones que se establecen en los primeros años de las vidas deja una profunda huella en la capacidad de sentir y amar y en los malestares de la vida adulta. La autora nos muestra su profunda experiencia adquirida en acompañar a muchas mujeres, a muchas madres y padres, a lo largo de años de trabajo, resolviendo las dudas, los conflictos que se les presentan ante el camino desconocido de la crianza. El libro se mueve entre el terreno de lo concreto, de los recursos prácticos para los momentos, de crisis, de infecciones, de entuertos, que no se encuentran en los tratados académicos de medicina, pero analiza también cómo salir de un postparto difícil, y cómo aprender a gestionar la salud familiar.

Crítica con el sobrediagnóstico y el sobretratamiento disfrazado de prevención, enseña a abrir espacios para crear una verdadera sanación familiar, que conlleva "redescubrimos y curarnos de nuestras propias heridas ocultas y olvidadas". Educa a las y los profesionales de la salud materno-infantil a cómo acompañar, sin invadir, sin avasallar el proceso delicado en que el amor hacia las nuevas criaturas se transforma en energía, que aprovecha todos los recursos naturales a su alcance, y construye barreras contra la manipulación de una medicina demasiado tecnificada. Buena sabiduría destilada que nos llega desde el Sur.

Carne Valls

MUJERES QUE CUIDAN Y LIMPIAN: POR FIN UNA LEY DE EQUIPARACIÓN



El 90% del sector de la limpieza lo realizan mujeres: ya sea en hoteles, o en lo que llamamos trabajo doméstico en domicilios y también en residencias. Trabajos poco reconocidos, en malas condiciones, sin derechos, pero eso sí, IMPRESCINDIBLES.

En algunos ámbitos, como el de las trabajadoras internas en domicilios, en donde hay muchas mujeres inmigrantes, las condiciones de trabajo aún son peores. Ahora se anuncia una normativa sobre la igualdad de trato de las empleadas domésticas con el resto de las trabajadoras: derechos tan básicos como vacaciones, descansos, desempleo o cobro de indemnización por despido.

Las trabajadoras del hogar pasarán del actual Sistema Especial de Trabajadoras del Hogar, al Régimen General de la Seguridad Social.

Un avance importante.

DONA, VOSTÉ NO TÉ RES (MUJER, USTED NO TIENE NADA)



Eva Martínez Corcuera y Anna Marqués nos presentan un documental cuyo título ya lo dice todo: "Dona, vostè no té res". Esta frase, que los profesionales sanitarios dicen a las mujeres cuando van a la consulta: "mujer, usted no tiene nada", resume maravillosamente la falta de escucha, de atención y el sesgo de género que existe en la medicina, asistencial y de investigación.

Las mujeres son infradiagnosticadas, porque un infarto, por ejemplo, no siempre presenta los mismos síntomas que los hombres, pero cuando se las escucha se hace desde una visión machista, aquello que es sintomático en varones. No es ninguna broma, porque las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en las mujeres.

Sufren violencia obstétrica, toman antidepressivos innecesarios porque esta otra frase de "eso son nervios", se utiliza como diagnóstico para medicalizar.

En el documental, en catalán, ya que está producido por TV3, la televisión pública catalana, hablan mujeres como pacientes, activistas, políticas, profesionales sanitarias (entre las que está Carme Valls) y juristas, desde sus propias experiencias.

<https://www.ccma.cat/tv3/sense-ficcio/el-biaix-de-genero-en-la-medicina-a-dona-voste-no-teres/noticia/3146294/>

<https://www.youtube.com/watch?v=fP501lhMvIc>

VALPROATO: A JUICIO POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS



Por primera vez en España, una sentencia judicial establece una relación causa-efecto entre la administración de un fármaco antiepiléptico, el valproato de sodio (Depakine) y las malformaciones congénitas y trastornos del espectro autista que han sufrido tres adolescentes nacidos entre 2003 y 2007, cuyas madres tomaron este medicamento durante el embarazo.

La sentencia considera que el laboratorio Sanofi, productor del fármaco, no informó hasta el año 2015, de los efectos secundarios del fármaco durante el embarazo, cuando existía abundante evidencia científica publicada desde los años 2000.

Según el fallo judicial, el ocultamiento de los datos conocidos "privó a los profesionales prescriptores y a las consumidoras de conocer que el valproato sódico causaba malformaciones congénitas a más del 10% de los hijos/as [...], problemas de desarrollo cognitivo en un 30%-40% de los nacidos y un riesgo de sufrir trastornos del espectro autista entre tres y cinco veces superior al normal".

La Asociación de Víctimas por Síndrome de Ácido Valproico, ha anunciado la intención de recurrir.

Se calcula que los efectos secundarios pueden afectar a unas 3.000 personas. Actualmente, el prospecto del fármaco reconoce que NO se debe administrar durante el embarazo.

Suscríbete para que podamos continuar



¡Síguenos!
www.matriz.net

/Revista-MYS
 /MySrevista

MYS MUJERES Y SALUD **Suscripción por 1 año (2 números): 20€ (IVA incluido)**

Envíanos un mensaje a: suscripcionesmys@gmail.com y te enviaremos un formulario de suscripción para recibir nuestra revista.

Con la colaboración de:

