

Dossier

Trabajo y salud con ojos de mujer

Entrevista. Silvia Federici. "La lucha feminista es para cambiar el mundo".
Medio Ambiente y Salud. Los bisfenoles y la salud de las mujeres.
Vientres en alquiler. La durísima experiencia de gestar para otros.
Salud mental. Análisis, con perspectiva de género, de un servicio de urgencia psiquiátrico.
Salud sexual y reproductiva. La endometriosis en España.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi
(Directora)
Lourdes Durán Ramírez,
(Co-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 Farrè, Anna
Fuentes Caballero, María
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. 93 322 6554
e-mail: caps@pangea.org
Web: <http://mujeresysalud.es>

Diseño y maquetación

Mercè Soler

Impresión Impremta Pagès

Van Planas, s/n - 17160 Anglès

Depósito legal: B 16354-2017



Centre d'Anàlisi i
Programes Sanitaris

sumario

- 3 **Editorial.** Todas, a por todas.
- 4 **Homenaje.** Lourdes Duran. Consejo redacción MyS
Nuestra Carme Valls. Leonor Taboada y Olga Fernández Quiroga
- 5 **ON.** A Carme Elias. Olga Fernández Quiroga
OFF. Berta Domínguez, médica tetrapléjica. Lourdes Durán Ramírez
- 6 Urgencias de salud mental con perspectiva de género. Marga Sáenz-Herrero, Ana Santorcuato,
María Recio-Barbero, Amaia Bacigalupe i Rafa Segarra
- 9 **Historias clínicas de salud mental.** Eres todo para mi. Olga Fernández Quiroga
- 10 **Entrevista.** Silvia Federici. Lourdes Durán Ramírez
- 13 Las mujeres no son objeto de comercio. María Durán i Febrer
- 14 Explotación reproductiva: la durísima experiencia de gestar para otros. Ibone Olza
- 17 Wikimujeres/ viquidones, unidas para escribir la Wikipedia. Ester Bonet
- 18 **Cosas que pasan.** La mirada de las otras. Margarita López Carrillo
- 19 Los bisfenoles y la salud de las mujeres. Dolores Romano Mozo
- 21 La endometriosis en España. Enriqueta Barranco Castillo y Marina Mazheika Mazheika
- 23 Menopausia, medicalización y comunicación: su presencia en youtube. Noelia Garcia Toyos
- 25 Cuando la evidencia cae. Mónica Molner Andrés
- 27 Las madres del Sindicat de mares en la diversitat funcional: necesitamos recursos no
ansiolíticos . Montserrat Roca Roger
- 28 Homenaje a Pep Martí Valls. Olga Fernández Quiroga
Dossier. Trabajo y salud con ojos de mujer
- 29 Salud y trabajo un elemento esencial de la salud pública . Lucía Artazcoz
- 31 Salud laboral con perspectiva de género. María Carme Catalán Piñol
- 33 Doble presencia, una realidad que es posible transformar. Neus Moreno Saenz
- 36 Ciclo menstrual, salud reproductiva y trabajos. Carme Valls Llobet
- 38 Trabajo y sueño: realidades y buenas prácticas. Diana Ramos y Noémia Loio
- 41 **Homenaje.** Maria Mies, voz del ecofeminismo. Lourdes Durán
- 43 **MyS Libros**
- 44 **Minidosis**

PORTADA: Nuestro agradecimiento a Mercè Soler por cedernos la imagen de su obra "paraules"
para ilustrar la portada de esta edición.

PUBLICACIONES

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE
9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.
10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.

11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.
13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.
15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.
16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.
18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.
19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.
20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.
21 LAS MUÑECAS no tienen laregla, pero las mujeres Sí.
22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE

LA INDÚSTRIA?
23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!
24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.
25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN
26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS
27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO
29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR
30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS
31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA
32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE
33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA
34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA
36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR
37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA
38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
39 CUANDO LA VIDA SE ACABA

40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS
43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA
44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR
45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA
46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO
47 VIOLENCIAS INVISIBLES A PLENA LUZ
48-49 PALABRAS DE ABUELAS. ESPECIAL COVID-19
50 NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS...HOY
51 CUIDEMOS A QUINES NOS CUIDAN!!!
52 QUIÉN LE TEME A LOS 50?
53 MUJER VIDA Y LIBERTAD

TODAS, A POR TODAS

La violencia contra las mujeres es tan estructural que se ejerce desde las palabras hasta los hechos, como hemos visto y estamos viendo después de las últimas elecciones en España, pero también en Grecia, Polonia y Hungría. La derecha y la ultraderecha por una parte proclaman que no existe la violencia de género, y con la mano política suprimen las regidurías, o las consejerías de igualdad, de los ayuntamientos y gobiernos autonómicos. Parece que su único programa de gobierno sea borrar a las mujeres, borrar a la mujer de todos los lugares donde se había podido hacer visible, por sus propuestas de cambio y por haber hecho evidentes las desigualdades sufridas.

Siendo respetable con la defensa de todo tipo de familias, las mujeres se han visto separadas, aisladas, sometidas, encerradas en las cocinas particulares y enmudecidas y, en muchas ocasiones, violadas por los patriarcas desde los tiempos en que la humanidad dejó de ser nómada y los patriarcas empezaron a poseer la tierra. Querían asegurarse de que sus hijos (especialmente los varones) eran suyos, de su propiedad. Y para justificar la posesión y la violencia necesitaban humillarlas, hacerlas a todas modosas, obedientes y calladas. Era necesario hacerlas inferiores para poder controlarlas. Que ocultaran su cuerpo con velos, burkas, celosías, y que se negaran a mostrar sus diferencias.

Todas sintiendo vergüenza de esta sangre extraña que brotaba cada mes de sus vaginas, sin que nadie pudiera saberlo, ocultándola, sufriendo dolores sin aparentarlo, llamando con otros nombres una realidad. Poniendo ya en los primeros libros sagrados, como el Levítico, que todo lo que tocaban mientras menstruaban era impuro. Las que empezaron a disentir fueron tratadas de brujas y quemadas en la hoguera o expulsadas.

Limitaron que pudieran estudiar hasta el siglo XX, y lo continúan haciendo en Afganistán y en Uganda, con

la mirada de los puritanos y pudientes occidentales puesta en otro lado. Las violaron y abusaron de ellas en las casas, en los trabajos, y como hemos comprobado públicamente gracias al movimiento Me too, también en la industria del cine. Empezamos a decir la verdad. Un pequeño velo se descubrió y no nos vamos a callar. Todas, a por todas.

Ahora que podemos contar y tenemos estadísticas, sabemos horrorizadas que el 25% de la población de hombres (la cuarta parte) cree que es normal pegar a las mujeres, a sus esposas y a sus amantes de forma habitual. Y que esto no es violencia, es lo normal. Que el sexo de los académicos, de los consejos de administración, de los directores de centros, de los gestores es mayoritariamente masculino, aunque las ministras del último gobierno en España han demostrado su valía sobradamente en todos los campos.

Con la negación de la visibilidad de las mujeres vamos a tener que ir todas a por todas. Todas defendiendo los derechos a la vida y al trabajo digno. Defender los derechos a la salud, al estudio, al trabajo, al envejecimiento saludable y digno es la esencia del feminismo. Defendiendo el derecho a la maternidad y lactancia dignas, y a la no maternidad y a la no lactancia igualmente dignas.

Es cierto que según el origen de cada una nos acercaremos a defenderlos desde una perspectiva distinta, pero sabemos reconocer quien lucha para defenderlos y a quien lucha para volver a someterlos o esquilmarlos. Hay feminismos diversos, pero todos defienden o deberían defender el derecho de las mujeres a vivir en salud sus propias diferencias y a no sentir vergüenza ni ocultar sus vidas, sus deseos y sus ideas.

Si alguien quería vencernos y anularnos lo tenía claro: había que separarnos y enfrentarnos. Lo intentaron cuando quisieron enfrentar el feminismo de la igualdad y el de las diferencias, y nos unimos por la igualdad de derechos ante la vida, que nos permita vivir en libertad nuestras diferencias.

Hemos conseguido, de manera aún muy tímida y en países aún escasos, que no se entregue dinero público para la investigación en salud que no incluya mujeres, minorías étnicas y opciones sexuales en los trabajos de investigación. Si vamos a por todas, estamos consiguiendo que las sociedades de oncología adviertan que no han estudiado las diferencias en el cáncer entre mujeres y hombres, y que ellas están teniendo muchos efectos secundarios en los tratamientos. Si vamos a por todas, se empiezan a dar cuenta de que hay causas de enfermedad cardiovascular que son específicas para las mujeres, como el ovario poliquístico, la eclampsia gravídica, la terapia del cáncer de mama, y la mayor mortalidad postinfarto, en que se mezclan diferencias biológicas y sociales.

Si vamos a por todas, podemos enfrentarnos a la violencia que se está ejerciendo sobre las profesiones sanitarias, más hacia las mujeres, violencia física y verbal, que se ha agudizado después de la pandemia. Violencia que se agudiza por la ineficiencia del sistema, que con las largas listas de espera hace desesperar y perder la paciencia de las mal llamadas pacientes, que tardan meses en conseguir un diagnóstico de enfermedades graves. La incertidumbre sobre el futuro agrava siempre los problemas de salud. Si no vamos a por todas no cambiaremos nunca el androcentrismo en la gestión sanitaria.

La denuncia de las agresiones, la denuncia de las muertes por violencia machista, ha sido y es necesaria, pero da una visión de las mujeres como víctimas, y hemos de pasar de la queja a la propuesta de cambios. Y no podemos cambiar nuestro entorno, sin que nuestras compañeras de Afganistán puedan estudiar desde niñas, sin que nuestras amigas de Irán puedan peinarse o llevar lo que deseen en la cabeza sin que las maten, sin que todas las mujeres de nuestro entorno, y todas las mujeres del mundo puedan ir a por todas. Con la sororidad por delante. ■

LOURDES DURÁN

CO-DIRECTORA DE LA REVISTA MYS



Tenemos una gran noticia para compartir con todas vosotras. Nuestra directora, Leonor Taboada, nos ha propuesto contar con una co-directora de la revista. Tardamos un segundo en decir, casi gritar, un Síiiiiii.

Lourdes Durán Ramírez ya forma parte del Consejo de Redacción y se ha integrado plenamente, es decir que ha trabajado mucho, en este número 54 de Mujeres y Salud.

Felices, contentas y agradecidas de contar con ella y compartir alegrías y penas, que de todo hay, en la gestación de la revista.

Muchas ya conocéis a Lourdes por sus artículos, sus libros, su militancia feminista. Es una gran profesional. Os la presentamos.

Nació en Palma de Mallorca el año 1960. Es licenciada en Historia Contemporánea por la Universitat de Barcelona.

Profesionalmente, se ha dedicado al periodismo:

<https://www.diariodemallorca.es/autores/lourdes-duran.html>

Fue cofundadora de la editorial Casa Abierta. Es autora de diversos libros, entres los cuáles están: *Yo soy, sobre inmigración* (2003), *Veinte sonrisas, sobre el trabajo de La Sonrisa Médica* (2014), *Contra el olvido, reflexiones acerca de la pandemia* (2020), y *La ciudad cuántica* (2022). También ha publicado libros

de no ficción como *Trentacientos* (2009), *El salt de la Bella Dona, una llegenda ben actual* (2016), y *Prova de foc* (2022).

Precisamente a su último libro, *La Ciudad Cuántica*, le dedicamos una reseña en la sección de MYS libros.

Gracias Lourdes por formar parte de esta aventura. Tenemos una gran suerte de contar contigo y eres muy bienvenida.

El altruismo y la generosidad de todas las mujeres que hacen posible que MYS siga en activo desde el año 1996, o veintisiete años, es muy emocionante y nos da fuerzas para seguir. Ahora más que nunca, necesitamos que paulatinamente se vaya produciendo un relevo generacional para que la revista siga otros veintisiete años más, con unos contenidos muchas veces pioneros en la salud de las mujeres y siempre de gran calidad. Y es porque las autoras de los artículos son extraordinariamente buenas en sus áreas de conocimiento y lo comparten en cada número. ■

Consejo de Redacción MYS

NUESTRA CARME VALLS, DOCTORA HONORIS CAUSA POR LA UNIVERSITAT DE GIRONA



Estamos muy felices del nombramiento de Carme Valls Llobet como Doctora Honoris Causa por la Universitat de Girona.

Por nuestra parte, Carme ya tiene ese título y otros muchos desde hace mucho tiempo. Cumple con creces todos los requisitos oficiales:

- Su reconocida capacidad y honorabilidad
- El reconocimiento local, nacional e internacional de su obra
- El hecho de que no solo ha sobresalido en sus aportaciones a la sociedad, sino que se ha adelantado, ha creado escuela y son

ON

A Carme Elías

muchas las personas, mujeres especialmente, pero también hombres, que se han hecho profesionales de la salud, gracias a sus aportaciones.

- Y su trayectoria académica y de investigación ha cambiado la perspectiva desde la que se estudia, diagnostica y trata la salud de las mujeres. Sin ella no habría existido esta revista, que se publica desde el año 1997.

Aquí os dejamos el enlace a la MYS número 1, en dónde Carme escribe los dos artículos del dossier que lleva por título "Mujeres y hombres: haciendo visibles las diferencias".

Uno lo titula "En qué NO nos parecemos ellos y nosotras" y el otro "Distintas maneras de vivir y enfermar".

Os aconsejamos su lectura https://matriz.net/mys01/01_3.htm

Casi todo lo que pudiéramos decir nosotras, está en su discurso de investidura. Lo podéis escuchar en este enlace. Su discurso comienza en el minuto 27:47 y finaliza en el 56:33.

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

El camino no ha sido fácil. Desde la negación de muchas instituciones y profesionales hasta este link que os dejamos en dónde un reconocido oncólogo acepta el maltrato a las mujeres al no haber reconocido esta morbilidad diferencial.

<https://elpais.com/salud-y-bienestar/2023-06-13/javier-de-castro-oncologo-el-cancer-es-diferente-en-varones-y-en-mujeres.html>

El maltrato aún sigue, y Carme Valls Llobet, también.

Nosotras tenemos el enorme privilegio de contar con ella dirigiendo esta revista desde el Consejo de Redacción.

¡Gracias Carme! ■

**Leonor Taboada Spinardi y
Olga Fernández Quiroga**

Carme Elías es una reconocida y admirada actriz catalana. A sus 72 años ha declarado que tiene Alzheimer.

Queremos dedicarte, Carme, este "ON". Por tu valentía, honestidad y generosidad al compartir el doloroso proceso de la enfermedad Alzheimer.

Explica el alivio que sintió cuando en el año 2021 pusieron nombre a los extraños episodios de pánico, inseguridad y olvidos que la invadían mientras actuaba. Era el año 2017. Le recetaron tranquilizantes. Así que lo que le pasaba no eran imaginaciones tuyas. Era algo real. Enseguida vino el llanto.

En su vida, tuvo que superar épocas de inseguridades y muchos momentos en los que pensaba que no estaba triunfando. Eso le impedía disfrutar de sus éxitos.

Ahora, cuando ya no echa de menos su profesión, quiere vivir el aquí y el ahora y recordar su pasado cuando los recuerdos del día a día se van esfumando. Dice que vivir es aprender y ese aprendizaje es lo que le permite aplicarlo a lo que le sucede,



Carme Elías (Europa Press)

aunque también sabe que no siempre se puede o se quiere aprender.

Ha escrito un libro, con un título estremecedor: *Cuando ya no sea yo* y lo describe como "escribir un libro de memorias mientras la mía se desvanece..."

También piensa en realizar una película documental para explicarnos su convivencia con la enfermedad. Estas tareas y su decisión de dar visibilidad a su enfermedad le proporcionan vida y quizás ayuden a otras personas, porque en España se diagnostican unos 40.000 casos de Alzheimer cada año. Gracias Carme. ■

Olga Fernández Quiroga

OFF

Berta Domínguez, médica tetrapléjica

Berta Domínguez estudiaba medicina. En el último año de la carrera, un accidente la dejó tetrapléjica. Siguió adelante y este mismo año ha aprobado el examen de Médico Interno Residente, el MIR. Quería optar a la plaza de médica de familia. Se la concedieron en el hospital 12 de octubre, incluso firmó su contrato laboral. La sorpresa llegó días después cuando a través de un correo electrónico, le comunicaron que "no era apta" por sus condiciones físicas. El mundo "se me vino encima", declara la médica extremeña.

Nadie le había informado de lo que podía hacer o no. Frente a esta sinrazón, Berta no ha cejado y, asesorada por el colegio de Médicos de Madrid, ha pedido un cambio excepcional de especialidad, adaptada a su situación.

Le han dado la opción de un puesto en medicina preventiva; no es la de su gusto, pero no puede permitirse, por el corte de nota, otras opciones. Así es que la cogerá, porque tantos años de esfuerzo para conseguir aprobar el examen del MIR no pueden dejarla sin trabajo. Pero aquella joven que desde que asistió a una operación realizada por su padre, que es cirujano, supo que quería ser médica, no va a dejar de luchar.

Berta pide un cambio en las condiciones del cupo de especialidad y que las personas que se presentan a las pruebas, las conozcan antes de ser examinadas. Es decir, no poner más barreras a quien, por un accidente de la vida ya las tiene. No en su fortaleza. ■

Lourdes Durán Ramírez



Marga Sáenz-Herrero
Médica psiquiatra.
Profesora asociada
de la UPV-EHU



Ana Santorcuato Bilbao.
Médica Adjunta del Servicio
de Urgencias del Hospital
Universitario Cruces.



Maria Recio-Barbero.
Psicóloga. Investigadora
Grupo fases iniciales de
la Psicosis



Amaia Bacigalupe de la Hera.
Departamento de Sociología y Trabajo Social y
Grupo de Investigación OPIK. Universidad del
País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea



Rafa Segarra Echevarría.
Jefe de servicio de Psiquiatría. HUC.
Profesor asociado UPV-EHU.
Investigación asociado CIBERSAM

URGENCIAS DE SALUD MENTAL CON **PERSPECTIVA DE GÉNERO**

En este estudio hemos analizado la atención a las urgencias psiquiátricas y de salud mental en el área asistencial correspondiente al Hospital de Cruces (OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces + OSI Barakaldo-Sestao + OSI Uribe), incluyendo una perspectiva de género que incluye una población de 550.000 habitantes durante un periodo de 3 años que se corresponde a los años previos a la pandemia COVID (2017-2019)

Dada la sorprendente escasez de estudios en biomedicina que incorporan en su diseño metodológico la perspectiva de género, el presente trabajo plantea la necesidad de incorporar dicha perspectiva y reflexionar acerca de las diferencias halladas tanto en la prevalencia de cada grupo diagnóstico como en la propia respuesta asistencial que se arbitra para cada una de ellas.

Del total de episodios analizados (n=9789), fueron atendidas en las urgencias de nuestro hospital un total de 6879 personas, de las cuales el 53.9% eran mujeres (n=3706).

Respecto a las principales características sociodemográficas analizadas, observamos que las franjas de edad con más episodios registrados correspondían en ambos sexos a aquellas comprendidas entre los 25 y los

54 años, con especial significación en los decenios correspondientes a los 35-44 años y los 45-54 años, periodos que aglutinaron hasta el 40% del total de episodios (41.6% en mujeres y 42.2% en hombres). En rasgos generales, la edad media de las mujeres (47.5 ± 19.09 años) fue mayor que la de los hombres (45.37 años ± 18.05 años), alcanzando este resultado significación estadística (p<0.001).

En el caso particular de las mujeres, la mayor parte de los casos se agruparon en una franja de edad entre los 45-55 años, período que ha sido relacionado en la literatura científica con el debut de diversas enfermedades mentales como las psicosis o los trastornos depresivos. De hecho, estas patologías psiquiátricas han sido estrechamente relacionadas con la compleja interacción de un gran número de factores de riesgo tanto a nivel biológico (alteraciones genéticas y epigenéticas, alteraciones en

los niveles hormonales), como a nivel social y ambiental (situaciones vitales estresantes, exposición a mayor precariedad laboral, violencia de género, escasa red de apoyo social y emocional), entre otros.

Otro de los factores sociodemográficos analizados y de gran relevancia ha sido Índice de privación socioeconómica MEDEA, que valora la mortalidad en áreas pequeñas españolas y Desigualdades Socioeconómicas y Ambientales como indicador socioeconómico proporcionado por el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. El índice de privación correspondería a las secciones censales correspondientes a la OSI-Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, OSI-Barakaldo-Sestao y OSI-Uribe-Kosta. Observamos que más de la mitad de la muestra analizada residía en áreas socioeconómicamente deprimidas. Existen múltiples estudios publicados que correlacionan los factores sociales y económicos como determinantes de la salud y de la salud mental.

De los resultados extraídos de nuestro estudio se desprende que existen perfiles clínicos mayoritariamente masculinos en nuestra muestra, como los trastornos por uso de sustancias (TUS) Las mujeres con drogo-



dependencias siguen siendo un grupo minoritario, pero urge visibilizar la realidad de la adicción en las mujeres para poner en marcha recursos adaptados a las necesidades específicas en este grupo pues pueden estar también infravisibilizadas, infra diagnosticadas e infratratadas. En nuestra muestra se piden más pruebas de imagen a hombres en TUS, 22% mujeres y 29% hombres que resulta estadísticamente significativo. No podemos realizar ninguna conclusión al respecto, pero podría estar relacionado con que los hombres muestran más conductas externalizantes en forma de conductas agresivas y disruptivas y que haya que descartar fracturas pidiendo pruebas de imagen. También se podría hipotetizar que vemos en el problema de abuso de sustancias de los varones una mayor gravedad y por ello, se piden más pruebas complementarias, mientras que a las mujeres se valoran los problemas de alcoholismo o drogas como menos relevantes, y por tanto menos susceptibles de pruebas complementarias lo que podría estar relacionado con sesgos de género en la atención médica.

Al considerar el sexo del paciente en relación a las principales categorías diagnósticas asignadas en la atención de las urgencias, observamos una sobrerrepresentación del sexo femenino en determinados grupos diagnósticos como Trastorno Mental Común. En el caso de las mujeres, estas engloban el 65% de los diagnósticos realizados dentro de los denominados grupos "Trastornos Neuróticos, Estresantes y Somatomorfos" (F40-F49, CIE-10) y los "Trastornos del Humor" (F30-F39, CIE-10). Más aún, cabe destacar que casi tres cuartas partes de los diagnósticos englobados en la categoría "Trastornos de la Personalidad" (F60-F69, CIE-10) y el 82,5% de los diagnósticos realizados dentro del grupo "Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas (Trastornos de Conducta Alimentaria en casi el 100% de los casos)" corresponden al sexo femenino aunque estas pacientes ingresan por urgencias en casos excepcionales ya que son derivadas de manera programada.

Encontramos que hay 3376 episodios de Trastorno Mental Común (TMC) en mujeres que corresponden al 65%

son mujeres y de manera significativa hay una prescripción mucho mayor de ansiolíticos, tanto en el grupo de TMC (incluyendo ansiedad y depresión) cómo cuando se incluyen sólo los trastornos neuróticos, secundarios a situación estresante y somatomorfos (F40-48) persiste siendo significativa la mayor prescripción de ansiolíticos y sedantes a las mujeres, lo que implica que ante el mismo grupo diagnóstico se actúa de manera diferente entre hombres y mujeres siendo la prescripción más habitual en las mujeres desde los servicios de urgencias, llegando a pautar mayor número de fármacos también de manera significativa

Por último, podemos analizar el número de pruebas complementarias realizadas en urgencias y comprobar que, a los hombres, en términos globales, se les solicita más pruebas y en mayor número de pruebas de imagen, siendo estos datos estadísticamente significativos. De hecho, y en base a nuestros resultados, podemos decir que, ajustando el efecto según la edad y el nivel socioeconómico, los hombres presentan una mayor probabilidad de que se les solicite una

prueba complementaria que a las mujeres (RP=0,811 (0,717-0,918)). Enfocándonos en nuestra hipótesis, esta diferencia puede ser la consecuencia de que los hombres al no ser diagnosticados de depresión, ante los mismos síntomas, se piense en algún problema orgánico de salud y obligue a un despistaje por medio de pruebas. Por el único hecho de ser hombres se les considera candidatos a realizarse estas pruebas al ser percibidos como más graves, y descartar otras causas médicas que justifiquen el cuadro clínico. En el caso de las mujeres la presencia de sintomatología ansiosa se considera psiquiátrica de entrada, y, por tanto, subsidiaria de tratamiento ansiolítico y/o antidepresivo.

En cuanto a las tasas de hospitalización y al manejo de la enfermedad, las mujeres con Trastorno Mental Grave (Trastornos psicóticos y Trastorno bipolar) sufren mayores tasas de hospitalización y, además, son tratadas con más asiduidad con antidepresivos y tratamientos hipnóticos/sedantes.

El presente proyecto ha permitido obtener una foto del trabajo en urgencias de Salud Mental, así como dar luz a la realidad clínica del manejo psiquiátrico de aquellas/os pacientes que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias, reflexio-

nando sobre las práctica clínica y tratamientos de usuarias/os con patología en su salud mental en función del sexo de la/el paciente. En base a los resultados obtenidos, resulta imprescindible realizar futuras investigaciones, con el fin de poder correlacionarlos con otros aspectos sociales y económicos, tan relevantes para el desarrollo y mantenimiento de las patologías mentales, incluyendo otras intersecciones socio-ambientales como la clase social, estatus económico y la perspectiva de género.

Lo que estamos denominando trastorno mental común es un grupo de datos semiológicos y clínicos correlacionados entre sí, atravesada por otras variables biológicas, genéticas, neurofisiológicas, psicológicas y por variables sociológicas, que están atravesadas por el género. No se trata de una entidad natural, concreta y fragmentada, sino un grupo de diagnósticos en un contexto social y cultural determinado. La medicalización de las mujeres en estos trastornos objetivada nos ayuda a reflexionar sobre la necesidad de ampliar la mirada y ver a la enfermedad no como algo ajeno a la persona, sino que es necesario incluir lo biográfico, y el marco social y cultural en el que las mujeres estamos inmersas. Las mujeres parten de una situación de inequidad estructural en el que la interiorización de dichos

valores tanto por las usuarias/os y por las/los profesionales que las atienden hace que los síntomas sean conceptualizados de una manera u otra. Lo que se ha entendido como síntomas en las clasificaciones no puede desligarse de lo social. En ese sentido los sistemas clasificatorios en situaciones sociales desiguales colocan a las mujeres como más vulnerables a depresión y ansiedad. Mientras que la reproducción y los cuidados sigue recayendo en la mitad de la humanidad las mujeres estarán más medicalizadas para soportar la carga. Es necesario visibilizar la realidad clínica y hacer más investigación con perspectiva de género.

En urgencias se imponen unas limitaciones en el tiempo de atención dedicado a las personas en situación de crisis o trastorno mental. Es importante por tanto una formación adecuada del staff sanitario incluyendo la perspectiva de género acompañada de una ratio adecuada de profesionales y una optimización de recursos adaptados al perfil de la demanda que permitan desincentivar la prescripción de psicofármacos como recurso automático. La intervención política precisa de una actuación multinivel: formativo, asistencial, comunitario y de investigación, incorporando necesariamente la perspectiva de género a todos ellos.■

REFERENCIAS

https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/eu_def/adjuntos/beka.2020.2.psiquiatria_salud_mental_genero.pdf

Amaia Bacigalupe de la Hera, Unai Martín Roncero. Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Colección Derechos Humanos. ISBN: 978-84-89776-18-0. Ed. Ararteko

Sáenz-Herrero M. Psychopathology in Women. Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology. Sáenz-Herrero eds. Springer, 2019 ISBN 978-3-030-15179-9

Valls-Llobet C.. Mujeres, Salud y Póde. Cátedra eds. Barcelona, 2011

Olga Fernández Quiroga

Psicóloga especialista en psicología clínica

<https://ecriteriumes.wordpress.com/>

<https://twitter.com/Olfequir>



ERESTODO PARA MÍ

Una tranquila placita de un barrio de Barcelona. Una niña pequeña, llevando un diminuto patinete de plástico, camina, aún insegura, hacía un montículo también pequeño, de esos que se ponen para que los niños suban y bajen. Unos padres toman el vermut en una de las terrazas de los tres bares que hay.

De repente, cuando la niña ya casi está llegando al montículo, la madre se levanta y va hacía ella, corriendo. Antes de que la niña pueda tomar contacto con el pequeño montículo, la coge y la sujeta para que no se acerque.

Una escena bastante normal. Vamos a realizar un análisis desde el punto de vista psicológico para, utilizando una elipsis, ir de esta escena de calle a la consulta.

La madre supone que su hija va a llegar al montículo, va a intentar subir y se va a hacer daño. Quizás la niña quiera subir. Quizás no. Primera constatación: no sabemos qué quiere la niña.

La madre se adelanta a las intenciones de la pequeña y pone ahí su interpretación.

-¿Qué quiere mi mamá de mí?- podríamos suponer que piensa la niña

¿Tiene intención de subir? Si es así, su madre no se lo permite. No se trata únicamente de que no le permita experimentar ese acto. No le

permite que surja en su pensamiento. Tampoco le explica nada. Suponemos que lo cataloga como peligroso. ¿El qué? ¿El desear?

-No, -diríamos algunas- lo que considera peligroso, es que se suba.

En este caso, que es real, no hay posibilidad de que la niña pueda subir porque la inclinación es muy elevada. No hay peligro real, pero lo importante no es lo que ocurre en la realidad de lo que vemos, sino en la mente de la madre y en la mente de la niña.

Lo que vería un clínico es una especie de deseo infantil sofocado.

Naturalmente, esta escena no supone, por sí misma, ningún trauma ni disfunción psicológica de las dos protagonistas. Solo pretende ejemplificar un mecanismo psíquico que sí es patológico.

Ahora nos trasladamos a la consulta, en un momento en que esta escena puede ser resolutive para una paciente.

Aquí está Teresa.

Ella vino a la consulta porque se sentía sin fuerzas, sin ganas de hacer nada. Sitúa su malestar en un hecho concreto: cuando su hijo (hijo único), marcha a un país lejano por cuestiones de trabajo.

En una sesión, Teresa dice esta frase, con mucha contundencia.

- Mi hijo lo es todo para mí.

- Todo - subrayo yo-. En un todo no cabe nada más.

Esto le sorprende y contesta:

- Claro que sí. Yo tengo mi propia vida.

Sin embargo, en la sesión siguiente viene enfadada conmigo. Se suceden sesiones de enfado, de protesta y finalmente de llanto, de mucha tristeza.

Ahí empieza a reconocer lo que significa esa frase en su vida, su sufrimiento y en términos psicoanalíticos, su goce.

Se da cuenta de la enorme carga que supuso y supone para su hijo "ser todo en la vida de su madre"

Se da cuenta también de los desastres en su vida de pareja, con el marido.

Y se da cuenta en dónde estaba su deseo: en ese hijo que siempre estuvo intentando huir del lugar imposible en dónde lo coloca la madre.

Y piensa que, en efecto, su vida se desarrolló alrededor del hijo. Desapareció la mujer y por tanto desapareció el marido, la pareja. Era todo madre.

Y su felicidad únicamente estaba situada en esta relación simbiótica. Una relación madre-hijo que si bien es necesaria en un primer momento, si persiste, se vuelve patológica.

Teresa se sentía completa con ese hijo y por tanto, no le hacía falta nada más. No había falta. Y sin falta no hay circulación del deseo.

Precisamente eso es lo que recuperó. Y con ello pudo construir una nueva relación con su hijo, diferente de esa escena cotidiana que relato al inicio del artículo.

Y con ese cambio, recuperó también su vida como mujer, sin dejar de ser madre. ■



Silvia Federici



“La lucha feminista es para cambiar el mundo”

Silvia Federici es incansable. Su activismo feminista la conforma, está en su médula. “Ha transformado mi vida”, apunta. En un momento en que considera que “hay una violencia contra las mujeres más fuerte que nunca”, ella se reafirma en que “la lucha feminista no lo es solo para cambiar las condiciones de las mujeres sino para cambiar el mundo”. Nacida en Parma en 1942, vive en Nueva York. Entre sus títulos destacan *Calibán y la bruja*, *El patriarcado del salario*, *Brujas, caza de brujas y mujeres*, *Ir más allá de la piel*, entre otros. Recientemente presentó en Palma su libro de poemas *Yuyu, flores y poemas*, ilustrado por la artista Begonia Santa-Cecilia.

Ha recordado su inicio como feminista al ver la tristeza de su madre en los tiempos de la II Guerra Mundial, cuando el fascismo asoló Italia, y dijo que el feminismo le dio luz. Me parece una metáfora preciosa y elocuente. Al cabo de tantos años, ¿qué es para usted ser feminista?

Ser feminista es algo que ha transformado mi vida. Hoy tengo una conciencia más profunda de lo que puede ser el feminismo. En mi juventud fue una respuesta instintiva a la discriminación al sentir que tenía una posición subordinada, de humillación con los hombres. El feminismo de mi juventud fue de rabia, fue una respuesta a ese enojo. Hoy ha

madurado. Hoy vivimos en un momento en que muchas mujeres dicen sin saber ni comprender, sin pensar en su historia, de un modo superficial que somos postfeministas porque ya tenemos la igualdad. En esta historia de presunto postfeminismo yo me siento más feminista que nunca por dos cosas. No es verdad que las mujeres seamos iguales. Es una mentira a pesar de lo que digan los Estados Unidos, de que lo repitan los grupos de mujeres emprendedoras, porque la mayoría de las mujeres están subordinadas en una nueva forma de violencia. Hoy hay una violencia contra las mujeres más fuerte que nunca. Siempre he criticado la idea de la igualdad, que el feminismo es una lucha por la igualdad con los hombres, ¿con qué hombres? No con los colonizados, no con los esclavizados. Y todavía las mujeres siguen estando subordinadas porque el capitalismo sigue invisibilizándolas.

En un cambio de paradigma, en un exacerbamiento del sistema capitalista, las mujeres siguen siendo uno de los eslabones más débiles. ¿Es una utopía, es naïf, creer en una sociedad equilibrada? ¿Qué falta para alcanzar ese reajuste? ¿Hacia dónde va el feminismo?

Hoy el feminismo ha crecido. Hizo un confrontamiento como una big bang en los años setenta. Hemos examinado las razones, la causas, las raíces de nuestra discriminación. Hemos comprendido que en la exclusión se juega algo más importante: la desvalorización de la vida misma. Así que la lucha de las mujeres es una ventana para comprender la lógica del capitalismo, la injusticia de este sistema en el que vivimos. Nuestra lucha no es para cambiar las condiciones de las mujeres. Es una lucha para cambiar el mundo, para cambiar el sistema social. Para mí el feminismo es uno de los movimientos más importantes para crear un sistema social económico y social diferentes. El motor no es la explotación de la vida humana. En estos años hemos comprendido, analizando nuestra subordinación que ésta tenía sus raíces en la desvalori-

zación de la vida de las personas, de la exclusión de las mujeres. Subordinarlas es desvalorizar la vida de los seres humanos.

En el feminismo siempre hubo disensión como en cualquier otro movimiento crítico y reflexivo. Pero hoy muestra una desunión, una quiebra en torno al movimiento trans. ¿Qué opina?

A mí me gustaría saber tu opinión (sonríe). Yo veo cosas que nunca he visto en mi historia. Creo que en esta división hay una manipulación de arriba. División que no tiene razón de ser. Creo que hay algo que debemos comprender. Es un gran desastre. En estos años se ha creado un feminismo anticapitalista a nivel internacional, presente en los movimientos ecológicos, contra la deuda, un feminismo que está presente en las luchas, en África, en América Latina, donde los movimientos sociales son más fuertes, donde las mujeres defienden la vida, el territorio, el discurso del cuerpo territorio. Esta idea de que el movimiento feminista es antagónico a los disidentes sexuales es algo que no existe. El movimiento feminista ha sido el primero que ha hecho crítica al concepto biológico de la feminidad. La feminidad no es algo biológico. Que ha diferenciado la biología de la historia. Es un feminismo que se ha alimentado de la lucha de las mujeres contra la desigualdad, contra la injusticia social, la discriminación. No es un feminismo que se ha radicalizado, hemos hecho una crítica que se puede documentar con cientos de libros. A la idea de Freud de que la biología es un destino. Ahora está de moda decir que el feminismo de los setenta era existencialista. Es una mentira, es una división generada, manipulada. Para mí lo más importante es que cuando hablamos de cambiar el mundo, hablamos de cambiar no sólo identidades, sino de cambiar las condiciones materiales de la vida. De lo contrario, vamos al sometimiento de la vida al lucro. No me gusta hablar de binario. Es casi metafísica. Yo hablo de división, no hablo de jerarquías, hablo de división del trabajo, hay una división colonial, racial, sexual del trabajo.

¿Va a la raíz?

¡Claro! Esas divisiones son las que permiten la acumulación de capital. Los esclavos, los colonizados. Claro que se construyen identidades sociales a partir de la explotación y de la lucha. Ser mujer no es un concepto biológico. Yo soy contraria. Cuando me dicen que eres una cis mujer. Digo ino, tú no vas a poner etiquetas a mi persona! Yo no lo hago.

¿Qué etiquetas?

Si vas a la wikipedia te dicen que la cis mujer se conforma. Piensa que todo lo que no es trans se conforma. ¿Qué es eso? El movimiento ha abierto la puerta a la disidencia. Las disidencias sexuales nacen de los movimientos feministas. No es oposición. Por eso es importante hablar de las condiciones materiales de la vida. Vamos a cambiar la lógica que gobierna esta sociedad.

En esta era tecnológica, ¿es la misma lucha?

Es la misma.

Muchas feministas jóvenes no aceptan este modelo de igualdad porque ven que seguimos esclavizadas.

El capitalismo se ha construido hace cinco siglos. Podemos decir cualquier cosa. Podemos decir que el movimiento ecologista es un fracaso porque cada día aumentan actividades extractivas, lo mismo pasa con el movimiento laboral, pero la lucha sigue! Cambia pero sigue. El capitalismo es muy fuerte. El movimiento de los migrantes ha fracasado, basta ver lo que pasa en las fronteras en EEUU. Vamos a ver qué proponen las mujeres jóvenes que ahora están aquí. Estoy contenta de las críticas. Yo soy crítica, por ejemplo, del movimiento feminista neoliberal. El de Naciones Unidas. Hemos hablado de luchar contra la destrucción de las condiciones materiales de nuestra vida, contra el modelo capitalista. El mundo se está transformando en una zona de sacrificios.

Estados Unidos visibiliza a la perfección esa lucha que acaba de mencionar con la amenaza de Trump, y Biden como paliativo.



Silvia Federici presentando sus poemas en Palma de Mallorca

¿Cómo ve usted la situación en los EEUU?

Es muy fea. Los fascistas de Trump y los demócratas, que no lo son para nada. Creo que la administración de Biden se ha reflejado en la emigración que ha hecho lo mismo que hizo Trump. Miles de personas que no tienen nada. Amenazados, caminando, con los niños, con calor, frío, huyendo de sus países. Biden les dice 'no, regresa, vuelve a tu país'. Es una vergüenza. La gente escapa por políticas económicas, sociales, que han sido impulsadas por Estados Unidos y por la Unión Europea. Los gobiernos dictatoriales en Honduras, propiciados por EEUU. Todos los dictadores, en Chile, Argentina, Estados Unidos los organizaron. Las compañías norteamericanas y canadienses expulsan a las personas. Son los escuadrones de la muerte. Ahora hay un fascismo muy fuerte. Es un juego, los demócratas dicen que sí al feminismo, pero es una pose, un juego. Cada mes dan un billón de dólares a los bancos, a los productores de armas. Biden había prometido inversiones en el cuidado. ¿Tú lo has visto? Hay un imperialismo que no tiene fin. No tienen vergüenza. Ucrania, la guerra nuclear, es la guerra provocada.

En su conferencia en Palma dijo que el movimiento feminista reproduce la vida, crea una sociedad más justa, lo propuso frente

a la actual fractura que ha propiciado esta sociedad de consumo que nos aísla. ¿Nos salvará, nos liberarán los entramados comunitarios, el hacer red entre nosotras?

En los años setenta el movimiento feminista se involucró en la lucha de trabajo dominado por los hombres. A la vez, la lucha institucional no se hizo bajo la perspectiva feminista. Se sirvieron del movimiento feminista para integrar a las mujeres en la reestructuración capitalista, las mujeres como fuerza de trabajo barata. Ahora seguimos igual. Las mujeres trabajadoras están mal pagadas. Sus trabajos son extensiones del trabajo doméstico: enfermera, cuidadora, camarera.... No ha conseguido autonomía. Hoy las mujeres tienen dos trabajos, uno no pagado y otro mal pagado; y yo digo tres, porque en Estados Unidos las mujeres están endeudadas de por vida, buscan préstamos con intereses muy altos. Trabajan y se endeudan. La entrada masiva de mujeres en el mercado de trabajo con sistema neoliberal, con recortes de fondos públicos para ayudas, por ejemplo guarderías, sanidad.... Aquí en España, se está viendo como avanza el modelo de privatizar la sanidad; en Francia, la perspectiva de aumentar años para ser pensionista... Una sociedad que desvaloriza la vida, no es sostenible. Necesitamos cambiar. Los movimientos feministas que han comprendido este

proceso de destrucción de la vida tenemos una mayor comprensión de cómo dar valor a la vida. El movimiento feminista es uno de los más capaces de cambiar, de crear una sociedad diferente.

Otro de los temas más espinosos es legalizar o no la prostitución. Su opinión ha generado polémicas. Resulta sorprendente que una feminista no sea abolicionista.

Tantos años que me ocupó de este tema, del trabajo sexual y de la lucha de las trabajadoras. Muchas han sido contrarias a la legalización. Hay dos cosas diferentes. Una es la legalización y otra es la no criminalización. En USA siempre han luchado por esta última. No es un crimen. El problema es que hay una violencia tan fuerte. El problema se vio en Lyon en verano de 1975, el principio del movimiento a partir del cual empezaron una serie de movilizaciones de prostitutas en Europa que denunciaron cómo la criminalización había producido muchas muertes, y cómo para no ser encarceladas ni asesinadas sus condiciones de trabajo fueron peores. No soy tan crítica. La legalización pone reglas que muchas mujeres no quieren. Creo que el abolicionismo divide a las mujeres y peca de moralista. Me parece una cuestión de clase. En la sociedad capitalista nos vemos obligadas a vender tantas partes de nosotras. ¿Es mejor vender tu cerebro? ■



María Duran i Febrer
Jurista, ex-directora del Institut Balear de la Dona

LAS MUJERES NO SON OBJETO DE COMERCIO

Imaginemos por un momento que en pleno siglo XXI en cada país democrático que tiene como valor constitucional y derecho fundamental la igualdad, hubiera un cupo de hombres cuyo destino principal fuera satisfacer sexualmente a las mujeres, que la mitad de este grupo de hombres estuviera en situación de esclavitud o dependencia casi total del o la proxeneta, y la otra mitad no tuviera más opción para sobrevivir las personas de su familia sobre las que tuviera responsabilidades.

¿Cual sería la respuesta del Estado? ¿Se diría que es el oficio más antiguo del mundo y que se aguanten o movilizaría todos los cuerpos y fuerzas de seguridad para liberar a estos hombres? ¿Habría un programa para que estos hombres pudieran salir de la prostitución? ¿Se les facilitaría una vivienda para poder dejar aquella en la que estaban en situación de prostitución? ¿Y una renta como la que perciben otros hombres al salir de prisión cuando han llevado un determinado número de años en ella? ¿Y habría algún programa para su inserción laboral?

Respecto de la salud física y psíquica de estos hombres ¿Se les pondría medios sanitarios para su recuperación?

Esto es lo que pasa actualmente, con una sola diferencia, las putas son en su inmensa mayoría mujeres y niñas, y los puteros hombres.

Uno de los insultos más hirientes y frecuentes consiste en llamar a alguien hijo o hija de puta. El significado de esta expresión no es otro que la consideración que la persona a la que se dirige el insulto, no es considerada ni fruto del amor ni del deseo compartido sino fruto de un intercambio económico que niega a la mujer el tratamiento como ser hu-

mano para pasar a ser una simple "cosa". Uno paga para tener a su disposición el cuerpo de una persona.

El sistema patriarcal ha estado basado en distinguir dos tipos de mujer, la que socialmente es considerada "mujer buena" que es la esposa, madre y cuidadora, frente a la "mujer pública" cuyo cuerpo está en el mercado masculino. A esta mujer pública se la nombra prostituta, aunque en aras a la pureza del lenguaje debería ser prostituida.

Este doble sistema de valoración de las mujeres, tiene como consecuencia, que los hombres han podido tener a una o sucesivas mujeres como esposas o compañeras de vida y múltiples e invisibles mujeres para su exclusiva satisfacción sexual a cambio de pagar un precio. El imaginario colectivo asume que en cada mujer están los dos tipos de mujeres, justificando de este modo la negación de la igualdad de hombres y mujeres.

La prostitución es un estigma para todas las mujeres, afecta a la dignidad a la libertad y a la seguridad de todas las mujeres (las mujeres que han sido violadas lo han sido por la misma consideración que tienen las mujeres prostituidas, ser vistas como objeto del que se puede disponer) y hasta tanto haya prostitución no podrá existir la igualdad de mujeres y hombres.

La línea divisoria entre trata y prostitución es tan imprecisa como la idea de que la prostitución se ejerce desde la libertad, si se parte de un concepto de libertad estática todos los seres humanos nacemos libres, pero esta libertad como valor intrínseco de las personas no deja de ser una expectativa frente al contexto en el que se desarrollan los hombres y las mujeres, y son las circunstancias propias de cada persona, sus necesidades de supervivencia, o de las personas que dependen de ella, las que limitan, restringen o anulan su libertad de decidir.

España es uno de los destinos del turismo sexual, y no deja de ser paradójico que a en el año 2015, gobernando el PP, se aprobara la modificación del Código Penal en el que se despenalizaba la explotación económica de la prostitución ajena, es decir del proxenetismo de personas adultas.

El abolicionismo, a diferencia del prohibicionismo, no rechaza ni menosprecia a las personas prostituidas, sino que establece medidas disuasorias tanto para los proxenetas como para los prostituidores, a la vez que pone al acceso de las personas prostituidas recursos como asistencia médica y psicológica, renta mínima, formación, recurso habitacional, entre otros, a la vez que seguridad para los familiares o allegados amenazados en el país de origen, en el caso de trata.

Son múltiples las razones para la abolición de la prostitución, entre otras, la manifestación de una convicción que apuesta por un futuro de igualdad de hombres y mujeres donde la prostitución de los seres humanos no tiene cabida. ■



Ibone Olza

Psiquiatra Perinatal. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

EXPLOTACIÓN REPRODUCTIVA: LA DURÍSIMA EXPERIENCIA DE GESTAR PARA OTROS

El debate –si es que se puede llamar así– en torno a la posibilidad de legalizar el que unas mujeres gesten bebés que luego comprarán y criarán otras personas, raramente visibiliza la experiencia de estas mujeres.

Hay poquísimos estudios de tipo cualitativo que analicen la experiencia de las mujeres que han gestado para otros o que hagan seguimiento de su salud tras el parto (Olza Fernández 2018). Los más conocidos y difundidos suelen ser los del grupo de Susann Golombok, investigadora de Cambridge que lleva años siguiendo a un pequeño grupo de familias así creadas en Reino Unido (Imrie, Jadva 2014). Sus resultados no son demasiado malos, pero hay que tener muy en cuenta el contexto, ya que el estudio se realiza en Reino Unido, en formato de gestación “altruista”, las gestantes son reconocidas legalmente y figuran como tales en los documentos de identidad de sus hijos, mantienen contacto con las familias que se quedan a los bebés, hay buenos servicios de salud públicos y además se les hace este seguimiento (Jadva et al. 2003). Los resultados, pues,

dicen poco o nada sobre qué pueden estar viviendo mujeres que gestan para otros por razones económicas, la llamada “gestación subrogada comercial” en países pobres. Pero si queremos profundizar para comprender la dimensión de esta forma de explotación reproductiva vale la pena leer algunos de los pocos estudios cualitativos realizados en países como India, Irán, o Latinoamérica. De hecho, con el cierre de mercados como India o la guerra en Ucrania el mercado de recién nacidos se ha vuelto a deslocalizar hacia países de habla hispana, siendo ahora destinos favoritos países como México, Colombia o Argentina, donde las mafias dedicadas a la trata y explotación de mujeres y bebés están expandiendo su campo de acción y actuando de maneras cada vez más peligrosas. El “Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños (A/HRC/37/60)” de 2018 ya describió la gestación subrogada como una práctica de trata, explotación y venta de seres humanos.¹

La principal razón que mencionan estas madres en los estudios para aceptar la subrogación es la econó-

mica, pero cuando se leen sus testimonios aparece un aspecto que probablemente englobe casi todo, que es la violencia de género. Para empezar, la decisión de someterse a esta práctica casi siempre se da en un contexto explícito de violencia de género: es el marido o pareja quien decide que la mujer geste, de manera similar al proxenetismo en la explotación sexual. Este dato aparece en varios estudios: fueron los maridos los que insistieron en que sus mujeres gestaran para otros, incluso si ellas no querían (Karandikar et al., 2014; Karandikar et al., 2017). En Irán, por ejemplo, solo las mujeres casadas que tengan al menos un hijo vivo pueden gestar para otros y es necesario que tengan el permiso de su marido. (Taebi et al. 2020) A veces lo hacen para pagar las deudas que él ha contraído y algunas ni siquiera llegan a tocar ese dinero: *“Lo hice por mi marido, él tenía muchas deudas que había que pagar. Con el dinero que recibimos pagó todas sus deudas.”* (Taebi et al. 2020) Una mujer de 28 años dijo: *“Mi esposo tomó todo el dinero. Él no me dio nada. Era el que me generó todos los problemas pero no recibí ningún dinero.”* (Taebi et al. 2020)

Otras, expresan enfado con el marido por razones parecidas: *“estaba*

¹ Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños (A/HRC/37/60). <https://reliefweb.int/report/world/informe-de-la-relatora-especial-sobre-la-venta-y-la-explotacion-sexual-de-ni-os>

tan desesperada que incluso pensé en vender a mi hijo. Un médico dijo que había un centro que pondría un bebé en mi útero para llevarlo durante nueve meses, y recibiría mucho dinero a cambio. Hice esto porque no tenía dinero para alquilar una casa. Mi esposo está enfermo y no puede trabajar. Pero el dinero no alcanzó para todo, él lo gastó muy rápido." (Taebi et al. 2020)

En otro estudio irani se expresa: "Mi marido dejó de tener relaciones conmigo...No me dijo por qué, pero me imaginé que era por miedo a dañar al bebé. Me molestó mucho, pero me aguanté para no molestarle..." (Ahmari Tehran et al. 2014)

Entre las razones de estas mujeres para tomar esta decisión de gestar para otros destacan un tema: la pobreza. De hecho, el primer tema que aparece en el análisis cualitativo es esa "desesperación": la magnitud de la pobreza les había hecho optar por gestar para otros. La situación, la describían como desesperada.

"Este proceso es tan sumamente estresante que si tuviera dinero no lo haría, aunque me pagaran diez veces más...pero estoy tan necesitada de dinero que lo haría incluso si me pagaran un tercio de lo que me han pagado" (Saravanan 2013).

Sobre cómo viven el embarazo, muchas lo describen como tremendamente difícil. En parte, por el rechazo que perciben en su entorno social, en parte por las dificultades inherentes al propio embarazo. Destacan el dolor y sufrimiento; suelen ser embarazos muy medicalizados, con muchos tratamientos y problemas físicos. Una madre que tuvo un embarazo múltiple contaba: "Tuve un embarazo de trillizos. Estuve hospitalizada desde el quinto mes del



embarazo. Tuve hipertensión. No podía acostarme. Solía sentirme ahogada. Tuve que sentarme todo el tiempo. Deseaba poder dormir normalmente por una noche. no podía comer nada más que pollo. No podía beber leche. Me dieron suplementos. Fue un embarazo terrible. yo era más una enferma que una mujer embarazada. Las que han tenido embarazos de trillizos pueden entenderme" (Taebi et al. 2020).

Además, en muchos casos tienen que estar lejos de sus familias de origen sin sus hijos durante un tiempo largo, y permanecer en casas con otras gestantes durante los últimos meses del embarazo. Una refería que "constantemente quería irme a casa" (Karandikar et al. 2014). También describen el estrés constante que supone "tener que cuidarse extremadamente por el bien del bebé, para que saliera bien todo y poder cobrar" (Jacobson, 2021). A tener un aborto, o una cesárea "Tenía manchados y estaba ansiosa porque podría perder a este niño después de pasar tanto tiempo y esfuerzo; soportando todas estas inyecciones y tratamientos para nada." (Taebi et

al. 2020) Todas se habían preocupado enormemente por la salud del bebé. Miedo a que se complicara algo o a perderlo y no recibir los ingresos. "Tenía mucho miedo a que el bebé fuera retrasado, y entonces no lo fueran a querer y tuviera que quedármelo yo: ¿qué iba a ser de mí con un bebé retrasado?". "Mucho miedo a perderlo en un aborto y no ganar el dinero. (Ahmari Tehran et al. 2014)"

A nivel emocional, describen lo durísimo que era gestar y sentir un bebé que luego no iba a ser suyo. Todas las participantes afirmaron que intentaron no tener sentimientos maternales hacia el bebé en su útero. La relación con el resto de la familia tampoco suele ser fácil: "No supe qué decirle a mi hija pequeña. Me preguntaba a menudo: Mamá: ¿me vas a traer un hermano o una hermana? No fui capaz de decirle nada". "Tenía miedo a que lo supiera el resto de la familia. Nosotros no teníamos más hijos por dinero, ¿qué iba a decir si me preguntaban? Mi marido me decía que les dijera que había sido un accidente..." (Ahmari Tehran et al. 2014)"

²Rothman B. K. (1992). Reproductive technologies and surrogacy: a feminist perspective. *Creighton law review*, 25(5), 1599-1607.

Del parto y posparto: la durísima entrega del bebé "me hacía sentir rota, como si yo fuera una persona sin sentimientos (Taebi et al. 2020)". Muchas se esfuerzan por pensar que el bebé que dan no es suyo, y se repiten que están gestando el bebé de otros." (Yee et al. 2020). Describen también la decepción en muchos casos con los compradores del bebé "ni siquiera preguntaron por mí, por cómo estaba después de la cesárea" (Yee et al. 2020) (Yee et al., 2019) También describen el sufrimiento emocional tras la entrega del bebé y cómo genera un duelo difícilísimo. Una iraní estudiante de doctorado de 33 años dice, "tras el parto tuve una depresión grave, ni siquiera pude retomar mis estudios; no podía cuidar de mi propio hijo; no quería ver a mi esposo, porque pensaba que si él hubiera tenido más dinero, no debería pasar por esto. Me tuve que ir a

casa de mis padres seis meses y comenzar el tratamiento. Sólo ahora, tras ocho meses, he podido dejar las pastillas y volver a la universidad" (Taebi et al. 2020)

"A veces pienso si podrá reconocerme después de 20 años cuando sea un hombre joven ¿Cómo se verá? ¿Qué debo decirle a él si lo veo? ¿Le gustará o no?" (Taebi et al. 2020)

Barbara Katz Rothman, feminista y socióloga, profesora de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, ya describió en 1992² buena parte de los problemas derivados de esta práctica, dando muy buenos argumentos, desde el feminismo, para la petición de la abolición. Entre otros, señaló cómo la subrogación abre la posibilidad del incesto si los individuos no tienen la información sobre su origen, y explica cómo, en el con-

texto de explotación reproductiva tan patriarcal, quien sea la madre es lo de menos. Lo que importa es el padre.

El patriarcado es la norma del padre, y lo que define las relaciones sociales son las relaciones entre los padres y sus hijos. El padre engendra a sus hijos. Las mujeres son descritas como hijas de hombres que engendran. Y se pregunta por qué como sociedad estamos dudando sobre esto.

En resumen, por más que la industria de la reproducción asistida lo maquille y lo vista de rosa, gestar para otras/os es una experiencia durísima, una forma de explotación reproductiva extrema, en contextos de violencia de género y pobreza económica que genera un sufrimiento importante para las que lo transitan y con riesgos altos para su salud física y mental a corto y largo plazo. ■

REFERENCIAS

AHMARI TEHRAN, H., et al, 2014. Emotional Experiences in Surrogate Mothers: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, July 01, vol. 12, no. 7, pp. 471-480 ISSN 1680-6433.

IMRIE, S. and JADVA, V., 2014. The Long-Term Experiences of Surrogates: Relationships and Contact with Surrogacy Families in Genetic and Gestational Surrogacy Arrangements. *Reproductive BioMedicine Online*, Oct 1, vol. 29, no. 4, pp. 424-435. Available from: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1472648314003538> MEDLINE. ISSN 1472-6483. DOI 10.1016/j.rbmo.2014.06.004.

JADVA, V., et al, 2003. Surrogacy: The Experiences of Surrogate Mothers. *Human Reproduction (Oxford)*, Oct, vol. 18, no. 10, pp. 2196-2204. Available from: <https://api.istex.fr/ark:/67375/HXZ-0Q1622XG-C/fulltext.pdf> MEDLINE. ISSN 0268-1161. DOI 10.1093/humrep/deg397.

KARANDIKAR, S., GEZINSKI, L.B., CARTER, J.R. and KALOGA, M., 2014. *Economic Necessity Or Noble Cause? A Qualitative Study Exploring Motivations for Gestational Surrogacy in Gujarat, India*. Los Angeles, CA: SAGE Publications, May 1, CrossRef. ISBN 0886-1099.

OLZA FERNÁNDEZ, I., 2018. Los Aspectos Médicos De La Gestación Su-

rogada Desde Una Perspectiva De Salud Mental, Holística Y Feminista. *Dilemata*, no. 28, pp. 1-12. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6694789> ISSN 1989-7022.

SARAVANAN, S., 2013. An Ethnomethodological Approach to Examine Exploitation in the Context of Capacity, Trust and Experience of Commercial Surrogacy in India. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 8, no. 1, pp. 10. Available from: <https://doi.org/10.1186/1747-5341-8-10> ISSN 1747-5341. DOI 10.1186/1747-5341-8-10.

TAEBI, M., ALAVI, N. and AHMADI, S., 2020. The Experiences of Surrogate Mothers: A Qualitative Study. *Nursing and Midwifery Studies*, Jan 1, vol. 9, no. 1, pp. 51-59. Available from: <http://www.nmsjournal.com/article.asp?issn=2322-1488;year=2020;volume=9;issue=1;spage=51;epage=59;aulast=Taebi;type=0> CrossRef. ISSN 2322-1488. DOI 10.4103/nms.nms_19_19.

YEE, S., HEMALAL, S. and LIBRACH, C.L., 2020. "Not My Child to Give Away": A Qualitative Analysis of Gestational Surrogates' Experiences. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, May, vol. 33, no. 3 [viewed Nov 4, 2020], pp. e256-e265 ISSN 1878-1799. DOI 10.1016/j.wombi.2019.02.003.



WIKIMUJERES/VIQUIDONES: UNIDAS PARA ESCRIBIR LA WIKIPEDIA

Wikimujeres/Viqidones es un grupo que está formado por mujeres wikipedistas comprometidas con promover la diversidad y neutralidad en la enciclopedia en línea más consultada del mundo. Por ejemplo, ¿sabías que la Wikipedia en inglés recibió 10.279.296.793 de visitas durante el mes de mayo, en castellano 1.610.435.120 y en catalán 41.856.610?

A pesar de ser una plataforma colaborativa y abierta, Wikipedia ha sido históricamente dominada por la perspectiva masculina. Los datos demuestran una subrepresentación significativa de las mujeres tanto como editoras como sujetos de artículos. Según estudios realizados, se estima que sólo alrededor del 10-20% de las personas que colaboran son mujeres.

Existen múltiples factores que contribuyen a esta baja participación de las mujeres en Wikipedia. En 2011 la exdirectora de la Fundación Wikimedia, Sue Gardner, ofreció nueve razones para justificar por qué las mujeres no editan en Wikipedia, entre las cuales se encontraban: poco tiempo libre, poca autoconfianza en la capacidad de aportar conocimiento válido, la hostilidad o acoso en línea que puedan sufrir, o la creencia de que las contribuciones propias serán revertidas o eliminadas.

Esta falta de editoras se refleja en el contenido de Wikipedia que muestra una deficiencia de cobertura y representación equitativa de las mujeres en muchas áreas, como en la historia, la ciencia o la cultura. Los logros de muchas mujeres destacadas han sido ignorados o minimizados en comparación con sus contrapartes masculinas. Por ejemplo, actualmente sólo un 18% de biografías son de mujeres. Al analizar esta desigualdad, también se debe tener en cuenta los sesgos de género con los que se las describe, pues con frecuencia se habla en exceso de su vida personal y familiar y poco de sus logros.

No hay más biografías, porque nos faltan fuentes fiables que verifiquen los contenidos a publicar y demuestren la relevancia enciclopédica de las mujeres a biografiar. Si las mujeres no están en medios, libros, investigaciones, revistas..., pese a ser relevantes y haber hecho contribuciones a la sociedad, no pueden estar en Wikipedia. Además tenemos que integrar a las mujeres en la Historia incorporando en los artículos principales los logros de las mujeres en contextos políticos, económicos, sociales, etcétera. No tenemos bastante con hablar una y otra vez de Marie Curie, Simone de Beauvoir o de Frida Kahlo, muchísimas otras mujeres desde la prehistoria hasta la actualidad han sido imprescindibles, pero ¿dónde están? Por este motivo



podemos afirmar que la Wikimedia padece de criptoginia¹, que es el fenómeno recurrente, a lo largo de la historia y en la mayoría de las culturas, que oculta la presencia y los logros de las mujeres en diferentes ámbitos de la sociedad, especialmente en los ámbitos de mayor prestigio.

La falta de diversidad de género en Wikipedia es problemática porque la enciclopedia se ha convertido en una fuente de información importante y ampliamente utilizada en todo el mundo y la brecha y el sesgo de género que contiene perpetúa estereotipos y desigualdades, de ahí la necesidad de alianzas entre grupos que promuevan la edición de la Wikipedia con perspectiva de género.



Por este motivo, poco a poco, cada vez más mujeres están rompiendo barreras y contribuyendo activamente en la edición y creación de contenido. Así, si Wikimujeres nació el 2015, este mismo año comenzaron a surgir proyectos y grupos, más o menos formales, como Women in Red², Wikiproyecto: Mujeres³, Wikidonne⁴, les sans pagEs⁵, Interwiki Women Collaboration⁶, Muj(lh)eres latinoamericanas en Wikimedia⁷, con un propósito común: reducir la brecha de género en Wikipedia y editarla con perspectiva feminista⁸.

En la actualidad, ya hay 33 idiomas en Wikipedia⁹ que cuentan con iniciativas para promover la creación de artículos en Wikipedia sobre biografías de mujeres y lograr esta presencia equilibrada de mujeres y hombres en el contenido de Wikipedia.

Desde Wikimujeres/Viquidones dedicamos una parte importante de nuestro tiempo a la formación, queremos romper con los miedos que sienten muchas personas al acercarse al entorno wiki y poner en valor las aportaciones individuales a la narración colectiva de la Historia, que es NUESTRA Historia, ya que, sin el punto de vista de las mujeres, no será una narración ni equilibrada ni completa. Por este motivo, en Barcelona desde 2016 existe un espacio de edición en la Universidad Pompeu Fabra llamado ViquidonesUPF que se reúne en línea el primer y segundo martes de cada mes para enseñar a editar desde la perspectiva de género. También organizamos talleres de manera gratuita, para entidades, asociaciones, o grupos que quieran aprender más sobre la Wikipedia

Así, a la frase inaugural de la Wikipedia que pronunció Jimmy Wales, su cofundador, que dice así:

«Imagina un mundo en el que cada persona del planeta tenga libre acceso a la suma de todo el conocimiento humano»

Nosotras respondemos: Imposible de imaginar, ¿cómo podemos recopilar todo el conocimiento, si no estamos las mujeres? ■

¹ <https://es.wikipedia.org/wiki/Criptoginia>

² https://es.wikipedia.org/wiki/Women_in_Red

³ <https://es.wikipedia.org/wiki/Wikiproyecto:Mujeres>

⁴ <https://www.wikidonne.org/>

⁵ <https://sanspages.org/>

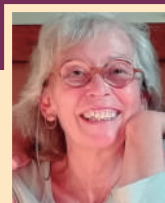
⁶ https://meta.wikimedia.org/wiki/Interwiki_Women_Collaboration

⁷ [https://meta.wikimedia.org/wiki/Muj\(lh\)eres_latinoamericanas_en_Wikimedia](https://meta.wikimedia.org/wiki/Muj(lh)eres_latinoamericanas_en_Wikimedia)

⁸ https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Breve_Gu%C3%ADa_para_editar_en_Wikipedia_con_perspectiva_Feminista.pdf

⁹ <https://www.wikidata.org/wiki/Q23875215>

COSAS QUE PASAN



Margarita López Carrillo

LA MIRADA DE LAS OTRAS

No hay forma más eficaz de regresar a un momento o a un lugar del pasado que escribirlo. Es aún más efectivo que una música o un olor. Es como acercar una lupa o poner la película a cámara lenta: los detalles se agrandan. La única condición para que funcione es no apartar la vista si lo que surge no concuerda con la historia que siempre nos habíamos contado; no negarlo.

Esto es lo que yo estoy haciendo desde hace tres años, escribir una novela cuya arcilla básica es mi propia adolescencia y juventud. Voy en busca de los recuerdos marginados, aquellos sistemáticamente excluidos del relato oficial porque resultaban incoherentes con el resto (casi siempre por demasiado buenos). Los rescato y los pongo en relación con los otros a ver qué sale, y salen un montón de cosas nuevas, un montón de comprensiones inesperadas: a veces difíciles, a veces felices, a veces las dos cosas a la vez, y se apodera de mí la fantasía omnipotente de que puedo llegar a comprenderlo todo.

Dos o tres veces al mes me reúno con dos amigas escritoras y nos leemos lo que estamos escribiendo, y cuando me toca a mí leerles el siguiente capítulo, a pesar de mis hallazgos de los que estoy tan orgullosa, ellas casi siempre ven algo que yo no he visto. Por ejemplo, no paran de decirme que esa chica (yo) era valiente, cuando siempre me he sentido una cobarde; otras veces me preguntan porqué soy tan dura con este o aquel personaje, y me veo obligada a preguntármelo yo también. Todo esto es lo bueno, lo malo es que destruyen sin darse cuenta mi fantasía: adiós certezas, adiós tierra firme que creía definitivamente ganada al mar. Comprendo resignada que si dentro de diez años volviera a poner la lupa de la escritura para trasladarme a esa misma época, el relato sería distinto otra vez, vería nuevas conexiones, tal vez desearía algunas de las que ahora me deslumbran, y mis amigas también verían, si tuvieran la paciencia de volver a escucharme, nuevos aspectos que yo no habría captado.

La versátil e inabarcable realidad nos lo pone muy difícil a las que buscamos reposar sobre verdades absolutas. ■



LOS BISFENOLES Y LA SALUD DE LAS MUJERES

El pasado 19 de abril, la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA en sus siglas en inglés) publicaba su dictamen científico sobre la reevaluación de los riesgos para la salud relacionados con la presencia de bisfenol A (BPA) en los alimentos, reduciendo 20.000 veces la ingesta diaria tolerable (IDT) de 4 microgramos a 0,2 nanogramos por kilo de peso corporal al día y concluyendo que “las personas de todos los grupos de edad con una exposición media y elevada al BPA superan la nueva IDT”, por lo que “el bisfenol A en los alimentos constituye un riesgo para la salud” (EFSA, 2023).

Las propiedades estrogénicas del BPA se conocen desde los años 30 del siglo pasado, cuando se buscaba desarrollar hormonas sintéticas. Al final se descubrió que el DES era un estrógeno sintético más potente, por lo que se descartó el uso médico del bisfenol A. Sin embargo, pronto se encontrarían otros usos industriales para esta sustancia, como revelador en papel térmico (el utilizado en los tickets de compra), en la curtición de pieles, pero sobre todo en la fabricación de plásticos, como el policarbonato y de resinas, las resinas epoxi, a las que pronto se encontrarían innumerables aplicaciones en todos los sectores, desde empastes dentales, recubrimientos de latas de conser-

vas, envases alimentarios, pinturas, textiles, DVDs, materiales de construcción, fabricación de barcos o de palas de molinos de viento, etc. El BPA, con una producción global de 6,8 millones de toneladas anuales es hoy en día una de las sustancias químicas fabricadas en mayor cantidad en el mundo. En Europa se consumieron en el año 2020 1,24 millones de toneladas de BPA, el 98% en la fabricación de plásticos y resinas.

El BPA quizás sea una de las sustancias más estudiadas. Tras más de 80 años desde que se descubrieran sus propiedades estrogénicas, en Junio 2017, la Unión Europea por fin reconoció que el BPA es una hormona sintética, incluyéndolo en el listado del Reglamento REACH de sustancias de elevado nivel de preocupación por sus propiedades de alteración endocrina para la salud humana, debido a la alteración de hormonas esteroides y tiroideas.

La literatura científica sobre su toxicidad es apabullante, incluyendo revisiones de la OMS y el PNUMA en 2012, revisiones de la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA, 2023), de la Agencia Europea de Sustancias Químicas (ECHA, 2015 y 2017) y del proyecto europeo de biomonitorización humana (HBM4EU, 2020) que relacionan la exposición a BPA con:

- Daños durante el desarrollo fetal, incluyendo abortos espontáneos o bajo peso al nacer.
- Disfunciones reproductivas y sexuales
- Cáncer de mama. Estudios lo han relacionado con exposición gestacio-

nal y neonatal además de con la exposición a lo largo de la vida adulta.

- Alteración del sistema inmunitario.
- Obesidad, disfunciones metabólicas y diabetes, también relacionado con exposición prenatal.
- Enfermedad cardiovascular en adultos.
- Alteración del desarrollo cognitivo y del comportamiento en niños.

El BPA es el bisfenol más conocido y fabricado en mayores cantidades, pero en el mercado europeo se comercializan 200 bisfenoles, algunos utilizados como sustitutos del BPA, como el BPF, BPS, BPAF, BPZ, BPE o BPB, que también son disruptores endocrinos.

La Agencia Europea de Sustancias Químicas ha revisado la evidencia existente sobre la toxicidad de los bisfenoles, concluyendo que 148 son potencialmente peligrosos o se desconoce sus propiedades y que existe evidencia suficiente sobre la toxicidad de 34 sustancias para restringirlas. Sin embargo, hoy en día, solo está prohibido el uso de BPA para fabricar biberones, en juguetes para niños menores de 36 meses y para fabricar papel térmico desde 2020. Esta última decisión está basada en el incremento de riesgo de sufrir cáncer de mama de las cajeras y de sus hijas (por exposición uterina) debido al contacto continuado con el BPA presente en los tickets de compra. Tras su prohibición el BPA ha sido sustituido por otros bisfenoles como el BPS, con propiedades tóxicas similares al BPA, por lo que millones de cajeras siguen expuestas a diario.

EXPOSICIÓN

El BPA es un contaminante ambiental ubicuo, encontrándose en el aire, agua y suelo. Toda la población adulta europea presenta al menos bajos niveles de BPA y se ha detectado BPS y BPF, sustitutos del BPA, en el 50% de la población adulta.

Se ha analizado la presencia de niveles elevados de BPA en el aire, sobre todo cerca de fábricas que lo utilizan, vertederos e incineradoras de residuos. El aire interior y el polvo de hogares, escuelas, comercios, oficinas o fábricas presenta concentraciones más elevadas que el exterior. Los mayores niveles de exposición se encuentran en el ámbito laboral, en ambientes industriales, con uso de policarbonatos y resinas epoxi se han encontrado niveles ambientales 20 veces superiores a los niveles ambientales de fondo.

La exposición de las cajeras a bisfenoles en sus puestos de trabajo es a través de la piel. Los consumidores también se exponen por esta vía, aunque el tiempo de contacto es mucho menor.

También hay exposición dérmica por contacto con ropa y tejidos tratados con Bisfenol A, pero se considera que la principal ruta de exposición de la población general es a través de la dieta debido a la migración de bisfenoles desde los envases y vajillas a los alimentos.

REGULACIÓN

¿Cómo es posible que a pesar de que se conozca la peligrosidad de los bisfenoles no se hayan tomado medidas efectivas para proteger a la población y al medio ambiente?

Varias publicaciones describen cómo la industria ha conseguido y sigue consiguiendo que las autoridades sanitarias y medioambientales retrasen durante décadas cualquier medida efectiva para reducir el uso de estas sustancias: generando

dudas sobre la evidencia científica, persiguiendo a investigadores, enfocando la atención y los recursos para la investigación sobre efectos minoritarios o inexistentes para desviarla de los impactos reales y de mayor preocupación, incumpliendo sus obligaciones de información a las autoridades, denunciado a las autoridades cada vez que se ha intentado avanzar la regulación,....

Su estrategia les ha ido y les sigue yendo muy bien, con estimaciones de incrementos de fabricación del 6% anuales a nivel mundial.

Tras la publicación del IDT revisado por parte de la EFSA, la Comisión Europea ha anunciado una revisión de las concentraciones de BPA y otros bisfenoles (sin especificar) en la normativa sobre materiales en contacto con alimentos para finales de 2024. Alemania ha propuesto una restricción a cinco bisfenoles por su impacto sobre los organismos acuáticos, pero debido a la falta de información sobre las emisiones ambientales de BPA desde los polímeros, proponen derogar estos usos de la restricción y además proponen alargar el uso de BPA en curtición de pieles para reducir los impactos sobre las empresas. Es decir, más que una restricción se propone una autorización del 98% del BPA en uso.

La Comisión Europea propuso en su hoja de ruta sobre restricciones de 2022, una restricción de los bisfenoles por sus impactos sobre la salud, pero este compromiso aún no se ha cumplido.

Si no hay mayor presión social, también por parte de los profesionales sanitarios, seguiremos expuestos a los bisfenoles durante varias décadas.

RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LA EXPOSICIÓN

Aquí van algunas recomendaciones para reducir la exposición en el trabajo: Comprueba si hay presencia de BPA

y BPS en tu trabajo. Al estar clasificados como sustancias reprotóxicas según el Reglamento 1272/2008 CLP los empresarios tienen la obligación de eliminar o sustituir su uso siempre que sea técnicamente viable. Si no es posible, deberán tomar todas las medidas necesarias para evitar la exposición de las trabajadoras y monitorizar su presencia tanto en el ambiente de trabajo como en las propias trabajadoras. Las trabajadoras embarazadas o en edad fértil no pueden estar expuestas, por lo que deberán asignarles un puesto de trabajo alternativo si no se puede eliminar según la Directiva 2022/431 del Parlamento Europeo y del Consejo.

Y algunas recomendaciones generales de los investigadores del proyecto HBM4EU:

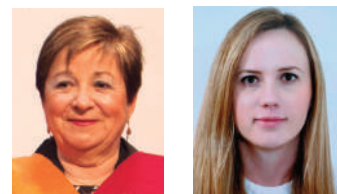
- Reduce el consumo de alimentos envasados.
- Evita el uso de envases de alimentos de plástico o con recubrimientos con resinas (ejemplo: recubrimiento blanco del interior de latas de conserva).
- No introduzcas alimentos o bebidas calientes en envases de plástico y no los introduzcas en el microondas.
- Evita la vajilla de plástico, sobre todo si es de policarbonato (PC) y no introduzcas plásticos en el lavavajillas.
- Evita tocar los tickets de compra y lávate las manos si lo haces. ■

PARA SABER MÁS

Proyecto europeo de monitorización HBM4EU: <https://www.hbm4eu.eu/hbm4eu-substances/bisphenols/>

EFSA (2023) Dictamen científico sobre la reevaluación de los riesgos para la salud relacionados con la presencia de bisfenol A (BPA) <https://www.efsa.europa.eu/es/topics/topic/bisphenol>

Sarah A. Vogel. The Politics of Plastics: The Making and Unmaking of Bisphenol A "Safety". Am J Public Health. 2009 November; 99(Suppl 3): S559-S566.doi: 10.2105/AJPH.2008.159228



LA ENDOMETRIOSIS EN ESPAÑA

Hasta la actualidad, en España se desconoce la verdadera prevalencia de esta enfermedad, y aunque se dispone de algunos estudios epidemiológicos con ellos no podemos conocer su verdadero impacto sobre la salud y el bienestar de las mujeres.

La endometriosis se ha definido como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina. Según la literatura consultada, se estima que podría afectar hasta al 10 % de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y aproximadamente al 30-50 % de las mujeres sintomáticas. Nosotras, con este artículo nos proponemos divulgar algunos de los datos que hemos recogido sobre la prevalencia de la endometriosis en la población general, en el Estado español y en cada una de sus comunidades autónomas, aportando información sobre algunos factores relacionados con su diagnóstico y que hasta el momento no se habían estudiado.

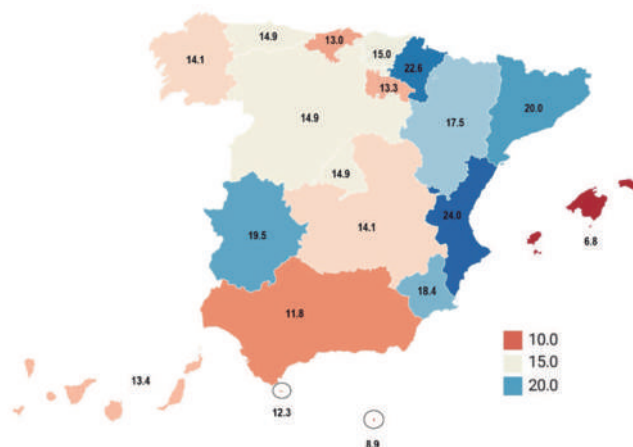
Para cumplir con el principal objetivo de nuestra investigación, se diseñó un estudio transversal y observacional de casos, se creó un cuestionario online, que fue difundido a través de las redes sociales y otras, al que las mujeres accedían de forma aleatoria, y con el análisis de sus resultados daremos a conocer las circunstancias que acompañaron al diagnóstico de esta enfermedad, que por definición, es exclusivamente quirúrgico. Para obtener datos clínicos nos dirigimos a todos

los centros hospitalarios del sistema nacional de salud, en demanda de los registros de alta tras un ingreso hospitalario por endometriosis, en cualquiera de sus presentaciones clínicas, y que aparecen en los registros clasificados con los correspondientes códigos CIE. El período de estudio comprendió desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2017, y las respuestas en de los diferentes hospitales a veces se demoró hasta más de un año, lo que significa que no pudimos comenzar su análisis hasta bien entrado el año 2019.

Para el análisis de los datos obtenidos, contamos también con la información del INE para el intervalo de tiempo estudiado, cuando en España había 12.775.911 mujeres en edad reproductiva (15-54 años). Con los datos enviados desde los diferentes centros hospitalarios, constatamos que 20.547 mujeres en edad reproductiva habían sido diagnosticadas de endometriosis, con una edad media de 36,8 años. En cuanto a la distribución por órganos afectados, se mantuvo constante durante el período estudiado, siguiendo la siguiente distribución: uterina (28,4 %); tubo-ovárica (35,2%); peritoneal (8,1%); vesical (6,8%); intestinal (3,2%); otro tipo (18,31%).

En conjunto, sabemos que unas 5.000 mujeres por año de estudio fueron diagnosticadas de endometriosis, todas ellas residentes en el

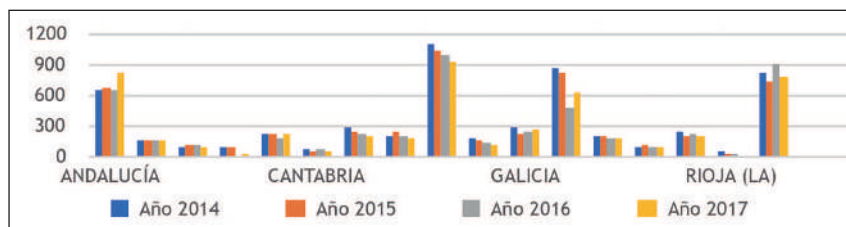
Estado español. La prevalencia global fue de 16,1 casos por 10.000 mujeres, pero las tasas oscilaron entre 6,8 y 24 según las CC AA, y como se puede ver en la figura 1, la mayor prevalencia se encontró en la comunidad valenciana (24 casos/10.000 mujeres), seguida de Navarra (22,6 casos/ 10.000 mujeres), Cataluña (20 casos/10.000 mujeres), Extremadura (19,5 casos/10.000 mujeres) y Murcia (18,4 por 10.000 mujeres).



Prevalencia global y regional la de endometriosis.

También nos hemos encontrado con un resultado interesante, ya que la prevalencia anual de endometriosis en España, durante el período analizado, disminuyó de 4,4 a 3,9 casos/10.000 mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa tanto para los datos por CCAA como para la media nacional ($p = 0,000$). En la figura 2 se reflejan los casos diagnosticados durante los años analizados.

Cuando teníamos disponibles los resultados generales, obtenidos mediante los registros oficiales antes mencionados, nos dispusimos a ana-



Número de casos de endometriosis diagnosticados por cirugía según CCAA y año revisado.

lizar los datos procedentes del cuestionario online, al que habían respondido un total de 173 mujeres, de las que el 47,4% trabajaban fuera del hogar, residían en diferentes CCAA y habían sido diagnosticadas de endometriosis. Su edad media era de 38 años (rango de 22 a 55 años) y entre sus hábitos higiénicos y dietéticos destacaban el tabaquismo (25%, $p < 0,01$), la ingestión de bebidas alcohólicas (21%, $p < 0,01$) y, en menor cuantía, de cafeína (4%). Curiosamente, las mujeres de Castilla-León y Navarra manifestaron realizar más ejercicio físico que las del resto de las CCAA y el 72% consideraban que su dieta era equilibrada.

De este grupo de estudio, el 9% había tenido la menarquia antes de los 11 años ($p < 0,01$), sus ciclos menstruales eran de 25 ± 9 días, y padecían dismenorrea de diferentes grados de intensidad: leve (12%), moderada (25%) o intensa 51% ($p < 0,01$); el 68% manifestó padecer dolor pélvico crónico, y en más del 30% era intenso o muy intenso. La mayoría no habían sido madres (61%), el 39% se sometieron a técnicas de reproducción asistida y el 20% lo hicieron a técnicas de fecundación in vitro. Sólo el 38% manifestó que había sido diagnosticada de endometriosis tras la cirugía.

A nuestro modo de ver el dato más relevante lo aportaron cuando se les preguntó por el intervalo de tiempo transcurrido desde que comenzaron a padecer síntomas hasta que recibieron un diagnóstico, y la respuesta también varió según la CCAA de residencia: el de Castilla-La Mancha fue el más elevado (14 ± 18 años), seguido de Andalucía (8 ± 11 años), Murcia (7 ± 6 años), Cataluña (5 ± 5 años), Castilla y León (5 ± 3 años), Islas Canarias (4 ± 6 años), Galicia (4 ± 4 años), Madrid y Comunidad Valenciana (3 ± 2 años) y Aragón (2 ± 1 años), y las diferencias inter comunidades fue significativa desde el punto de vista estadístico ($p < 0,01$).

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Nuestro estudio fue el primero que se realizó en España sobre la prevalencia de la endometriosis según la CCAA de residencia, y con el mismo hemos podido demostrar que también en estos casos hay una importante morbilidad diferencial, porque mientras que en unas el diagnóstico de la enfermedad fue más o menos rápido en otras pudo alcanzar la elevada cifra de 12 años desde el comienzo de los síntomas.

Desde el punto de vista práctico tenemos que resaltar que aunque es muy significativa la cifra de prevalencia este valor no es representativo del conjunto de la población, ya que solo se obtuvo información de aquellas mujeres que fueron hospitalizadas por causas relacionadas con la enfermedad. Si se dispusiera de datos sobre la población femenina de todo el Estado, y de mejores medios diagnósticos, que obviarán pasar por el quirófano, a buen seguro que esta cifra se incrementaría de forma considerable.

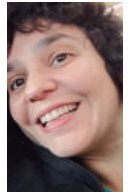
Aunque la endometriosis uterina y tubo-ovárica fue la presentación que se diagnosticó más frecuentemente, otras modalidades clínicas también tuvieron cierta relevancia, y este es un dato que se debería tener en cuenta cuando se trata de diagnosticar a las mujeres que solicitan atención sanitaria por estar afectadas de diferentes cuadros de dolor abdomino-pélvico, crónico en la mayoría de los casos, y que no se ajustan al cuadro clínico más común descrito en la literatura, o bien en aquellos casos en los que la exploración clínica y ecográfica no acertó a precisar con exactitud el asiento de las lesiones. En cualquier caso tiene difícil justificación la demora en el diagnóstico cuando las mujeres están sintomáticas.

Debemos señalar que se necesitan más estudios a nivel poblacional para poder evaluar las razones que justifiquen la disminución de la prevalencia observada con el paso de los años, y las diferencias significativas en las tasas regionales de prevalencia, para indagar sobre los factores que las determinaron.

Finalmente queremos consignar que el diagnóstico correcto en parte estuvo condicionado por el lugar de residencia, y que sería necesario mejorar los protocolos de diagnósticos de las CCAA, teniendo en cuenta que muchas mujeres pasaron un largo período de sus vidas infradiagnosticadas. Pensamos que muchas de las mujeres afectadas por una sintomatología más o menos típica de endometriosis no fueron abordadas y tratadas como hubiera sido conveniente y necesario, y este hecho determinó una falta de satisfacción totalmente justificada. Nuestro equipo de investigación tiene la intención de realizar un estudio de seguimiento para estimar el costo en salud y en recursos relacionados con la endometriosis en España, porque todavía se desconoce su verdadera prevalencia y consideramos que nuestra aportación es un punto de partida para futuras investigaciones. ■

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES VIRTUALES

1. Ávalos Marfil, Almudena, Barranco Castillo, Enriqueta, Martos García, Raúl, Mendoza Ladrón de Guevara, Nicolás y Mazheika, Marina. Epidemiology of endometriosis in Spain and its Autonomous Communities: a large, nationwide study. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18, 7861. <https://doi.org/10.3390/ijrph18157861>.
2. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2002 Mar;955:11-22; discussion 34-6, 396-406.
3. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 1997 Jun;24(2):235-58.
4. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2004 Apr;18(2):177-200.
5. Rogers PAW, Adamson GD, Al-Jefout M, Becker CM, D'Hooghe TM, Dunselman GAJ, et al. Research Priorities for Endometriosis. *Reprod Sci* [Internet]. 2017 Feb 27;24(2):202-26.
6. Adamson GD, Kennedy S, Hummelshoj L. Creating Solutions in Endometriosis: Global Collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *J Endometr* [Internet]. 2010 Jan 23;2(1):3-6.



MENOPAUSIA, MEDICALIZACIÓN Y COMUNICACIÓN: SU PRESENCIA EN YOUTUBE

La menopausia es un proceso fisiológico normal que ocurre en la mayor parte de las mujeres en torno a los 50 años. Se produce cuando no ha aparecido menstruación en el último año por el efecto de la bajada en los niveles séricos de estrógenos y progesterona que se produce en el ovario cuando deja de haber ovulaciones.

Este proceso se inicia con la premenopausia, se sigue de la perimenopausia, y es un período de transición hacia la tercera etapa de la vida de las mujeres, **donde desaparece la capacidad reproductiva**. Este hecho es clave para el patriarcado, que entiende la menopausia como un declive y a la que asocia con experiencias, creencias y síntomas negativos, idea que ha calado tanto en el ámbito sanitario como en la sociedad en su conjunto.

A partir del s. XX se abre la puerta a la medicalización de las personas, y sus procesos se caracterizan por: 1) *Redefinir las percepciones* de profesionales y legos sobre la salud, incorporando la "mirada médica" a acontecimientos vitales, definiéndolos como entidades patológicas sobre las que se precisa intervenir, 2) *Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica* y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el

necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican, y 3) *La marginación de cualquier modo alternativo* de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos (1). La concepción negativa de la menopausia ha sido el caldo de cultivo para la **medicalización de esta fase vital de las mujeres**.

A partir de los años sesenta del siglo XX se promovió el tratamiento farmacológico de las mujeres en la menopausia, con el objetivo de impedir el envejecimiento y a partir de entonces se fueron implementando fármacos con esta finalidad. Durante los años noventa, en España también se promovió este tipo de intervenciones médicas, se crearon unidades de menopausia y otras similares, destinadas todas ellas a prevenir la aparición de enfermedades crónicas. Fue algunos años después cuando, tras la publicación de los primeros resultados el estudio WHI (Women's Health Initiative) realizado en Norteamérica, se conoció que realmente no sólo no se prevenían las enfermedades sino que algunas como la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de mama eran más frecuentes en las mujeres que usaron lo que se había dado en llamar Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) (2). Sin embargo, a pesar de éstos y otros resultados desfavorables, la insistencia en la indicación de la THS no ha cesado.

Esta ofensiva medicalizadora, tiene como protagonistas a la industria farmacéutica, la gestión sanitaria y profesionales de salud y también cuenta con aliados entre la población, porque las mujeres buscan una solución rápida a sus malestares sin conocer las consecuencias de los remedios que se le ofrecen, y porque se presenta esta posibilidad a través de los medios de comunicación social (1).

Los medios de comunicación, y en las últimas décadas las Redes Sociales (RRSS), cumplen un importante papel en los procesos de medicalización, por su gran capacidad de difusión, dando acceso a la ciudadanía a información sobre temas de salud. En concreto, YouTube es una de las RRSS que se utiliza, cada vez más, como plataforma para el acceso al conocimiento. La probabilidad de que las mujeres en la menopausia busquen información sobre este proceso es relativamente alta (3).

El objetivo de este artículo es dar a conocer las características de la información sobre menopausia que están accesibles en YouTube.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un estudio transversal mediante una búsqueda en YouTube, en donde la palabra clave era "menopausia", sin establecer como criterio un límite temporal. Nuestro análisis se centra en los primeros 34 vídeos, excluyendo los anuncios. Para sistematizar los resultados se introdujeron en un registro Excel los si-



guientes campos: título, enlace, autoría, duración, número de visualizaciones y mensajes clave.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se han agrupado en cinco categorías temáticas:

- 1) El tema mayoritario (14 vídeos) es el *conocimiento* de la menopausia, definiendo en qué consiste y cuáles son sus fases, e incluyendo respuestas a preguntas tales como por qué la menopausia sigue siendo un tabú o si es posible quedarse embarazada durante esta etapa.
- 2) El segundo tema más tratado (10 vídeos) es el de los *síntomas asociados* a la menopausia y sus posibles tratamientos.
- 3) También parece relevante (5 vídeos) el tema de la *dieta*, en referencia tanto a los alimentos como a los suplementos.
- 4) En cuanto a *otros cuidados* (3 vídeos) encontramos el de la piel y los ejercicios y recomendaciones para evitar tanto la pérdida de musculatura como del cabello.
- 5) Por último, dos vídeos ponen en relación la menopausia con el *cáncer*, de mama y endometrio respectivamente.

En cuanto a la autoría de los videos visualizados esta se puede clasificar en tres tipos, que van desde iniciativas personales hasta entidades clínicas o empresas de divulgación

general. Respecto a las primeras, se encuentran las de dos ginecólogos, un cirujano plástico y el de una médica anatomopatóloga. Otros profesionales como fisioterapeutas del suelo pélvico mantienen publicaciones con títulos tales como *En Suelo Firme*, y simplemente youtubers divulgan información a través de sus canales, con títulos tan sugerentes como *Mujer estupenda*, *Ella y el abanico* o *Cuarentonas y felices*. Hay entidades que disponen de canales propios como *Actualidad matrona*, *Aula de ginecología*, *Academia Aleris*, *Laboratorios NIAM*, *Centro Médico ABC*, *Sanitas*, *Top Doctors*, *National Institute of Aging*, *Mapfre*, *Glamour* o *EFE Salud*, que poseen un alto número de suscripciones y, con ello, sus vídeos tienen mayor posibilidad de ser visualizados.

La duración de los vídeos es muy variable, desde los más breves, en torno a medio minuto, a los más extensos, de hora y media aproximadamente. Esta variabilidad responde a tipos de formato, a los shorts (vídeos de un minuto máximo de duración) corresponde un tercio de la muestra. Los vídeos más extensos son grabaciones de conferencias o formaciones (5 vídeos) y el resto, con una duración entre 10 y 30 minutos son material creado exprofeso para esta red social.

El número de visualizaciones depende de la fecha en que hayan sido

subidos, si bien cabe destacar que los vídeos que provienen de entidades tienen mayor probabilidad de difusión por el alto número de suscripciones a sus canales (938 K o 604 K por ejemplo).

Con respecto a los mensajes clave difundidos a través de esta red social, tan solo en una ocasión se habla de la menopausia como una etapa vital positiva para las mujeres, en un encuadre que va más allá de los cambios fisiológicos que tienen lugar en sus cuerpos. La definición y fases de la menopausia se hace de forma incoherente e incorrecta en general y los síntomas que se nombran, de manera más frecuente, son los sofocos-sudoración, problemas para dormir, aumento de peso, caída de cabello y cambios en el humor y en el estado de ánimo y la depresión. Los tratamientos que se promueven a través de estos canales son cambios en el estilo de vida, especialmente en la alimentación, con suplementos, y el uso de fármacos por indicación médica (THS, hormonas bioidénticas). La tónica general de la información que se transmite sobre menopausia es que, a pesar de ser un proceso fisiológico que viven las mujeres, durante el mismo, es habitual que aparezcan síntomas muy disruptivos que es necesario controlar y paliar, como muestra la expresión "ese problema natural de las mujeres".

DISCUSIÓN

Determinadas investigaciones, que han analizado las características de YouTube, han concluido que contiene información engañosa, principalmente anecdótica y que contradice los estándares de referencia. Algunas investigaciones que han usado esta misma metodología para conocer los mensajes que se divulgan sobre fibromialgia o endometriosis (4,5) refieren que ésta aparece sesgada, sin contenidos científicos adecuados y que no es una fuente apropiada para la obtención de información. Nosotras estamos plenamente de acuerdo con

estas apreciaciones, ya que como hemos podido comprobar con respecto a la menopausia, **los mensajes visualizados reproducen una concepción negativa, estigmatizante y patologizadora de la menopausia**, y las fuentes más autorizadas, que provienen del ámbito sanitario, siguen **promoviendo la medicalización de esta etapa**.

El uso de las redes sociales en educación para la salud puede ser muy útil para desmitificar, normalizar y generar el cambio de creencias, tanto en las mujeres y profesionales como en la sociedad en su conjunto, aportando información de calidad, desde un enfoque bio-psico-social-ambiental y con perspectiva de género. Desde este enfoque, la menopausia, como parte del ciclo menstrual, sigue siendo un indicador de salud (6). Es necesario, además, contrarrestar la percepción negativa, que se manifiesta en creencias erróneas y actitudes medicalizadoras, escuchar las vivencias de las mujeres y difundir experiencias positivas.■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Márquez, S y Meneu, R, "La medicalización de la vida y sus protagonistas", en Eikasía. Revista de filosofía, 8, 2007, pp. 65-86. Martín Martín, J, "El sistema nacional de salud español ante la gran recesión", en Cuadernos de Relaciones Laborales, 34 (2), 2016, pp. 315-334. doi: 10.5209/CRLA.53459.
- (2) Burnand B, Cornuz J, Wirthner D, Lamy O. Hormone replacement therapy: thoroughness in method and interpretation of results. Regarding the Women's Health Initiative--WHI]. Rev Med Suisse Romande. 2003 May;123(5):277-81. French. PMID: 15095709.
- (3) Madathil KC, Rivera-Rodriguez AJ, Greenstein JS, Gramopadhye AK. Healthcare information on YouTube: A systematic review. Health Informatics J. 2015 Sep;21(3):173-94. doi: 10.1177/1460458213512220. Epub 2014 Mar 25. PMID: 24670899.
- (4) Ozsoy-Unubol T, Alanbay-Yagci E. YouTube as a source of information on fibromyalgia. Int J Rheum Dis. 2021 Feb;24(2):197-202. doi: 10.1111/1756-185X.14043. Epub 2020 Dec 23. PMID: 33355406.
- (5) Lee KN, Tak HJ, Park SY, Park ST, Park SH. YouTube as a source of information and education on endometriosis. Medicine (Baltimore). 2022 Sep 23;101(38):e30639. doi: 10.1097/MD.00000000000030639. PMID: 36197187; PMCID: PMC9509122.
- (6) Cuadernos de Salud de las Mujeres N°9: Salud Menstrual. Instituto Andaluz de la Mujer. 2022-ISSN 2695-4729.



Mónica Molner Andrés

Médica de Familia integrativa con 20 años dedicada fundamentalmente a la mujer en sanidad pública (USSyR) y privada (Clínica Acuario)
Máster en Anticoncepción y Salud sexual,
Medicina Naturista y Psiconeuroinmunología

CUANDO LA EVIDENCIA CAE

(REFLEXIONES TRAS MI PASO POR EL
CONGRESO DE SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE SALUD DE PRECISIÓN)

Llevo más de 20 años transitando por la frontera entre dos mundos que en algún universo paralelo conviven sin problemas, no siendo así en el que vivo, ya que la formación en nuestras facultades pone un veto a todo lo que no venga de la Farmaindustria tradicional y se deja guiar por ella, mientras que cuando estoy en el otro, veo como la Medicina Integrativa utiliza terapias con resultados que en este mundo prefieren ignorar.

Demasiado tiempo de formación puede quemar las neuronas a quienes pudiendo mejorar la existencia de sus pacientes se limitan a repetir lo aprendido, sin plantearse siquiera que quizás haya otras formas, o que incluso quepa la posibilidad de estar fundamentando sus acciones en "suposiciones", sesgos malintencionados o recomendaciones que mejor no hubieran iluminado ningún cerebro. Dado que trabajo fundamentalmente en el campo de la salud sexual y reproductiva, centraré mi reflexión en algunos aspectos de la misma.

En la asistencia sanitaria, una de las poblaciones con las que más se ha practicado, hemos sido las mujeres porque ofrecíamos muchos territorios donde experimentar, gracias a las diferentes etapas por las que pasamos. La menarquia abre el camino a posibles intervenciones para tratar (dismenorrea, síndrome premenstrual, sangrado abundante, ovario poliquístico, endometriosis, anticoncepción,...) que se verán ampliadas cuando llega el embarazo con su postparto, y no acaban con la menopausia (sofocos, sequedad, insomnio, osteoporosis, incontinencia de esfínteres,...), porque aún nos queda parte de climaterio para paliar sus posibles problemas.

Mas allá de que únicamente se planteen soluciones farmacológicas o quirúrgicas en todos estos momentos, me centraría en uno donde hay una especial vulnerabilidad, porque implica que lo que vayamos a tomar podrá tener consecuencias en el ser que llevamos dentro o al que estamos alimentando con nuestra leche (por cierto, el mejor alimento del mundo, imposible de copiar).

No parece que “experimentar” con una embarazada o una lactante sea ético, así que generalmente nos dejamos guiar por protocolos basados en recomendaciones de expertos o por la precaución que el Medimecum nos pida, a veces contraindicando algo erróneamente. Ante la duda, confío más en <https://e-lactancia.org/> donde hay un interés en que esa madre siga amamantando sin peligro y no en crear miedos sin evidencia.

Cuando en el planeta Certidumbre aterriza alguien planteando la revisión de alguna doctrina instaurada, la primera reacción suele ser intentar silenciarle o ningunearle.

Esto está sucediendo, por ejemplo, con la **vitamina D**, hormona con tantas funciones que necesitaría un artículo entero dedicado a ella, cuyos niveles aceptamos que siendo más bien escasos, y sabiendo que sus necesidades aumentan en situaciones como infecciones, cáncer o embarazo, tenemos entidades como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que todavía no ve necesaria su determinación en la mujer que desea tener un bebé.

Si añadimos a eso el control del gasto en los hospitales vemos que no existe la opción de pedirla, a no ser que se cumplan unos criterios que no incluyen las situaciones anteriormente citadas.

Con el **Ácido Fólico** también tendríamos que replantearnos algunas cosas. Pautado habitualmente

cuando una mujer desea quedarse embarazada para prevenir malformaciones a nivel del cierre del sistema nervioso, que van de la espina bífida a otras más graves, incompatibles con la vida.

En 1996 la OMS hizo una revisión donde se determinaba que la disminución del riesgo de estas malformaciones dependía de que los niveles de Folato intraeritrocitario (y no del ácido fólico en sangre) fueran los adecuados entre los días 22 y 28 tras fecundación, momento a partir del cual una mujer puede empezar a sospechar que hubo suerte (o no).

Así que tenemos de entrada 2 problemas:

- La determinación de folato intraeritrocitario es una utopía y cerca del 90% de la población española tenemos los niveles más bajos de lo que deberíamos.
- La suplementación debe comenzar mínimo un mes antes de empezar la búsqueda.

Pero, ¿todas las mujeres necesitan lo mismo? Obviamente, no.

Pertenecer a una etnia u otra, puede determinar mayores requerimientos y aunque podemos obtenerlo de algunos alimentos, es muy termolábil y con la dieta no será suficiente.

Además, para que el ácido fólico funcione necesita ser activado y esto no es siempre posible porque, en primer lugar, en el último paso de la activación es necesaria una enzima, que en España puede estar defec-

tuosa en la mitad de la población y, para rematar, son necesarios unos cofactores (vitaminas del grupo B, colina, betaína, Magnesio) para que todo funcione como toca. De hecho, cuando la ruta de activación no puede producirse, acabamos aumentando los niveles de homocisteína, un marcador de inflamación, cuya elevación pueden provocar infartos, trombosis, abortos o retraso del crecimiento intrauterino.

La dosis diaria estipulada es la de 400 mcg aunque aumentó a 500, **sin estudios que lo justificaran**, en

- Defecto de tubo neural en embarazo anterior o en la propia embarazada.
- Obesas, diabéticas o celíacas.
- Uso de fármacos antifolínicos como el Metotrexate.

Después de todas estas consideraciones, tendremos que seguir planteando revisiones en nuestras actuaciones y recomendaciones y, aunque en la atención médica, **es fundamental el abordaje individualizado**, en el caso de la mujer que desea ser madre se hace más patente esta necesidad.

Aunque la protagonista principal en estos casos es la mujer, nunca dejan de sorprenderme los hombres que rechazan hacerse pruebas antes de iniciar la “búsqueda del tesoro”, total, aportarán el 50% de la información genética y posibles infecciones a ese bebé.

Para que la ciencia avance y la población general pueda disfrutar de una atención de calidad, necesitamos abrir ventanas y profesionales con espíritu crítico y abiertos a nuevas perspectivas de trabajo y para eso es imprescindible la humildad de reconocer que seguimos aprendiendo cada día y que no lo sabemos todo.

Agradezco a la Dra. Laia Vidal sus aportaciones a este artículo. ■



Montserrat Roca Roger
En representación del Sindicato de madres
en la diversidad funcional.



LAS MADRES DEL SINDICAT DE MARES EN LA DIVERSITAT FUNCIONAL **NECESITAN RECURSOS, NO ANSIOLÍTICOS**

Grupo de madres y hermanas de personas con diversidad funcional que reclaman los derechos de nuestros hijos e hijas y también los nuestros, desde una perspectiva feminista.

El cuidado de cualquier bebé es todavía una tarea eminentemente femenina, también si un niño o una niña enferma, las madres son quienes los cuidan.

Cuando un niño o una niña presentan algún tipo de discapacidad siguen siendo las madres quienes se hacen cargo de sus atenciones, muchas veces porque los padres han desaparecido. Las madres proporcionan cuidados a sus hijos e hijas con discapacidad en todas las áreas de la persona. Son quienes les garantizan la vida y lo harán durante toda la vida.

En marzo de 2021 un grupo de madres de hijos e hijas con discapacidad, mayoritariamente intelectual, se plantearon crear un grupo de personas que estuviera en su misma situación de cuidadoras durante toda la vida para reivindicar, desde el punto de vista de los derechos y el feminismo, los soportes que necesitan sus hijos e hijas. Así nació el Sindicat de Mares en la Diversitat Funcional. Este grupo pretende contrastar con la cantidad de voces y mensajes que muestran la discapa-

cidad de los hijos en clave romántica y su cuidado basado en la motivación, autosuperación, autocuidado, tómbolas y globos azules. A pesar de su nombre somos un grupo sin ninguna estructura formal, que se denomina así porque consideramos que el cuidado es un trabajo. Al sindicat se puede adherir cualquier madre (también lo han hecho hermanas) de personas con discapacidad. Debido a la complejidad de convivir con una persona con las dificultades de nuestros hijos e hijas, nos relacionamos telemáticamente y a través de las redes sociales (1,2) y nuestras principales acciones se basan en el activismo social.

Nuestro lema desde el principio ha sido *¡Por los derechos de nuestros hijos e hijas y por los nuestros también!* porque cuando las discapacidades y la dependencia entran por la puerta, los derechos básicos y el mínimo de feminismos saltan por la ventana.

La relación con personas que viven una situación similar nos ha hecho ver que todas estamos muy cansadas porque mantenemos las mismas luchas desde que se descubrió la discapacidad de nuestros hijos e hijas. Para, conocer primero y después conseguir unos soportes insuficientes e inadecuados para nuestros hijos, nos tenemos que sumergir en un laberinto burocrático que nos roba tiempo para nosotras y para cuidar.

El cuidado de un hijo o hija con discapacidad provoca que las madres enfermen por la sobrecarga que provocan los cuidados de la crianza prolongada. Nuestros malestares se ven agravados por la no respuesta de las administraciones que, en teoría, están para ayudarnos. De hecho, las administraciones apenas tienen datos sobre nosotras. Una prospección inicial realizada en 2018 por el ayuntamiento de Barcelona,

a través de entrevistas telefónicas breves (3), puso de manifiesto que el colectivo de cuidadoras con peores datos de salud y que tomaba más medicamentado eran las madres de hijas e hijos con discapacidades. Y eso que la mayoría de las entrevistadas eran madres con hijos e hijas pequeñas, y es conocido que los problemas graves de salud aparecen a partir de los 10 o 15 años de ejercer el cuidado (4).

Así pues, las administraciones son las primeras que vulneran nuestros derechos y los de nuestros hijos e hijas y el primer derecho que se vulnera es nuestro derecho a la salud. El malestar producido por la sobrecarga del cuidado, la preocupación por la evolución de los hijos e hijas y el peregrinaje por la administración pública se traduce en síntomas físicos, emocionales y sociales como dolores articulares, estrés, depresión, ansiedad, angustia, pérdida del trabajo remunerado y de la red social... todo ello agravado con el paso

del tiempo ya que al cansancio se le añade el miedo a qué pasará con el hijo o hija cuando nosotras, las madres, no podamos cuidarlos. Esta incertidumbre está basada en nuestra experiencia en la vulneración de los derechos de nuestros hijos durante toda su trayectoria vital, entonces el malestar de las madres puede hacerse insostenible.

Las madres sabemos que nuestro estado de salud depende del bienestar de nuestros hijos e hijas, y éste depende de poder contar con unos apoyos adecuados a cada persona en cada momento de su vida para poder vivirla con dignidad. La mayoría de las veces la única respuesta que obtenemos es una receta de ansiolíticos.

Nuestros hijos tienen derecho a poder vivir con dignidad. Las madres no necesitaríamos ningún suplemento químico para poder convivir con nuestra familia si cada miembro fuera tratado de forma equitativa. De hecho, nos bastaría con que se cumpliera la nueva estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad (2021-2023) incluida en las políticas de la Unión Europea y que los estados han firmado (5) .■

REFERENCIAS

1) <https://twitter.com/SindicatMares>

2) <https://www.facebook.com/groups/310346207532062/>

3) <https://ajuntament.barcelona.cat/dones/ca/salut-i-qualitat-de-vida-de-les-dones-cuidadores-de-familiars-resultats-i-valoracio-dels-serveis>

4) Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes, Atención Primaria, Vol 48, Issue 2, 2016, Pags 77-84, ISSN 0212-6567, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001249>)

5) <https://eurosocial.eu/bitacora/la-nueva-estrategia-europea-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>

Homenaje a PEP MARTÍ VALLS

EL PASADO 24 DE ABRIL MURIÓ EL VICEPRESIDENTE ACTUAL
Y MIEMBRO FUNDADOR DEL CAPS, PEP MARTÍ VALLS

Pep Martí es una de esas personas insustituibles en nuestra organización. Médico traumatólogo de profesión, ejerció en el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, también lo hizo como gestor en el mismo hospital y en el Ajuntament de Barcelona, por eso podía hablar de teoría y de práctica con sabiduría.

Siempre fue activista de muchas causas, todas relacionadas con la salud: participación ciudadana en salud, políticas públicas en salud, medio ambiente... y en todos los ámbitos tenía un objetivo: aprender y tender puentes.

Era capaz de juntar a personas con diferentes perspectivas para que expusieran su postura y entablaran un diálogo. Y todas respondían a su demanda.

Siempre decía un sí a las innumerables peticiones de charlas formuladas por asociaciones, entidades vecinales, plataformas...etc. en cualquier lugar de Catalunya.

Podía estar en la mesa fundacional de la Marea Blanca, en las manifestaciones por la Sanidad pública, en reuniones con los consellers de turno, organizando actividades en su asociación de vecinos, en seminarios y jornadas diversas, en los consells de salut y escribiendo artículos en la prensa, <https://diarisanitat.cat/author/jmarti/>, como en el Diari de la sanitat, o redactando estudios.

Con la Marea Blanca, defendía el derecho a la salud y a una sanidad pública de calidad, porque para él el modelo no debía basarse en la enfermedad, sino en la salud

Un enlace a un video al canal de Sicom TV. Solidaritat i Comunicació <https://www.youtube.com/@sicomtv>,



explicando cuál es el modelo de salud <https://youtu.be/SnGiE46u6cw>

Pep, creía profundamente en la participación de la ciudadanía en las instituciones y se implicó desde todas las vertientes. En la parte práctica como representante de las administraciones primero y como representante de la ciudadanía después en los Consejos de salud y en la parte teórica, elaborando estudios y documentos para organizar esta participación.

Y así le visitó la muerte. En medio de un seminario que organizó desde el CAPS y cuyo título era: "*Curs dels valors i qualitat del sistema públic de salut per la participació en la seva governança*"

Como introducción a este seminario, escribió un párrafo de la declaración fundacional del CAPS, que cumple 40 años y que traduzco al castellano:

"Como consideramos determinante la participación de la ciudadanía en la definición de los objetivos y de las prioridades sanitarias, el CAPS se propone, además, ofrecer a la comunidad la información y los instrumentos a su alcance que puedan ayudarla a ser la protagonista de su propia salud"

Un hombre honesto, sereno, sabio. Un maestro.

Olga Fernández Quiroga



Lucía Artazcoz
Agència de Salut Pública de Barcelona

SALUD Y TRABAJO, UN ELEMENTO ESENCIAL DE LA SALUD PÚBLICA

Participar para visibilizar

Cuesta mucho hacer reconocer que las mujeres tienen problemas de salud laboral. Los hombres están más expuestos a situaciones extremas, excepcionalmente, y las mujeres a una sobrecarga cotidiana, pero el trabajo de ellos parece "tan pesado" que ellas, para compensar, tienen que trabajar más. Como si no se pudiera aceptar que una tonelada de plomo pesa lo mismo que una tonelada de plumas (...) Existe un instrumento para hacerlo: escuchar a las trabajadoras.

Karen Messing Universidad de Quebec y exdirectora de CINBIOSE, Centre de recherche. <https://cinbiose.uqam.ca/le-cinbiose/>

Ana María Sheifert Investigadora de CINBIOSE

Históricamente, la investigación y la práctica en salud laboral y en salud pública se han desarrollado en paralelo. Tradicionalmente el abordaje de la relación entre el trabajo y la salud se ha centrado en la evaluación y el control de los riesgos laborales utilizando enfoques similares a los de hace décadas (Harrison & Dawson, 2016; Peckham et al., 2017). Además, las condiciones de trabajo de las mujeres han sido menos investigadas, y los problemas de salud asociados se han diagnosticado y compensado con menos fre-

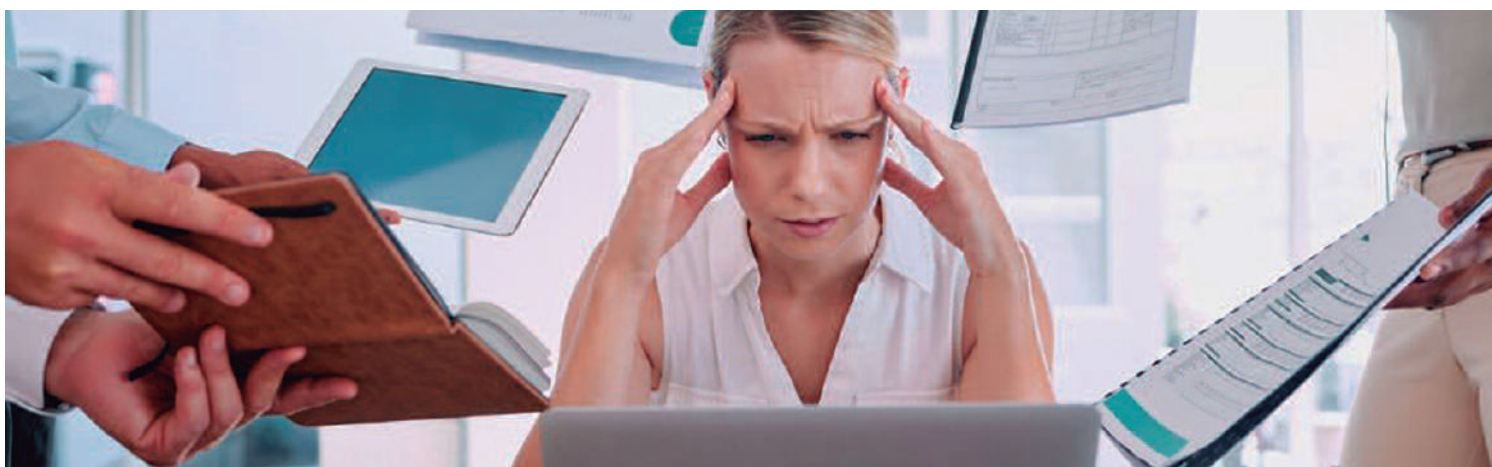
cuencia que los de los de los hombres (Kortum, Evelyn & Oluo, 2011).

Este enfoque tan limitado no es suficiente para entender la enorme influencia del trabajo sobre la salud y sobre las desigualdades sociales en la salud. Y es que, pese a su inclusión en modelos de determinantes y desigualdades sociales en la salud y su centralidad en la vida de las personas, el trabajo ha sido poco explorado en los estudios sobre las desigualdades sociales en la salud (Ahonen et al., 2018). Sin embargo, el trabajo, como determinante social de la salud y uno

de los principales mecanismos ligados a las desigualdades, determina en gran medida la posición de las personas trabajadoras y sus familias en jerarquías sociales que son causas fundamentales del estado de salud: poder, ingresos, prestigio y conexión social.

Es necesario, pues, un nuevo paradigma que amplíe el foco de la salud laboral actual y lo dirija hacia el trabajo como fuente de salud y bienestar, y no solo como posible fuente de exposición a riesgos laborales (Artazcoz, 2019). La introducción del concepto de bienestar facilita la im-

DOSSIER [trabajo y salud con ojos de mujer



educaweb

plicación de sectores distintos de trabajo y sanidad y de la población general y, por tanto, el trabajo intersectorial (Harrison & Dawson, 2016). En este nuevo paradigma debe incluirse el trabajo doméstico y de cuidado que, pese a la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral, continúa siendo responsabilidad fundamental de ellas, en un contexto de insuficiencia de servicios públicos accesibles y de calidad para el cuidado de las personas dependientes. La sobrecarga de trabajo resultante se asocia con pobreza de tiempo, es decir, falta de tiempo propio debido a la cantidad desproporcionada de tiempo dedicado al trabajo remunerado y no re-

munerado, más frecuente en las mujeres y relacionada con múltiples problemas de salud como trastornos de salud mental, falta de sueño, sedentarismo, sobrepeso o diabetes, entre otros (Giurge et al., 2020).

Este giro debería considerar también el principio de salud en todas las políticas relacionadas con el trabajo, tanto en las empresas como a nivel poblacional, y el desarrollo de políticas intersectoriales ya que el impacto del trabajo sobre la salud depende, no solo de las políticas de trabajo, sino también de la gobernanza política y de las decisiones en otros sectores como los de la economía, familia o educación. Final-

mente, esta visión más amplia del abordaje del trabajo y la salud requiere políticas de conciliación de vida laboral y familiar que no estén basadas en la premisa de que las mujeres son las responsables del cuidado de las personas dependientes, ya que esto las penaliza, tanto en el trabajo remunerado como en su salud y en su vida social (Artazcoz, 2019). En este sentido es necesario aumentar los servicios públicos a precios asequibles para el cuidado de niños y niñas de 0 a 3 años o los servicios públicos para el cuidado de personas dependientes como centros de día, ayuda domiciliaria y residencias para las personas con dependencia. ■

REFERENCIAS

- Ahonen, E. Q., Fujishiro, K., Cunningham, T., & Flynn, M. (2018). Work as an inclusive part of population health inequities research and prevention. *American Journal of Public Health*, 108 (3), 306-311. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304214>
- Artazcoz, L. (2019). Hacia un nuevo paradigma de salud laboral. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 22 (1), 5-6. <https://doi.org/10.12961/apr.2019.22.011>
- Giurge, L. M., Whillans, A. V., & West, C. (2020). Why time poverty matters for individuals, organisations and nations. *Nature Human Behaviour*, 4 (10), 993-1003. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0920-z>
- Harrison, J., & Dawson, L. (2016). Occupational Health: Meeting the Challenges of the Next 20 Years. *Safety and Health at Work*, 7 (2), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.12.004>
- Kortum, Evelyn, & Olukoya, Adepeju. (2011). *Gender, Work and Health*. World Health Organization.
- Peckham, T. K., Baker, M. G., Camp, J. E., Kaufman, J. D., & Seixas, N. S. (2017). Creating a Future for Occupational Health. *The Annals of Occupational Hygiene*, 61 (1), 3-15. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxw011>



Maria Carme Catalán Piñol
Ex sindicalista jubilada. Sociòloga.
Master en Prevenció de Riscos Laborals.

SALUD LABORAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO. ALGUNOS APUNTES

Me han pedido, desde la revista, que haga unas reflexiones sobre la salud de las mujeres y mundo laboral, dado que una parte de mi vida la he pasado intentando luchar para la mejora de las condiciones de trabajo de las mujeres y para eliminar las discriminaciones y mejorar la igualdad de oportunidades que se dan en el mercado laboral.

Las dificultades fueron y siguen siendo enormes por el entramado material e ideológico que las encubre y que hace que las mujeres no sean conscientes de las raíces de su situación. Se trata de reconocer las dificultades de encontrar un trabajo decente, tanto en salario como en condiciones de trabajo, que sea compatible con nuestro mandato de género de cuidar, que respete nuestra vida y nuestra salud y exento de todo tipo de violencias. Saber que existen múltiples obstáculos no significa conocer/reconocer el origen, la relación Capitalismo/ Patriarcado, que crea unas características en el mercado laboral que nos sitúa en una posición muy débil, posición que intersecciona con todas las demás características de la diversidad de mujeres: formación, categoría, edad, nacionalidad, etnia, diversidad funcional... Tampoco hay una relación directa entre este reconocimiento y la necesidad de organizarse para cambiar la situación.

No podemos obviar que el mercado laboral español ha sufrido durante muchos años un importante retroceso en cuanto a estabilidad y con-

diciones de trabajo. En la mayoría de la población se ha creado un mercado dual con trabajadoras y trabajadores en situaciones muy polarizadas, a pesar de que desde el Sindicalismo, se luchó para mejorar la situación. Uno de los pocos logros fue la Ley de Prevención de riesgos laborales 31/1995; ciertamente, la aprobación de esta norma supuso un importante impacto social, ya que comportó la mejora de las condiciones de seguridad y salud y una armonización con las existentes en muchos países Europeos. Actualmente, esta ley tendría que tener una revisión que permita adaptarla al contexto.

En cuanto a la legislación laboral, en los últimos años ha habido algunas mejoras¹, que han permitido empezar a frenar el grave deterioro de las condiciones de trabajo, pero la situación ha llegado a ser tan grave que haría falta profundizar más en dichos cambios. Tendrían que ser persistentes en el tiempo y han de ir acompañados por recursos de inspección suficientes. Como ejemplo, el seguimiento de la reforma de la Seguridad Social de las Empleadas del Hogar² y otras leyes, como una importante reforma de la Ley de Ex-

tranjería³ que permita tener derechos de ciudadanía, por lo tanto derechos laborales, de una manera mucho más ágil, a los y las trabajadoras extranjeras actuales.

Otro cambio legal que mejora las condiciones de trabajo de las mujeres y que puede evitar accidentes, es la reforma de la Seguridad Social que prevé la Incapacidad temporal para tres nuevos supuestos, en caso de la Interrupción voluntaria del embarazo, a partir de la semana 39 del embarazo y en caso de reglas incapacitantes⁴.

No quiero obviar uno de los capítulos negros que ha sucedido en nuestro país hace unos días y que recogía la prensa: el caso de una teleoperadora que hizo un infarto, murió en su puesto de trabajo, y la inacción de la empresa en su entorno laboral, hizo que el trabajo siguiera su curso como si no hubiese sucedido nada. No creo que solo con leyes podamos arreglar la falta de sensibilidad del empresariado de nuestro país y la mejora de la acción en el mundo del trabajo. Para que se cumplan las leyes, hará falta recurrir a acciones más firmes en muchos ámbitos.

DOSSIER [trabajo y salud con ojos de mujer

También quiero dejar constancia que han habido otras leyes, como ya en el 2007, la Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres, reglamentos y acciones administrativas que han incidido para que la prevención de riesgos laborales se empezara a trabajar con esta mirada interseccional y de género. En Catalunya la Ley 17/2015, de igualdad efectiva de mujeres y hombre, tiene como objetivo el derecho a la igualdad y no discriminación por razón de sexo en todos los ámbitos, etapas y circunstancias de la vida. En concreto, en el artículo 43, obliga a incluir la perspectiva de género en los programas de Seguridad y Salud Laboral. Muchísimas otras leyes refuerzan estos principios, pero qué podemos esperar de un país en donde, por ejemplo, en salud mental tenemos los siguientes datos: en el año 2019, la incidencia por 100.000 personas ocupadas es: 34,4 de hombres y 81,5 de mujeres.

Otro ejemplo es la Estrategia Catalana de Seguridad y Salud Laboral⁵, que incorpora la perspectiva de género como un valor esencial de las políticas de seguridad y salud en el trabajo, así como la equidad para atender las necesidades de segmentos de la población con necesidades específicas, en general para cualquier persona trabajadora en la que

sus condiciones de salud exigiera la adaptación de su puesto de trabajo. El documento recoge que la crisis producida por la pandemia del Covid y su impacto en el mercado laboral, específicamente a trabajadores esenciales, la mayoría trabajadoras, precarizó aún más las condiciones



de trabajo y de vida de las trabajadoras, pero más allá de la Covid, la estrategia reconoce los fenómenos con un profundo sesgo de género: la Segregación vertical y horizontal de las mujeres en el mercado de trabajo, puesto que éstas, por un lado se concentran en profesiones con gran precariedad en sus condiciones de trabajo, tienen exposiciones a riesgos distintos, y sufren diferentes formas de acoso sexual por razón de sexo. La dificultades para promocio-

nar hace que en las escalas más altas del poder empresarial haya muy pocas mujeres, con lo que conlleva en la escala salarial. Ya han habido algunas acciones derivadas de esta estrategia, como la creación de un programa específico de la Inspección de trabajo dirigido a profesiones feminizadas, la creación de la "herramienta con perspectiva de género, para la gestión del riesgo ergonómico" o la Jornada "Perspectiva de género en la gestión"

Es necesario valorar el papel de la negociación colectiva y los planes de igualdad para incidir en la mejora de las condiciones de seguridad y salud de las trabajadoras. Las leyes son importantes, pero lo es más aún el control de su aplicación, y para esto es imprescindible, además del control de la administración, la participación de las trabajado-

ras y los trabajadores por medio de su representación y una apuesta más firme de los gobiernos.

No quisiera dejar de nombrar la importancia que tiene el Movimiento Feminista, y más específicamente, el Movimiento de Mujeres y Salud. Apostemos, de una manera firme y no sectaria, por la colaboración con todos los agentes implicados, para la mejora de las condiciones de ocupación de las mujeres. ■

¹ Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo

² Real Decreto-Ley 16/2022, de 6 de Septiembre, para la mejora de las condiciones de trabajo y de la Seguridad Social de las personas trabajadoras al Servicio del Hogar.

³ Las últimas reformas reglamentarias han sido insuficientes. Persiste el grueso de la Ley Orgánica 2/2009

⁴ Ley Orgánica 1/2023, del 28 de febrero, por la cual se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo.

⁵ Estrategia Catalana de Seguridad y Salud Laboral 2021-2023



Neus Moreno Saenz¹

Jubilada. Técnica de prevención, activista feminista y sindicalista de CCOO
neusmorenosaenz@gmail.com

DOBLE PRESENCIA. UNA REALIDAD QUE ES POSIBLE TRANSFORMAR

En las dos últimas décadas, las investigaciones en torno a los efectos sobre la salud de la interacción entre la realización del trabajo doméstico-familiar y el trabajo remunerado han sido numerosas, pero, desafortunadamente, muchas menos las acciones para hacerle frente.

Partimos de la falsa concepción social de que ambos trabajos se realizan de manera independiente sin ningún tipo de interacción entre ellos, mientras que conocemos que, sobre todo para las mujeres, ambos forman parte de la vida cotidiana e interfieren entre ellos, especialmente en dos dimensiones: las demandas que generan y los tiempos de realización. Como señalan *Dones i Treballs de Ca la Dona*² estamos hablando de cómo las mujeres, en la cotidianidad, en los cuidados y en el mercado de trabajo nos convertimos en malabaristas de la vida, debido a que estamos o no en el trabajo asalariado, somos las que tenemos, de forma mayoritaria, la responsabilidad y ejecución de los trabajos de cuidados. Y ello tiene efectos sobre la salud.

La doble presencia, término introducido por Laura Balbo³, se refiere no solo a la doble carga que generan los trabajos, sino también, y principalmente, a los conflictos que se generan cuando las demandas y los tiempos de ejecución de ambos espacios de trabajo surgen de manera sincrónica, a la vez, y no disponemos de recursos para afrontarlo. En

la literatura, son múltiples los términos utilizados para describir esta realidad: doble presencia, conflicto trabajo-familia, balance trabajo-familia, pero mayoritariamente se refieren a esta doble dimensión de demandas y tiempos.

Los primeros estudios sobre el impacto de la doble presencia en la salud se iniciaron en Estados Unidos y en las dos últimas décadas se han extendido a Europa. Las conclusiones más relevantes son que afectan a la salud autopercibida y a la salud mental (agotamiento, cambios de humor, ansiedad, depresión...). Destacamos el estudio de Borgmann⁴ sobre los resultados de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo de 2015 que concluye que existe una fuerte asociación entre peor estado de salud general autopercibida, afectando al conjunto de países de la Unión Europea, a mujeres y hombres expuestos a un alto nivel de doble presencia, ya sea con jornadas a tiempo parcial o completa. Otro estudio posterior de la misma autora concluye que ante la exposición a doble presencia la salud autopercibida mejora cuando los recursos económicos y el nivel educativo son mayores.

Además, existen otros estudios que muestran que la exposición a doble presencia está relacionada con otras alteraciones de la salud que, en general, coinciden con las mismas consecuencias físicas y psicosomáticas del estrés como son los trastornos del sueño, alteraciones cardiovasculares, la hipertensión arterial, niveles de cortisol elevados, trastornos musculoesqueléticos o el aumento de consumo de fármacos, alcohol o tabaco. No obstante, las relaciones entre la exposición a doble presencia y estos problemas de salud requieren de más estudios para comprender mejor cómo actúa su asociación.

Una vez contextualizado a que nos referimos cuando hablamos de doble presencia y lo que conocemos sobre su impacto sobre la salud, la pregunta siguiente es cómo se puede actuar. Las acciones deben abarcar varios espacios entre los que destacamos: la corresponsabilidad, las políticas y servicios públicos y las actuaciones en el ámbito del trabajo remunerado. Como corresponsabilidad entendemos el compromiso y participación del conjunto de las personas que forman parte de la o las unidades de convi-

DOSSIER [trabajo y salud con ojos de mujer



Infobae

vencia en el cuidado de las personas. Es un objetivo social y de sostenibilidad de la vida de las mujeres romper con el modelo social en que la responsabilidad y ejecución de los trabajos de cuidados recaigan casi exclusivamente en ellas. Las políticas y servicios públicos también pueden aportar en este terreno, sobre todo implementando políticas de cuidados y soporte a los cuidados de los colectivos que actualmente están más desatendidos: las criaturas de hasta 3 años y las personas mayores dependientes. Señalar con fuerza el fracaso de la implementación de la ley de dependencia y las dificultades que supone principalmente para núcleos de convivencia con escasos recursos económicos. Y, por último las actuaciones en el terreno del trabajo remunerado. En esta ocasión una reflexión importante ya que el dossier de este número de MyS se refiere a las políticas y actuaciones en prevención de riesgos laborales. Y en el ámbito de prevención laboral el primer elemento a tener en cuenta es la necesaria incorporación de la doble presencia en las actuaciones preventivas, empezando por la evaluación de riesgos y su consecuente actividad preventiva.

En la práctica cotidiana de las empresas disponemos de tres instrumentos que nos permiten abordar medidas preventivas para hacer frente a la doble presencia y su impacto en la salud: la negociación colectiva, ya sea de sector o de empresa, la negociación de los planes de igualdad y en el ámbito de la prevención de riesgos laborales la evaluación y medidas preventivas de los riesgos psicosociales. Una estrategia necesaria e imprescindible es el trabajo conjunto de estos tres instrumentos.

Una reflexión específica se merecen los avances conseguidos tanto en el ámbito normativo como en la negociación colectiva en materia de conciliación. En general son positivos, pero atención que aquellos que requieren disminución de jornada con pérdidas económicas (por ejemplo las reducciones de jornada o las excedencias por cuidados) mayoritariamente los ejercen mujeres y, además de pérdida del poder adquisitivo, en numerosos casos suponen situaciones de desigualdad en temas claves como la promoción y la formación. También es importante reflexionar sobre si el trabajo a tiempo parcial es un tipo de contrato protector sobre la doble presencia. Y la res-

puesta es no. El contrato a tiempo parcial afecta mayoritariamente a las mujeres y en la mayor parte de los casos es involuntario y supone pobreza para hoy y pérdida clara de los derechos de protección social como pueden ser el paro y las pensiones. Añadir que los derechos de conciliación que suponen pérdida de poder adquisitivo y la jornada a tiempo parcial para una parte importante de las mujeres, aquellas con menor poder adquisitivo, no pueden permitirse acceder a ellos.

Profundizando en la prevención de riesgos laborales es imprescindible incorporar la doble presencia en la evaluación y actividad preventiva de los riesgos psicosociales ya que nos estamos refiriendo, como veremos más adelante, a temas relacionados con la organización del trabajo. Existe un amplio consenso⁵, a pesar de que aún están pendientes más investigaciones, que algunas condiciones de la organización del trabajo inciden en la exposición a doble presencia. Entre ellas destacamos la cantidad y distribución de los tiempos laborales, la realización de trabajos con tiempos asociales (trabajar en fines de semana, festivos, tardes o noches) o cambios de

DOSSIER [trabajo y salud con ojos de mujer

horario o días laborales con preavisos cortos o cuando se prolonga la jornada. Las altas demandas laborales, ya sea por la carga de trabajo cuantitativo, pero también por elevadas exigencias emocionales y cognitivas (complejidad). Y, la baja autonomía para decidir sobre la jornada y ritmos de trabajo

Avanzar en una organización del trabajo remunerado que incida en la disminución de la doble presencia es posible y también un imperativo legal, ya que la ley de prevención de riesgos laborales exige intervenir sobre todas aquellas condiciones de trabajo que afectan a la salud.

Las medidas que tienen un mayor impacto son aquellas que van dirigidas a la cantidad y ordenación del tiempo de trabajo remunerado, así como aumentar la autonomía para decidir sobre la jornada. En este sentido las orientaciones recogidas en el Consell de Relacions Laborals de Catalunya⁶ (órgano tripartito en el que participa la Generalitat de Catalunya y las organizaciones sindicales y empresariales), a pesar de que ya tienen algunos años, son del 2016, continúan teniendo una vigencia enorme, y más dando valor al consenso para su implementación. Algunas de estas medidas son:

- Reducir las horas extraordinarias y las prolongaciones de jornadas, y en el caso de producirse compensar-

las prioritariamente con tiempo de descanso.

- Tener en cuenta los calendarios anuales de empresa como un instrumento importante y complementario a los sistemas de flexibilidad en las organizaciones.

- Apostar por una flexibilidad horaria, negociada con la representación legal de las personas trabajadoras, de entrada y de salida compensable en la semana o incluso en un periodo más largo.

- Buscar el reconocimiento de días o de horas de asuntos propios.

- La distribución irregular, en el caso que sea imprescindible, se tiene que hacer teniendo en cuenta las necesidades de conciliación de la vida personal, familiar, formativa y laboral.

- Concretar lo que comporta el derecho a la adaptación y distribución de la jornada por motivos de conciliación.

- Incorporar que el concepto de conciliación incluya cuidado de las personas en situación de dependencia en un sentido amplio: vejez, discapacidad, etc.

- Incorporar la posibilidad de recurrir al teletrabajo parcial.

- Prever la regulación de las bolsas horarias a fin de que, por una parte, permitan a las empresas dar respuesta a las necesidades productivas y, de la otra, permitan a las personas trabajadoras poder utilizarlas al servicio de la conciliación de su vida personal, familiar y formativa.

- Favorecer la jornada continuada, y en todo caso la reducción de la pausa para comer.

- Establecer y regular materias relacionadas con la movilidad de los trabajadores y trabajadoras en el acceso al trabajo, con el objetivo de reducir los tiempos de desplazamiento.

- Incorporar los aspectos relacionados con la gestión de la jornada laboral dentro de los planes y las medidas de igualdad.

Destacar que implementar medidas de mejoras de jornada laboral requieren que vayan acompañadas de actuaciones sobre las exigencias del trabajo. Su implementación es difícil en aquellas empresas en las que no existe un equilibrio entre las demandas y los tiempos de ejecución, y más en aquellas empresas en las que existe una plantilla tan ajustada que para cubrir las necesidades de producción de bienes o servicios es necesario hacerlo contando con la disponibilidad de las personas trabajadoras.

Eliminar la doble presencia requiere de transformaciones sociales y políticas profundas, la más importante acabar con la división sexual de los trabajos, pero en todo caso intervenir sobre las condiciones del trabajo remunerado es posible y contribuye a mejorar la calidad de vida y de salud de las mujeres. ■

¹ Este artículo, las reflexiones y las propuestas que contiene son fruto de los diálogos compartidos durante los dos últimos años con Aitana Garí Pérez, Marina Ortiz López y Clara Llorens Serrano

² Dones i Treballs de Ca la Dona. Malabaristas de la Vida. Mujeres, tiempos y trabajos. 2003. Editorial icaria. <https://shorturl.at/nITX2>

³ Balbo, L. La doppia presenza. En Inchiesta. 1978, vol. 32, no. 8, pp. 3-11

⁴ BORGMANN, LS.; KROLL, L.E.; MÜTERS, S.; RATTAY, P. y LAMPERT, T. Work-family conflict, self-reported general health and work-family reconciliation policies in Europe: Results from the European Working Conditions Survey 2015. SSM Population Health 2019b, Aug 7;9:100465.

⁵ EUROFOUND. Striking a balance: Reconciling work and life in the EU, Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2018. <https://shorturl.at/eAETU>

⁶ Consell de Relacions Laborals de Catalunya. Acuerdo de impulso laboral de la reforma horaria. 10 objetivos para la negociación colectiva. 2016. <https://shorturl.at/bcAEW>



Carme Valls Llobet

Médica endocrinóloga

Directora Programa Mujeres, Salud y Calidad de vida. CAPS

CICLO MENSTRUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y TRABAJOS

En la mayoría de los estudios de salud pública el ciclo menstrual ha permanecido invisible, como en la mayoría de los estudios de investigación médica, y ha estado absolutamente olvidado en la investigación en salud laboral, a pesar de que los problemas de salud derivados de las alteraciones de la armonía del ciclo menstrual han sido una fuente problemática de desigualdades en el trabajo.

En la Universidad de Edimburgo se ha realizado un estudio¹ en el año 2021 en el que se señala esta carencia en la investigación en salud laboral, siendo el ciclo menstrual una característica biológica diferencial, que acompañará la vida de las mujeres durante su vida reproductiva, que coincidirá en el tiempo con la mayor parte de sus vidas laborales. Los autores proponen un nuevo concepto denominado "blood work", que podríamos traducir como "trabajo sangrando" para explicar la relación y los múltiples problemas que se plantean entre la menstruación y las alteraciones de salud ginecológica asociadas, y los trabajos de las mujeres. La traducción al español no es definitiva y aceptaríamos propuestas de las lectoras para afinar el concepto.

Las mujeres en edad menstrual no sólo han de trabajar teniendo en

cuenta los factores de riesgo laborales que pueden afectar su salud, sino que lo han de hacer teniendo en cuenta los efectos que las variaciones hormonales que se producen durante el ciclo influyen sobre sus cuerpos y sobre sus condiciones de trabajo. Mediante un estudio cualitativo entre trabajadoras con un nivel alto de educación, se ha podido constatar que el "trabajo sangrando" comporta diversas dificultades que todas las mujeres han vivido en sus cuerpos y en sus vidas, ya que todas las mujeres en diversas formas son trabajadoras, a doble y triple jornada.

Las dificultades a las que se deben enfrentar se relacionan con la gestión del dolor menstrual y premenstrual, la inoportunidad de la presencia de la menstruación en los momentos álgidos de la carrera profesional, las pérdidas menstruales excesivas, el acceso rápido a productos de higiene, el enfrentamiento al estigma social sobre la menstruación y la casi obligatoriedad de mantenerla oculta y en silencio, y la necesidad de encontrar un equilibrio de todos estos aspectos con el trabajo cotidiano a realizar. Las y los autores sugieren que se deberán desarrollar políticas específicas de salud pública y de soporte en los lugares de trabajo para reconvertir la estigmatización en condiciones laborales más favorables que permitan mejores recursos de manejo de la higiene.

Sin embargo, el deseo de muchas de las trabajadoras encuestadas no es pedir la baja laboral si tiene dolor durante la menstruación, si no que por el contrario, desean trabajar, exami-

narse, dar conferencias, y desarrollar con eficiencia sus trabajos profesionales, SIN DOLOR MENSTRUAL. El objetivo de los trabajos de investigación debería ser pues ayudar a equilibrar los ciclos con dismenorrea, en lugar de victimizar a la mujer por sus diferencias básicas además para la reproducción humana.

ALTERACIONES DEL CICLO SEGÚN DIVERSAS PROFESIONES

Aunque no existen estudios sistemáticos de alteraciones del ciclo en diversas profesiones, sí hemos podido constatar, gracias a una profunda revisión bibliográfica realizada por el equipo de salud laboral del CAPS², que donde se han realizado más trabajos de investigación sobre el ciclo menstrual es entre las profesiones sanitarias, quizás porque las mismas profesionales han estimulado que se hicieran más estudios sobre una realidad cotidiana e invisible.

Entre personal de enfermería³ se han constatado irregularidades del ciclo y aumento de la longitud[?] de los días de pérdida menstrual relacionada con las condiciones de trabajo y en especial con los turnos de noche. Sabemos que la secreción de melatonina tiene gran relación con el equilibrio de las hormonas hipotalámicas e hipofisarias que regulan el ciclo menstrual. Los turnos de noche como el insomnio crónico afectan la armonía del ciclo en las mujeres en edad reproductiva. Los turnos de noche se han relacionado con una disminución de la edad en que se presenta la menopausia, por debajo de los 45 años⁴.

Ya en estudios realizados hace años se habían encontrado alteraciones del ciclo menstrual entre enfermeras que tenían que trabajar con fármacos antineoplásicos, con menstruaciones más largas, más dolorosas, y con mayor pérdida de sangre. Estas enfermeras debían trabajar sin ningún tipo de protección individual, y con equipamiento con cámaras de flujo laminar en presiones negativas⁵. En la actualidad la gran mayoría de fármacos antineoplásicos se producen con técnicas de industria farmacéutica, y se supone que en condiciones de mayor seguridad en su preparación⁶.

Las profesionales relacionadas con la agricultura y la ganadería tienen mayor incidencia de alteraciones en el ciclo menstrual entre las mujeres. La exposición a organofosforados aumenta la irregularidad del ciclo⁷. Las profesionales de la peluquería presentan mayor incidencia de alteraciones del ciclo y de cáncer de vejiga de orina⁸.

La presencia de Síndrome Premenstrual que se caracteriza por la presencia de síntomas días antes de la menstruación, como malestar, hipersensibilidad mamaria, irritabilidad, cambios de humor, labilidad emocional, nerviosismo, y cefaleas con frecuencia migrañosas, se ha observado en Corea, en un 7% de personal sanitario y un 9% de trabajadoras sociales. En el estudio realizado por CAPS¹⁰ y la fundación Galatea del Colegio de médicos de Barcelona sobre la

salud de médicas y médicos de Catalunya, encontramos que era el grupo laboral que presentaba un 68% de síndrome premenstrual y dismenorrea, la prevalencia más numerosa de las publicadas, y un número de abortos espontáneos mayor respecto a la población de la misma edad. Se considera la profesión de medicina como un factor de riesgo para la salud reproductiva. Son necesarios más estudios para evaluar la salud menstrual en relación con las condiciones de trabajo de las diferentes profesiones. Asignatura pendiente como tantas otras de la investigación médica de las mujeres.

SALUD REPRODUCTIVA Y TRABAJOS

En la relación de salud reproductiva y trabajo existe la misma falta de evidencias que sobre el ciclo, aunque sorprende que sean países asiáticos como China, Corea e Indonesia, lo que más han investigado en esta área de la ciencia. Por ejemplo, un estudio realizado entre trabajadoras de Indonesia muestra que un 45% tuvo problemas de salud durante el embarazo y un 16% abortos espontáneos. Los factores de riesgo laborales asociados a alteraciones durante el embarazo han sido la exposición a las vibraciones, a sustancias químicas ambientales irritantes y al trabajo repetitivo¹¹.

La exposición laboral a mercurio afecta la salud reproductiva por alte-

raciones en el semen de trabajadores y por alteraciones del ciclo y del embarazo¹². En relación al mercurio se han descrito alteraciones del ciclo, dismenorrea, y pubertad precoz. Durante el embarazo incremento de hipertensión y eclampsia gravídica, y de niñas y niños con bajo peso al nacer y mayor número de malformaciones congénitas. Las dentistas y auxiliares de odontología estuvieron muy afectadas por efecto de la exposición laboral al preparar amalgamas de mercurio que se debía calentar ya que los vapores son más tóxicos, hasta la década de 2000-2010 en que se ha abandonado su uso.

Los primeros protocolos del impacto de los factores psicosociales en el trabajo y las alteraciones del ciclo y la fertilidad se publican en el año 2022.

Y también son importantes los trabajos que estudian la combinación de factores de riesgo ambientales y personales, como el de Fox en 2021¹⁴, que pueden tener consecuencias tanto para enfermedades cardíacas y cáncer, como por producir alteraciones de la menstruación y del ciclo menstrual. Es mucho lo que falta por investigar en relación a la salud laboral de mujeres y hombres y los factores específicos que afectan en especial a la salud menstrual y reproductiva de las mujeres, pero es importante dejar constancia de los avances que ya están publicados y estimular nuevas investigaciones.■

¹ Sang K, Remnant J, Calvard T, Myhill K. Blood Work: Managing Menstruation, Menopause and Gynaecological Health Conditions in the Workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Feb 17;18(4):1951.

² Salud laboral y género. Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya. 2022

³ Song S, Choi H, Pang Y, Kim O, Park H-Y. Factors associated with regularity and length of menstrual cycle: Korea Nurses' Health Study. *BMC Women's Health*. 2022 Sep 1;22(1).

⁴ Stock D, Knight JA, Raboud J, Cotterchio M, Strohmaier S, Willett W, et al. Rotating night shift work and menopausal age. *Human Reproduction*. 2019 Feb 12;34(3):539-48.

⁵ Shortridge LA, Lemasters GK, Valanis B, Hertzberg V. Menstrual cycles in nurses handling antineoplastic drugs. *Cancer Nursing [Internet]*. 1995 Dec 1 [cited 2022 Nov 28];18(6):439-44.

⁶ NIOSH [2016]. NIOSH list of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2016. By Connor TH, MacKenzie BA, DeBord DG, Trout DB, O'Callaghan JP. Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication Number 2016-161 (Supersedes 2014-138).

⁷ Zhang Y, Ji L, Hu Y, Tse LA, Wang Y, Qin K, et al. Exposure to Organophosphate Pesticides and Menstrual Cycle Characteristics in Chinese Preconceptional Women. *American Journal of Epidemiology [Internet]*. 2020 May 5 [cited 2022 Nov 28];189(5):375-83.

⁸ Babić Ž, Macan M, Franić Z, Hallmann S, Havmose MS, Johansen JD, John SM, Symanzik C, Uter W, Weinert P, van der Molen HF, Kezic S, Turk R, Macan J. Association of hairdressing with cancer and reproductive diseases: A systematic review. *J Occup Health*. 2022 Jan;64(1):e12351. doi: 10.1002/1348-9585.12351. PMID: 36017574; PMCID: PMC9411989.

⁹ Babić Ž, Macan M, Franić Z, Hallmann S, Havmose MS, Johansen JD, John SM, Symanzik C, Uter W, Weinert P, van der Molen HF, Kezic S, Turk R, Macan J. Association of hairdressing with cancer and reproductive diseases: A systematic review. *J Occup Health*. 2022 Jan;64(1):e12351. doi: 10.1002/1348-9585.12351. PMID: 36017574; PMCID: PMC9411989.

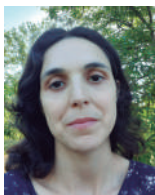
¹⁰ www.caps.cat

¹¹ Rahman FS, Martiana T. Pregnancy disorders in female workers at the industrial area of Sidoarjo, Indonesia. *Journal of Public Health Research*. 2020 Jul 3;

¹² Kumar S, Sharma A, Sedha S. Occupational and environmental mercury exposure and human reproductive health - a review. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*. 2022 Sep 1;23(3):199-210.

¹³ Sasaki N, Imamura K, Watanabe K, Hidaka Y, Ando E, Eguchi H, et al. The impact of workplace psychosocial factors on menstrual disorders and infertility: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 2022 Sep 7;11(1).

¹⁴ Fox MA, Niemeier RT, Hudson N, Siegel MR, Dotsón GS. Cumulative Risks from Stressor Exposures and Personal Risk Factors in the Workplace: Examples from a Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]*. 2021 May 29 [cited 2022 Nov 28];18(11):5850.



Noémia Loio
Médica do Trabalho

Diana Ramos
Psicóloga da Saúde Ocupacional

TRABAJO Y SUEÑO: REALIDADES Y BUENAS PRÁCTICAS

El sueño es un estado fisiológico complejo, que corresponde a un período en el que ocurren procesos físicos y mentales importantes para el equilibrio del organismo. Son varios los sistemas del organismo humano, femenino y masculino, implicados en la regulación del sueño, como el núcleo supraquiasmático (NSQ), el eje hipotálamo-hipófisis gonadotrópico (HHG) y el eje hipotálamo-hipofisario adrenal (HHA), así como el sistema neuromuscular.

Además de estos sistemas reguladores se observan, entre sexos, diferencias con repercusiones en las características del sueño, como son: las mujeres presentan más quejas relacionadas con el sueño, pese a tener menores periodos de latencia inicial del sueño, con mayor eficiencia y tiempos de sueño más largos comparativamente a los hombres. En los procesos de embarazo y menstruación, las mujeres presentan variaciones de los patrones de sueño. También en etapas como la pubertad y la menopausia. En los hombres, la andropausia también es un proceso fisiológico relacionado con alteraciones de los patrones habituales del sueño. En las personas trans o no bi-

narias, tanto adultas como adolescentes, hay mucho que estudiar, pero por ahora se van observando que las alteraciones del sueño son uno de los principales problemas de salud a tratar.

En términos biológicos son relevante las quejas comunes en algunas patologías o síndromes como el de *Kleine-Levin* y el síndrome de las piernas inquietas, esta última con predominancia femenina y que requiere de diagnóstico diferencial por deficiencia de hierro y/o anemia, una condición mucho más prevalente en mujeres que en hombres, especialmente en edad fértil. En la apnea del sueño es necesario descartar los aumentos del cortisol y de la hormona tiroidea como posibles causas que contribuyen y que pueden estar alterados independientemente del sexo, pese a que las mujeres sufren más de alteraciones tiroideas que los hombres.

Así, para un correcto diagnóstico ante los trastornos del sueño, la valoración médica es fundamental y deben ser descartadas una serie de causas y condiciones de salud: antecedentes personales previos, historia(s) de violencia(s) diversas (trabajo, infancia, casa, y otras que aún puedan persistir o no), doble o triple jornada, vivencias personales y/o laborales emocionalmente desgastadores; consumo de sustancias con influencias en el sistema nervioso central como la cafeína o fár-

macos estimulantes; alteraciones hormonales como el aumento del cortisol (por medicación crónica, como es común en enfermedades autoinmunes, por ejemplo), disfunciones endocrinas como las de la glándula tiroidea; deficiencias de hierro (más común en las mujeres), así como déficits de vitaminas del grupo B, oligoelementos y minerales como magnesio y zinc.

Considerando el sueño como un proceso fundamental para la salud integral -física y mental- de las personas y que además sin ello la vida pierde calidad, pudiendo inclusive verse comprometida, cada vez se da más importancia a la cronobiología y a la higiene del sueño, no solamente de la población en general sino especialmente en las personas con situaciones laborales que interrumpen los ritmos biológicos y los ciclos ambientales. Es el caso de las personas con trabajo por turnos y trabajo nocturno, teniendo un mayor riesgo de problemas de salud mental como alteraciones del sueño, irritabilidad, alteraciones de la memoria, de la atención, cognición y productividad y desempeño, agitación mental, y de salud física como dolores de cabeza, alteración de la visión, alteraciones metabólicas, cardíacas, digestivas diversas, y otras del bienestar general, y que requieren de intervención para evaluar, prevenir y tratar en el ámbito de los cuidados de salud primarios y de salud laboral.

En la actualidad, a nivel europeo y por múltiples motivos, el sector de la salud ha venido a aumentar el número de pacientes con diversos tipos de enfermedades y comorbilidades asociadas que requieren mayor atención, tanto de necesidades de salud primaria como de especialidades médicas, con la consecuente necesidad de reestructuración de los servicios que no disponen de una ratio de profesionales ajustados a las exigencias. Esta situación, que es cada vez más preocupante en términos organizativos, lleva a que sea imprescindible la reorganización de las guardias y turnos de trabajo tanto para el personal médico como el de enfermería, asistentes operacionales y otras profesiones de salud.

Esta cuestión tiene, en la actualidad, grandes retos, ya que presenta múltiples riesgos profesionales, desde los biológicos, físicos, ergonómicos, químicos hasta los psicosociales. Los psicosociales son los más largos y están presentes las exigencias cuantitativas, cognitivas y emocionales, el ritmo de trabajo, las relaciones interpersonales referentes a la comunidad social de apoyo en el trabajo y confianza horizontal/vertical, la exposición a comportamientos ofensivos, el conflicto trabajo-familia (muy influenciado por la modalidad de horarios de trabajo practicados) y la salud general que incluye una serie de parámetros, desde la condición física pasando por diversos aspectos relacionados con el bienestar psicológico. La Organización Mundial de la Salud ha alertado del aumento de las patologías mentales cuya relación, causa o gravedad, puede tener relación con factores de origen laboral. La ansiedad, síntomas depresivos, alteraciones del comportamiento, cuadros compatibles con síndrome de *burnout* y perturbaciones del sueño son los más comunes. En el caso del personal médico, especialmente en medio hospitalario y como forma de dar respuesta a las necesidades laborales, son comunes las guardias de 24 horas seguidas, incluso más, por acu-



Unsplash

mular funciones de consultas o apoyo al internamiento. Esto pasa en España y Portugal, con mayor riesgo de alteraciones del sueño, insomnio inicial, sueño fragmentado o despertares precoces provocando muchas veces cuadros crónicos y frecuentemente incapacitantes, así como mayor riesgo de patologías mentales.

INTERVENCIÓN EN SALUD INDIVIDUAL

Es indispensable realizar evaluaciones clínicas de los cuadros manifestados con escalas y cuestionarios que puedan detectar la existencia de quejas de sueño no reparador, tanto en los días de trabajo como en los días de descanso, situaciones de somnolencia excesiva a lo largo del día y valorar la influencia de las alteraciones del sueño en la vida de las personas, así como su desempeño social y doméstico. También en este último ámbito, las mujeres, aun en la actualidad, siguen estando muy expuestas a la normalización de estereotipos de género y sus papeles sociales como las tareas domésticas y cuidado de personas con discapacidad y dependientes, con consecuentes prejuicios a nivel del desgaste físico y mental, por acumulación del estrés y también por alteraciones en el sistema sueño-alerta.

Teniendo en cuenta la importancia de los parámetros de los diferentes

ritmos biológicos podemos constatar en el ser humano (como ejemplo: ritmo ultradiano - como el batimento cardíaco; el ritmo infradiano - como el ciclo menstrual; y el ritmo circadiano- como la regulación de la temperatura o la producción de la melatonina, neuro hormona indispensable en el sueño), el sistema sueño-alerta, con características de duración o periodicidad de cerca de un día (del latín *circa + diem*), tiene un impacto muy significativo en la capacidad de desempeño en las dinámicas cotidianas. Con esta base, y sabiendo que el ritmo circadiano es muy importante para el funcionamiento equilibrado del organismo, en términos ocupacionales son de resaltar tres abordajes relevantes en materia de intervención en los trastornos del sueño:

- Siempre que sea posible, evitar la realización del trabajo nocturno.
- Realizar exámenes físicos regulares y evaluar/monitorear las dificultades para dormir, con acompañamiento especializado de medicina y psicología del trabajo
- Ajustar la medicación, si es necesario para cada situación y con el objetivo de actuar en dos niveles de acción: la adaptación circadiana y gestión de los síntomas.
- Buenas prácticas saludables para dormir bien: adaptadas individualmente, existen ya algunas prácticas que contribuyen a una adecuada hi-

DOSSIER [trabajo y salud con ojos de mujer

giene del sueño:

- Reducir la intensidad/brillo de la luz (luz blanca) y por lo menos una hora antes de ir a dormir, evitar la exposición a la luminosidad (luz azul), de los aparatos electrónicos. Desconectar wi-fi de la casa.
- Dejar el teléfono fuera de la habitación y si es posible mantenerlo sin sonido o desconectado, desconectando igualmente el wi-fi para garantizar un período de sueño sin exposición a la radiación no-ionizante.
- Interrumpir, antes de acostarse, actividades que exijan esfuerzo mental (pensar en dificultades, buscar soluciones, planear el día siguiente) o que sean emocionalmente perturbadores (reflexionar sobre problemas familiares o preocuparse con conflictos laborales), no permitiendo que la cama sea un local para actividades cognitivas activadoras
- Evitar comportamientos que puedan comprometer la calidad del sueño, tales como:
 - Hacer cenas pesadas, consumir bebidas estimulantes, beber líquidos antes de ir a dormir.
 - Realizar ejercicio físico intenso previo a la hora de irse a dormir;
 - Realizar tareas domésticas sola/o o que impliquen muchas horas/preocupación y desgaste físico y mental antes de ir a dormir. Repartir las tareas domésticas. Hacer lo indispensable para un final de día, dejando lo no tan urgente para otros días de descanso y durante el día, reparando esas tareas también.
 - Ver las horas durante la noche y contabilizar el tiempo que falta para la hora de despertarse
 - Mantenerse acostado/a si no se logra dormir, debiendo optar por levantarse y hacer una actividad relajante (por ejemplo, ir a la sala y escuchar música relajante o con una fuente de luz indirecta, sentarse en el sofá y leer algunas páginas de revista/libro), regresando a la cama cuando se tenga sueño.
 - Hacer prácticas simples para relajarse a la hora de ir a descansar (como relajamiento muscular progresivo de Jacobson, o entrena-

miento autógeno de Shultz, una secuencia breve de posturas de yoga, una meditación de atención plena como body scan, una técnica de respiración consciente como respiración alternada o abdominal, entre otros ejemplos);

- Mantener un horario regular de acostarse, pese a no ser muy aconsejable irse a la cama sin sueño.
- Tener una rutina agradable a la hora de ir a dormir y seguirlas todas las noches (por ejemplo tener la habitación ventilada y arreglada, con cama medio hecha y ropa de cama confortable y del agrado de la persona. Un hábito simple y saludable pasa por hacer su higiene personal como lavar los dientes y la cara, ponerse su pijama/ ropa de dormir confortable, dedicar algunos minutos a la lectura de un libro, a una meditación/oración con una fuente indirecta y suave de luz (no blanca ni azul), acostarse en una almohada ergonómica y sobre un colchón confortable.
- En la habitación elegir luces de tonalidades calientes como amarillo/anaranjado (con lámparas de color con estas tonalidades) y optar por interruptores de regulación de la intensidad de la luz.
- Proporcionar un ambiente oscuro, de silencio y térmicamente confortable en la habitación.
- Evitar conectar las luces durante la noche en caso de levantarse para beber agua o ir al WC. Eso contribuye a no bajar la producción de melatonina.
- Dormir el número de horas adecuado (regla general entre 7 a 9 horas, salvo algunas excepciones relacionadas con la edad o con necesidades específicas por motivos de salud).
- Programar la alarma a la misma hora, con sonido agradable y levantarse a la misma hora todos los días, atendiendo a que el ritmo sueño-alerta es acorde con la hora de despertarse
- Evitar prolongar excesivamente el tiempo en la cama, siendo que el número de horas en la cama debe equivaler al número de horas de sueño

necesarias (salvo excepciones en caso de insomnio).

- Eliminar actividades de estudio o trabajo en la cama, utilizándose solamente para dormir (y actividad sexual, si es deseable).

Es importante recordar que el esfuerzo para dormir es incompatible con el sueño y que aumenta la sensación de estrés. La habitación y la cama no deben estar asociadas a la ansiedad de no lograr dormirse.

En caso de insomnio crónico, la terapia cognitivo-comportamental es recomendable como tratamiento de primer abordaje, presentándose tan eficaz como el tratamiento farmacológico y con resultados más sostenibles. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Hernandez-H et al, Gender Dysphoria, Mental Health, and Poor Sleep Health Among Transgender and Gender Nonbinary Individuals: A Qualitative Study in New York City; *Transgender Health*, vol 5, no 1, 2020
- La OMS y la OIT piden nuevas medidas para abordar los problemas de salud mental en el trabajo (who.int)
- American Psychiatric Association (2013). *Sleep-wake disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Clemente, V (2006). Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da psicologia clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 635-644.
- Gomes, A. A. (2020). Diapositivos sobre cronopsicobiología, trabalho e sono. Pós-Graduação em Psicologia da Saúde Ocupacional.
- Hauri, P. (2016). *The Sleep Disorders* (updated and shortened web format version). A Publication of the National Sleep Foundation (NSF), reviewed by the NSF appointed expert panel.
- Krushid, K. A. (2015). A Review of Changes in DSM-5 Sleep-Wake Disorders. *Psychiatric Times*, September 30.
- Silva, I. S. (2011). As condições de trabalho no trabalho por turnos. Conceitos, efeitos e intervenções. Climepsi.
- Sleep, Occupational Stress, and Burnout*. Åkers- tedt, Torbjörn. Stockholm University, Faculty of Social Sciences, Stress Research Institute.
- Zucconi, M. & Ferri, R. (2014). Classification of sleep disorders. In C. Bassetti, Z. Dogas e P. Peigneux. (Eds.). *Sleep Medicine Textbook* (pp. 95-109). Regensburg: European Sleep Research Society (ESRS).



MARIA MIES VOZ DEL ECOFEMINISMO

El pasado 15 de mayo el mundo perdió una de las voces fundamentales del ecofeminismo, Maria Mies. Tenía 92 años. Junto a Vandana Shiva redactó el libro *Ecofeminismo*, 1997, en el que vertió algunas de sus tesis fundamentales. No se trata de lograr la igualdad de las mujeres. Lo importante es avanzar hacia una nueva sociedad. Y es en las manos de las mujeres donde depositó sus esperanzas de cambio. La "investigadora activista", así se veía a sí misma, ha fallecido en un momento de retorno de consecuencias inimaginables del modelo neoliberal, con el avance del neofascismo en buena parte de Europa.

nacida en Steffeln, en el seno de una familia católica, era la séptima de los doce hijos. Criada en un ambiente rural, fue la primera niña en su pueblo en ir a la escuela secundaria. Se hizo maestra de primaria. Consiguió ir al Instituto Goethe en India y en este país es donde se convirtió en activista, pensadora, feminista. Entró en contacto con las mujeres costureras de Narsapur cuyas historias de desigualdad, de sometimiento, profundizaron su visión de cómo el patriarcado ha convertido a las mujeres en la herramienta clave para mantener el sistema capitalista. "Las mujeres costureras de Narsapur fueron la lección más importante que he aprendido como socióloga y como feminista", admitió la propia Maria Mies.

Tras su regreso a Alemania, impartió clases en la Universidad de Colonia. En 1976 fundó una de las primeras casas refugio para mujeres en la República Federal Alemana junto con estudiantes de la Universidad de Ciencias Aplicadas de Colonia donde ella impartió



Sociología. Siempre que pudo volvió a India para constatar que hay que revisar la noción de trabajo porque las mujeres han sido parte de las llamadas por ella “colonias del hombre blanco: mujeres, naturaleza y Tercer Mundo”. Los tres pilares en los que el capitalismo ha asentado su modelo patriarcal. De la tesis de Rosa Luxemburgo que afirmó que quien sostenía la economía eran los marginados, a desplegar una nueva historia de las mujeres, en la línea de los movimientos de las mujeres, “lo privado es político”, solo que Mies dio un paso más. Le dio cuerpo en su libro *Patriarcado y acumulación* a escala mundial. Las mujeres del mundo son consideradas inferiores a los hombres, están subordinadas, oprimidas y explotadas, deben hacer frente a la violencia de sus maridos, de la familia, de la sociedad. Sobre ellas, como reproductoras de los trabajadores masculinos, haciendo un trabajo doméstico no remunerado, que sostiene este modelo desigual y explotador. En la misma línea se mueven Silvia Federici (entrevistada en este número), Selma James y Mariarosa Dalla Costa.

El libro es un varapalo a la creencia de que el crecimiento y el beneficio económicos son infinitos, obviando además que se sustentan en el modelo capitalista basado en la explotación de los más desfavorecidos de la Tierra, las mujeres. A la vez, Maria Mies, cuestionó hasta sus últimos días el modelo de las sociedades tecnológicas, ya que el desarrollo de la tecnología se ha basado en la explotación de los territorios del sur con megaproyectos. El buenismo global con

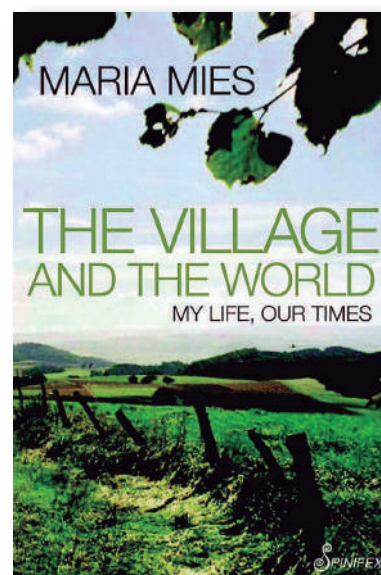
el que se asume el uso de internet, Maria Mies lo relativizó y alertó de sus peligros: “Internet no es una herramienta sino una forma de religión sobrevenida”. Maria Mies es un referente en el ecofeminismo. La frase “solo conectar”, sintetiza su apuesta como recuerda en el prefacio del libro *Ecofeminismo*, de Mies y Vandana Shiva, Ariel Salleh. Para ésta, “ninguna otra perspectiva política puede integrar lo que hace el ecofeminismo: porqué los gitanos son aún tratados como animales, porqué las mujeres realizan el sesenta y cinco por ciento del trabajo con un diez por ciento del salario, porqué la Tierra está siendo manipulada como arma de guerra”, son solo algunos de los interrogantes que pone Salleh para incidir en la necesidad del ecofeminismo que filósofas, sociólogas como Vandana Shiva y Maria Mies apuestan.

En la línea de Silvia Federici rechazó el enfoque de la división entre trabajo productivo y reproductivo, que encuadra a los que generan plusvalías como productivos y a los que generan reproducción de vida como reproductivos. Ella dijo que son trabajos productivos los que generan vida y valor de uso, que importan a las personas, y que son la educación, los cuidados y la alimentación. En cambio, los trabajos que generan plusvalía y destrucción como industrias de la muerte, explotación ilimitada de los recursos, etcétera, deberían dejar de existir. En ese sentido, cabe recordar cómo en 2008 fue coincidente el llamamiento de Colonia contra la violencia informática que pedía la prohibición de los videojuegos asesinos.

P.S. En consonancia con el dossier de este número que va sobre Salud y trabajo, apostar por la vigencia de los planteamientos de la socióloga alemana que incidió que ampliar el tiempo libre de las mujeres debía estar dentro de una propuesta de cambio de la división sexual del trabajo. La tecnología no es la que garantiza los cambios, sino la política que da valor a los trabajos que reproducen la vida. La mayor parte de los trabajos de las mujeres son trabajos que producen vida y valor de uso, como los cuidados y la agricultura para el autoconsumo. De ahí a un cambio fundamental de la sociedad. Fue integrante de Attac, una de las organizaciones contra la globalización más activas.

Para conocer mejor a Maria se puede leer su autobiografía *La aldea y el mundo*. ■

Lourdes Durán



LA CIUDAD CUÁNTICA

LOURDES DURÁN

Editorial Disset 2023

Va a ser difícil escribir una reseña del libro de Lourdes Duran cuando existe un estupendo prólogo de la gran Itziar González, pero lo intento. Primero, hay que disfrutar con ese prólogo.

Y luego seguir disfrutando con los 55 relatos de experiencias vividas durante la pandemia del covid-19 que nos cuenta Lourdes.

Son 55 moléculas de materia viva que contienen unas diminutas partículas cuánticas (los quarks y los electrones), responsables de sentirnos enlazadas a cualquier rincón físico o mental del universo, en este caso situado en la ciudad de Palma de Mallorca.

Son partículas mágicas: igual están en la música que surge de un balcón durante el confinamiento, en un terrón de azúcar, en un 8M con publicidad sexista, la crisis climática viendo un arco iris, o un simple desayuno antiguo...

Esta magia, lo mismo nos hace soñar, que recordar nuestras propias vivencias durante la pandemia. Lugares comunes y al mismo tiempo diferentes, que encontramos con una sonrisa, una mueca de melancolía, tristeza, añoranza. Vete a saber.

Pero es que además, Lourdes, mientras nos va hablando de la cotidianidad y sitios humildes y maravillosos de su ciudad cuántica, nos deja el título de un libro por aquí, un estudio filosófico por allá, un ornitólogo políglota, una película, varias anécdotas, una obra musical más adelante...y sin darte cuenta se te van introduciendo en el corazón y se desparraman suave y placenteramente hacia arriba y hacia abajo. Y cuando llegan arriba un sinfín de interrogantes: pero ¿Quién diablos es Andrew Neg, Marvin Harris, Tadashi Kawamatay y otras decenas de nombres que no conozco? Pienso de inmediato mirar en el navegador la vergüenza de mi incultura, pero no es necesario porque en las dos páginas finales nos facilita las "referencias", perfectamente ordenadas para cada historia. Un placer de erudición.

Si a todo esto, sumamos los dibujos de Toni Salvá, el deleite es total, como dice Itziar en el prólogo, sentadas en un banco de nuestra ciudad o pueblo. Puede que, imaginando la ciudad cuántica de Lourdes, podamos ver la propia con otras miradas.

Y como Barcelona es mi ciudad, puedo hacerlo empezando por alguna de las historias en las que aparece, como la titulada "Turismo de interior", o la de "Menos aviones, más vida" y esa otra tan deliciosa del "azufaifo de Isabel Muñoz...". Iré, desde el Mercat de Santa Caterina en pleno barrio gótico, hasta la parte alta, en Sarriá, para ver el azufaifo.

Olga Fernández Quiroga



LA MORDAZA DE IFIGENIA

Materiales para una crítica feminista de la violencia

PIEDAD SOLANS

Ed. Akal/Arte Contemporáneo 2022

Piedad Solans, doctora en Historia del Arte, es una mujer valiente.

Hay que echarle valor para publicar en estos tiempos de inmediatez, de irreflexión, de regreso a lo emocional, de un retorno a un lugar del que creíamos haber salido, La mordaza de Ifigenia. *Materiales para una crítica feminista de la violencia*. Su amplio trabajo es, hoy más que nunca, un libro necesario.

Un puzzle con recorridos, derivas, narraciones, que se han construido para liberar de la mordaza a cientos de mujeres, muchas de ellas reconocidas desde la cultura, que dan visibilidad a millones de mujeres anónimas. En común, ese silencio que impone esta manera de vivir que ha construido el patriarcado.

La investigación de Solans "aborda los mecanismos históricos de la subordinación de las mujeres, las categorías del saber que han urdido su sometimiento y las tecnologías de la violencia que lo sustentan, instituyendo un mandato al silencio que, aunque de forma desigual, persiste anudado en el lenguaje", indica en el prólogo a su Ifigenia.

El libro reúne escritos plurales buscados, leídos, reflexionados en décadas de trabajo de esta historiadora que, entre otros, ha recibido el premio Carmen de Burgos de divulgación feminista del Instituto de Estudios Históricos de la Mujer (1996) y el MAV de teoría y crítica feminista (2016). Con este valioso material la propuesta del ensamblaje no es lineal ya que no estamos ante un tratado sino ante un collage de voces múltiples que desde la literatura, el arte, la filosofía, se adentran en compartir cómo las Ifigenias del pasado y las contemporáneas se liberan de la mordaza. O lo intentan y, desde luego, la muestran. Piedad Solans no oculta "el carácter de lucha y de revolución que recorre este ensayo".

Sus más de cuatrocientas páginas están escritas para ser degustadas de a poco, no a bocados. No es para leer de una sentada. Es como un libro de poemas al que un día vas y abres una página al azar y encuentras esa lírica que te prende el día. La mordaza de Ifigenia es liberadora pero ya sabemos qué ocurre con las liberaciones. A veces se paga un precio muy alto. Hay que estar preparadas. Y hoy más que nunca. Un fantasma recorre Europa. El mundo.

Lourdes Durán Ramírez



LA SALUD DE LAS MUJERES MEJORA CON LAS INTERVENCIONES DEL PLA DE BARRIS

Las actuaciones de los gobiernos municipales en todos los ámbitos que atañen a la salud de las mujeres son muy importantes, desde la atención

**PLA DE BARRIS
DE BARCELONA**

a las mujeres que han sido atacadas por violencia machista hasta otros que no están incluidos en la cartera de servicios de los sistemas de salud, como dentista municipal, óptica municipal, atención psicológica o espacios de acompañamiento y consulta para la salud sexual de la juventud. Estos son programas que ha creado el Ajuntament de Barcelona.

Hemos escogido un ámbito poco difundido aprovechando el informe de la Agencia de Salud Pública de Barcelona que en su estudio 'Evaluación de los efectos en la salud del Pla de Barris 2016-2020', analiza los efectos que ha tenido la iniciativa del Pla de Barris del Ajuntament de Barcelona en la salud de las mujeres.

Los resultados indican las mejoras en salud mental (un 15, 5%), en la salud percibida (un 21%) y en la actividad física (un 13%)

Os dejamos dos links:

Link a la noticia en la página del Ajuntament de Barcelona

https://www.barcelona.cat/infobarcelona/es/tema/salud-y-salud/efectos-positivos-del-plan-de-barrios-en-la-salud-de-la-ciudadania_1259157.html

Link al estudio de la Agència de Salut Pública

<https://www.aspb.cat/documents/avaluacio-efectes-salut-pla-barris-2016-2020/>

USO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN MUJERES DIAGNOSTICADAS Y EN TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA NO METASTÁSICO

Una revisión Cochrane publicada en enero de 2023 sobre el tema, analiza 60 estudios con 7.998 participantes.



Los resultados informan de dificultades para valorar la evidencia, dada la variabilidad de los estudios, los métodos, el momento de la medición de los desenlaces y la atención recibida en los grupos control, así que los resultados no son concluyentes.

Pero hemos querido con esta minidosis ejemplificar la dificultad de la integración en los procesos de cáncer de mama (y otros cánceres) de la atención psicológica.

Esta situación de la atención psicológica corresponde perfectamente al lugar tan lamentable que la salud mental ocupa en la atención sanitaria.

El link al estudio.

https://www.cochrane.org/es/CD008729/BREASTCA_uso-de-intervenciones-psicologicas-en-mujeres-diagnosticadas-y-en-tratamiento-del-cancer-de-mama-no

ENFERMERAS PREMIADAS

En el XI Congreso Nacional y II Congreso virtual de Enfermería experta en Ostomías, celebrado en Valencia del 4 al 6 de mayo de 2023 la enfermera Belén Bueno, estomoterapeuta del hospital Vall Hebrón de Barcelona, fue elegida como "mejor enfermera entrenadora".

El colectivo de la enfermería está compuesto mayoritariamente por mujeres y en estos momentos se discute que tengan una función más relevante en los Sistemas Públicos de Salud.

En los cánceres de colón, con ostomías o ileostomías, las enfermeras están altamente especializadas y con un papel muy relevante. Acompañan a los pacientes, antes, durante y después de todo el proceso. Explican, escuchan, enseñan, entrenan, responden dudas, y siempre con una accesibilidad directa y un trato cercano y excelente.



Los pacientes que deben llevar bolsas temporales o permanentes después de la cirugía, no obtendrían los mismos resultados si no se hubiera pensado en la función de estas excelentes profesionales.

Pero no en todos los hospitales tienen su trabajo reconocido, por eso piden difusión y reconocimiento. Ya lo tienen de sus pacientes y de sus compañeros, también de esta revista.

Reivindicamos su labor como necesaria e indispensable y el premio a Belén Bueno, como aliciente para sus compañeras actuales y futuras.

<https://www.congresoestomaterapia.com/representacion/>

Suscríbete
para que podamos
continuar



¡Siguenos!

www.mujeresysalud.es

f /Revista-MYS

t /MySrevista

Recibe en tu domicilio los 2 números que la revista edita cada año a partir de 20 € (IVA incluido).

Si quieres suscribirte o regalar una suscripción, envíanos tu nombre (o el de la entidad), tu mail y tu teléfono a:

suscripcionesmys@gmail.com y te enviaremos un formulario de suscripción.

Colabora

