

mys

Salud

Revista de comunicación interactiva

Nº5 · Barcelona · febrero 2000

e-mail: caps@pangea.org · http://mys.matriz.net

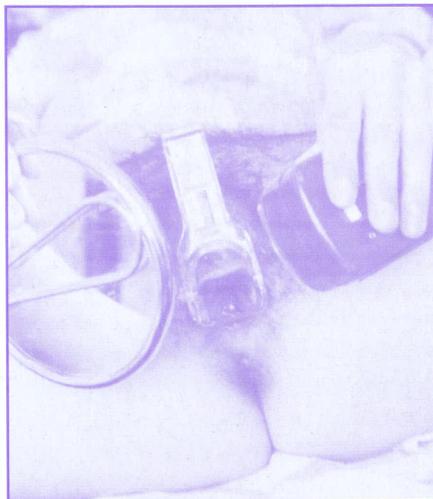
LAS FOTOS QUE NO VIMOS

Leonor Taboada*

Un día, Gina Lollobrigida se puso un bikini. Y millones de Ginas Lollobrigidas en el mundo rasgaron en dos sus bañadores, y la Iglesia no pudo impedirlo. El pálido vientre dejó de serlo. El oculto vientre dejó de estarlo.

Otro día, unas cuantas arrojaron sus sujetadores a una pira, lo cual provocó gran escándalo y fue caldo de la prensa sensacionalista del mundo entero. A esa invitación se unió mi generación. Los pechos dolían por falta de sujeción pero qué seguridad tan grande ir por la calle precedidas por nuestros desafiantes pezones en plan "y qué...", y formar con las otras un coro que tarareaba, "Somos nuestro cuerpo", "queremos nuestro cuerpo", "nos gusta nuestro cuerpo". Luego, bien porque el mensaje había sido transmitido, bien porque la comodidad se ha vuelto a imponer, el mercado de sujetadores ha vuelto a crecer.

Un poco después, unas cuantas mujeres en distintos países nos quitamos las bragas, pero eso es menos conocido. Cuando empezamos a mirarnos la vulva y la vagina con un espéculo, un espejito y una linterna, en grupo, o a solas, o en las consultas ginecológicas de los plannings y centros de salud de mujeres creados por la presión ó ebullición del hambre de libertad sexual y reproductiva (y de todo tipo) que teníamos, a los expertos en nuestras partes y partos no les gustó nada. Y las fotos sobre lo que nos miramos y descubrimos no atravesaron la férrea censura mediática- ni los más



sensacionalistas quisieron divulgar que las mujeres estábamos ya en fase "devolvednos nuestro cuerpo".

Los manuales sobre auto examen, sobre "self help", son de esa época, así como los que sacaban del armario el lesbianismo o la masturbación, el primer libro de Shere Hite sobre la sexualidad femenina, y montones de folletos, libros y publicaciones de mujeres sobre cómo vivir embarazos y partos diferentes o cómo evitar caer en manos de los gines y arreglarnos con "nuestras cosas", aborto incluido, a nuestra manera, ya que no podíamos de forma alguna confiar "en ellos". Y porque teníamos muchas ganas de empezar a confiar en nosotras mismas y conferirnos autoridad.

Tal vez porque nunca hubo bastantes fotos, hoy no hay demasiadas mujeres que conozcan su cuerpo sin tabús, ni sus ciclos, ni su temperatura basal, ni sus llamadas al placer, ni sus señales de peligro y, aunque a muchas les encantaría, no saben cómo o no tienen tiempo. También puede que hayamos caído en un estilo de vida que nos presiona para delegar en "expertos" nuestras cuestiones más íntimas en lugar de aprender a escuchar y entender lo que nos pasa, lo que "nos pide" el cuerpo. Y todo cuerpo humano que se precie, para sentirse protegido por su dueña o dueño, necesita, como mínimo, una oportunidad de ser mirado y escuchado sin prejuicios.

Leonor Taboada. Periodista. Directora Revista Mujeres y Salud (MyS). Autora del Cuaderno Feminista, Introducción al Self Help.

mys

SUMARIO

5
ENTREVISTA

Rosa María Lidón, cardióloga

"Existen diferencias en la forma de tratar a hombres y mujeres en cardiología"

8/9

Las grasas en la alimentación

Mercé Fuentes

12/13

Rachel Carson: El poder de una idea

Mercé Piqueras

DOSSIER 5

Autoconocimiento:
la mejor ayuda para la vida

Coordina :Vita Arrufat Gallén



Hablemos

Esperamos vuestros mensajes. Podéis enviarlos por correo, fax o correo electrónico, siempre que sean breves. ¿O no somos interactivas?

Gracias por la web

Una amiga desde Florencia me ha enviado vuestra WEB y se lo agradezco. Ha sido refrescante y, a partir de ahora, será uno de mis rincones favoritos.

De momento no puedo estar más de acuerdo con todo lo leído. Lo único que se me ocurre es dar las gracias por estar ahí y ofreceros mi colaboración. De momento, ya he difundido vuestra web entre algunas compañeras de trabajo.

Pilar Salvador, psalvador@redestb.es

Hipertiroidismo Subclínico

Carta de una paciente aquejada de hipotiroidismo subclínico, que relata el cambio que ha dado su vida tras el diagnóstico y comienzo del tratamiento. (El hipotiroidismo subclínico es el estadio inicial de la insuficiencia tiroidea, afecta más a las mujeres que a los hombres, y presenta una sintomatología difusa que hace difícil su diagnóstico, por lo que la persona que lo padece sufre diversos trastornos durante años que si bien no la hacen sentir francamente enferma, sí reducen considerablemente su calidad de vida).

Querida Doctora,

Después de iniciar el tratamiento para mi ligero hipertiroidismo, envío algunos detalles que, para mí, significan un aumento de seguridad.

.-Si hay un elemento que demuestra mi nueva seguridad es el cambio de imagen. El hecho de teñirme el pelo de violeta, después de pasar por el azul-grisáceo y por el amarillo-pollo, es un hecho insólito que me destacaron las peluqueras: " Bárbara, si te hubiésemos dicho de teñirte el pelo hace unos años... ". Se ha de estar muy segura para teñirse el pelo de estos colores, especialmente en el consultorio donde trabajo.

.-Continúo viviendo en ciclos eufóricos-depresivos, pero, a diferencia de antes, las fases de depresión no van acompañadas de desesperación. He aprendido a aceptar estos periodos más bajos como un elemento de mi carácter

donde el incremento de la sensibilidad me permite percibir cosas de una manera diferente. He positivizado los " malos rollos " y he perdido las ganas de llorar.

.-Capacidad de desplazarme e improvisar visitas. En cualquier momento y cualquier excusa es buena para ir a nuevos lugares y ver cosas. He roto la rutina. .- Me ha incrementado la capacidad de escoger, porque me veo capaz de hacer otras cosas y porque me ha dejado de importar que piensen los demás (con ciertos límites, claro).

.-He apuntado los elementos de mi personalidad que no me gustan, intento romperlos y, lo que es más importante, intento prevenirlos y mitigarlos. Por ejemplo, acabar los proyectos que me he propuesto en algún momento (pero lo hago realizando una nueva valoración de su prioridad: tampoco quiero ser una esclava ciega de mi propio cambio).

.-Me ha incrementado la "seguridad física" y, en consecuencia, me he abierto al mundo de la sensualidad. Tengo ganas de vivir como mujer, no como un elemento asexual (como hacia antes, como si no fuese conmigo). He empezado a ir al gimnasio regularmente camino con la espalda más recta y he mejorado las posiciones de mi cuerpo (me han bajado las tensiones musculares de la espalda).

.-Como elemento práctico (y básico!), ya he determinado un tema concreto de tesis, con la concreción de la metodología a aplicar . Me vuelven a gustar los retos.

.-A veces tengo la sensación de haber despertado y de que estoy mirando a otra persona (se pueden ver en las fotos, en la actitud). También se ha de contextualizar todo este proceso en una persona como yo, que tiene la capacidad de autosugestión muy acentuada (pero puede ser eso mismo lo que he recuperado).

Hasta pronto,

Bárbara O...

m_s



Edición: Programa "Mujer, Salud y Calidad de Vida" dirigido por Carmen Valls Llobet · Directora: Leonor Taboada · Redacción: Montse Cervera, Margarita López · Consejo Editorial: Charo Altable, Victoria Alvarez, Vita Arrufat, Consuelo Catalá, Montse Cervera, Concha Cifrián, Malén Cíerol, Mari Luz Esteban, Ana Freixas, María Fuentes, M^a Asunción González de Echave, M^a José Hernández, Jimena Jimenez, Elvira Méndez, María Morón, Victoria Sau, Carmen Saez, Fina Sanz, Verena Stolke, Carme Valls-Llobet, María José Varela Portella.
Redacción, Administración, Suscripciones y Publicidad: C/París 150-08036 -Barcelona, Tel y fax: 93 3226554,
E mail: caps@pangea.org, web: http://mys.matriz.net · Número de ejemplares: 2.000 · Imprenta: Esment · Diseño: M. A. Camps
Depósito Legal: PM 795-1996

On

Catherine DeAngelis

Las que intentamos convertir la feminización de algunas profesiones en un valor a favor de las mujeres y de la humanidad, nos alegramos un montón de que al fin se reconozca a una mujer al frente de una publicación médica tan prestigiosa como JAMA "Journal of the American Medical Association". 116 años de vida de esta revista acreditaban la tradición machista al uso. Ahora se ha roto y Catherine De Angelis de 59 años, pediatra de reconocido prestigio, ha empeza-



do su dirección exigiendo independencia, lo ella considera "una obligación sagrada hacia la ciencia médica" es decir poder ejercer total libertad editorial. Y, para nuestro gozo, se ha comprometido a enfatizar los temas de salud de las mujeres incluyendo la violencia doméstica. Ya podéis suponer que MYS se hará más adicta a JAMA, que también se edita en castellano, y que seguiremos con ilusión sus andanzas. Bienvenida Catherine, nuestra red se alarga...

Off

¿Qué leen los médicos?

En la revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud (1999, Vol.23-Nº 2), se analizan las fuentes de información de las que se sirven los médicos para decidir los medicamentos que recetan. Al parecer, la mayoría se limita a leer la publicidad que le envían los propios laboratorios farmacéuticos y, en todo caso, a las revistas de distribución gratuita. Muy pocos leen la abundante literatura científica. Una se pregunta entonces ¿de qué sirve la investigación?

La paradoja es que, en otro artículo de la misma revista, se dice tranquilamente que *está demostrado* que la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia redu-

ce significativamente el riesgo de enfermedades cardiovasculares y las fracturas osteoporóticas.

Es evidente que el autor *no ha leído* el resumen de la revisión bibliográfica sobre el tratamiento hormonal que aparece en *Informatiu* (boletín de la AATM de Catalunya, nº 13, 1998) cuya conclusión final es que "no hay evidencia de buena calidad que avale las propuestas de uso masivo y prolongado de diversos compuestos hormonales estrogénicos solos o con progestágenos en mujeres postmenopáusicas sanas".

Así pues, ¿está demostrado?

Enredhadas

Leonor Taboada



¿Cuántas víctimas?

Desde que en España los muy comprensibles, habituales y "naturales" asesinatos de mujeres a manos de hombres han pasado de considerarse crímenes "pasionales" a ser calificados como violencia doméstica, tantos son los casos que afloran en los medios y hay semanas tan trágicas que, a menudo, la gente de la calle se pregunta si hay más violencia que antes porque ahora las mujeres encuentran la fuerza para intentar liberarse de las garras de sus maltratadores antes de que las maten o las destruyan, o se trata de que antes la sociedad no echaba cuentas de estos delitos porque ni oficial ni socialmente lo eran.

Esa pregunta tiene difícil respuesta de momento, porque mal podemos aspirar a contabilizar el pasado si el Gobierno de la Nación se empeña en negarse a contabilizar correctamente el número de muertas actuales. Como si de ocultar muertas "suyas" se tratara, el Ministerio de Interior miente con las cifras "oficiales" que presenta. Cifras que no se sostienen frente a las evidencias concretas, las muertas con nombre y apellidos y fechas y detalles, que con rigor y dolor recogen los archivos del Consejo de la Mujer de Madrid, por ejemplo.

Han hecho tanta propaganda pensando que podrían lucirse con este tema "menor", que cada muerta que ha denunciado una o mil veces evoca las promesas vanas y los anuncios triunfalistas. Pero al "restar" víctimas, no sólo intentan quitarle hierro a la magnitud del problema social y "ganar" o "no perder" votos: de paso, están negando el respeto mínimo a la dignidad humana de la mujer asesinada, tanto como han ignorado sus denuncias cuando luchaba por su vida y esperaba la prometida protección que no ha llegado.

Sugiero que seamos beligerantes con este asunto hasta conseguir que el Ministerio de Interior dé cuenta de cada asesinato de mujeres con todos los detalles, como si de muertos por terrorismo se tratara. Una por una. Al instante. Y que sume las estadísticas, al instante. Con sus nombres y apellidos. Y detalles sobre las veces que hubiera denunciado, si lo hubiera hecho. Y asunción de responsabilidades. Así no nos fallarían las cuentas. Y así no estaríamos traicionando a aquellas de nosotras que caen en el mismo país donde se supone que las leyes nos protegen.

Los machos

Vicente Verdú

Cada vez más mujeres denuncian malos tratos a cargo de los hombres. Decenas de ellas mueren cada año. Pero la cuestión no debe darse por cerrada. Mientras las mujeres sigan apareciendo como víctimas y los hombres como verdugos, el diagnóstico se acerca a una escena de muñecos de madera. La realidad es más compleja. Casi la totalidad de las llamadas que la policía recibe por una reyerta son a cargo de una mujer. El hombre llama pocas veces. No es masculino. Pero si deseara telefonar, a veces no lo hace porque lo han matado.

Alrededor de una docena de estudios referidos a Estado Unidos y Canadá han demostrado que la mujer agrede al hombre con parecida o mayor frecuencia. Y algo más: dos de estos trabajos concluyen que la mayor dureza en los ataques suele ser a cargo de las mujeres. Los hombres golpean más con sus manos, pero la mujer emplea medios más severos, como un cuchillo, una plancha candente o aceite hirviendo. En la oficina central de vigilancia Nacional del Crimen norteamericana, sobre un conjunto de 60.000 casos por semestre registrados a lo largo de tres años y medio, las mujeres confesaron tres veces que los hombres que habían empleado armas en las peleas. Alrededor del 60% declararon ser las primeras en agredir, mientras los hombres respondieron, en un 90%, que eran ellas. La violencia doméstica no acaba su explicación con el recurso a la ignominia machista. Un 54% de las lesbianas reconoce que existe violencia en su relación, frente a un 11% en las parejas heterosexuales.

Efectivamente, las agresiones no pueden considerarse efecto directo de la supuesta maldad del hombre y su arrogante actitud ante las mujeres, pero sobre todo con los demás hombres. Su aprendizaje de la masculinidad les ha enseñado precisamente la indignidad de pegar a una mujer. Cada vez que un hombre hiere a una mujer esta misma indignidad convierte el fenómeno en prueba de la opresión que padecen las mujeres. Cada vez que una mujer agrede o mata a un hombre se presume que lo ha hecho para defenderse. La realidad y el sentido común se rebelan contra esta fácil tosquedad y su demagogia

El País 23 de octubre de 1999

LLORAR ES COSA DE NENAS

Teresa Compte Massachs

Cuando uno se mete a criminólogo es conveniente que tenga una base mínima de conocimientos para interpretar los datos, pues a veces las creencias personales traicionan los resultados y la interpretación puede aparecer absolutamente sesgada. En su columna "Los machos", publicada el día 23 de Octubre, el Sr. Vicente Verdú ofrece unas reflexiones aderezadas con datos estadísticos, de los cuales concluye que el maltrato real se distorsiona porque las mujeres son más lloronas y se quejan más que los hombres, los cuales, muy dignamente, silencian los ataques de las mujeres, llegando a pagar con su muerte este digno y masculino silencio. Seamos serios y vayamos a confrontar realidades.

Los datos obrantes en la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, desde finales de 1995 hasta la actualidad hablan por sí solos: si hablamos de muertes entre hombres y mujeres, en el 90% de los casos fue el hombre quien mató a la mujer y sólo en el 10% de los casos fue al revés. Y hay que añadir más: en los casos en que la mujer mató al hombre, se comprobó una situación de maltrato reiterada que finalizó con la muerte del agresor, y en otro caso existía un grave trastorno psiquiátrico de la mujer, elementos que no aparecen en las muertes causadas por los varones.

Si entramos a valorar los estudios norteamericanos aludidos por el articulista la conclusión no es ni más ni menos que las mujeres, *confiesan* el maltrato más que los hombres, no que maltraten más. Si de 100.000 personas que maltratan 3 son mujeres, éstas lo confiesan, y ningún hombre lo hace (cuestión frecuente por otro lado), no se puede deducir o insinuar un mayor maltrato de la mujer al hombre. Seamos serios.

Todos los que hemos de enfrentarnos diariamente con el tema del maltrato sabemos que la mujer mal-

tratada, casi nunca se enfrenta al agresor con sus puños o sus manos, pues sabe que tiene la batalla perdida. En los infrecuentes casos en que ha decidido poner fin a la situación, y desconfiando de su propia fortaleza, se ha enfrenado al hombre con algún instrumento que la garantizara la fuerza del golpe. Ello no permite concluir en absoluto que las mujeres maltraten más.

La aludida columna habla también de la mayor violencia en las relaciones lesbianas que en las heterosexuales. Desde luego estos datos no se sostienen en la experiencia que como fiscales tenemos (¿seremos los catalanes tan diferentes?), al margen de que el estudio, de nuevo, se refiere a otra vez a la sinceridad o no respeto al reconocimiento de situaciones conflictivas, no a la objetividad del dato. No constan datos que avalen mayor maltrato entre lesbianas que entre parejas heterosexuales, independientemente de que habría que saber que entiende el encuestador per el término "violencia". ¿Se incluyen también las discusiones entre la pareja?

En momentos en que es necesario un esfuerzo institucional, legislativo y judicial para afrontar las fisuras del sistema de protección a las víctimas de malos tratos, sorprenden columnas como la comentada.

Conviene revisar el sistema de control e la ejecución de las penas: ¿de qué sirve el largo calvario hasta el juicio y la sentencia si no se garantiza que las medidas de contención sean efectivas? La interpretación que los Jueces de Vigilancia Penitenciaria hacen de los requisitos necesarios para revocar a libertad condicional ha resultado fatídica. Por tanto es urgente hacer una ley clara, que no admita interpretaciones correctoras, y es tarea de nuestros representantes en el Parlamento elaborar normas diáfanas allí donde puedan ofrecer fisuras que no son acordes con la realidad del marco donde deban ser aplicadas.

(Continúa en la pág. 17)

Cardióloga Adjunta de la Unitat Coronària del Servei de Cardiologia del Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

"ES EVIDENTE QUE EXISTEN DIFERENCIAS EN LA FORMA DE TRATAR A LOS HOMBRES Y A LAS MUJERES EN CARDIOLOGÍA"

Carmen Valls Llobet

¿Existen diferencias en la forma de tratar a hombres y mujeres en las estadísticas en relación con morbilidad y mortalidad en cardiología?

Es evidente que existen diferencias en la forma de tratar a los hombres y a las mujeres en cardiología. Donde mejor podemos objetivar este hecho es en el análisis de registros poblacionales de una patología concreta y bien definida como es el infarto agudo de miocardio. En 1996 se publicó en "Annals of Internal Medicine" el registro de 350.755 infartos agudos de miocardio hospitalizados entre 1990 y 1994 en Estados Unidos de América. En dicho estudio se analizó la administración de diferentes fármacos, la práctica de procedimientos (coronariografía, angioplastia y cirugía de revascularización) y la mortalidad hospitalaria. Los resultados

"Las mujeres reciben menos tratamientos y también se les realizan menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos"

mostraron que para cualquier grupo de edad en la que se clasificó a los pacientes, las mujeres recibían menos tratamiento y también se les realizaron menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

De esta misma fuente Viola Vaccarino (N Engl J Med 1999) analiza la mortalidad a corto plazo, con relación al sexo: en 384.878 infartos de miocardio acontecidos entre 1994 y 1998, de los cuales 155.565 eran mujeres y 229.313 eran hombres. La mortalidad, ajustadas las otras variables de riesgo, es mayor en las mujeres a edades jóvenes que en sus congéneres hombres, es decir que a menor edad de las mujeres, presentan mayor mortalidad que



Rosa Maria Lidón

los hombres de la misma edad, pero el riesgo de mortalidad se iguala a edades avanzadas. Es muy interesante este estudio ya que la misma autora había realizado previamente una revisión de la literatura para determinar las diferencias relacionadas con el sexo en el infarto de miocardio y si el sexo femenino actuaba como factor independiente de mortalidad. En esta revisión de 27 estudios publicados (Circulation 1995) la autora concluyó que el incremento de mortalidad observado en las mujeres estaba relacionado con la edad más avanzada y la presencia de características clínicas desfavorables.

Otro punto de vista del mismo problema lo aporta Judith Hochman en un estudio publicado este año (N Engl J Med 1999). La autora analiza las diferencias relacionadas con el sexo en 12.142 pacientes (3.662 mujeres y 8.480 hombres) seleccionados y aleatorizados en un estudio multicéntrico internacional (GUSTO IIb), y concluye que mujeres y hombres con síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio y angina inestable) tienen diferente perfil clínico, presentación y evolución y que estos hechos podrían reflejar diferencias anatómicas y/o fisiopatológicas entre mujeres y hombres.

Muchos otros estudios han aparecido en los últimos años abordando el problema desde diferentes puntos de vista que merecerían ser comentados, simplemente hemos escogido éstos por el volumen de población que incluyen y por su reciente publicación.

Por tanto, podríamos decir que justamente estamos empezando a plantear e identificar el problema. Es a partir de ahora que empieza una segunda fase con el estudio de que si existen realmente diferencias entre los sexos en la manifestación de la enfermedad basadas en los mecanismos fisiopatológicos, y si ello determina formas diferentes de presentación, evaluación, pronóstico y tratamiento.

¿Que repercusiones tiene esta situación?

Las repercusiones son sin duda importantes. La población femenina es la población dominante a edades avanzadas, la incidencia de enfermedad cardiovascular aumenta con la edad, y la primera causa de mortalidad en las mujeres postmenopáusicas es la enfermedad cardiovascular. Por tanto estamos hablando de un problema sanitario de primer orden.

A pesar de que puede existir un importante consumo de recursos sanitarios por estas patologías,

"Mujeres y hombres con síndrome coronario agudo -infarto agudo de miocardio y angina inestable tienen diferente perfil clínico"

se desconoce todavía las técnicas diagnósticas y las terapias más eficaces en este grupo de población. Tanto es así que se ha reflexiona-

do y se reflexiona mucho sobre este tema, incluso por parte de las diferentes sociedades científicas. El análisis de esta situación llevó incluso a la promulgación de una ley en EEUU de América para establecer una correcta representación de mujeres y minorías en los estu-

“Se producen diferencias en la asignación de recursos sanitarios en función del sexo”

dios aleatorizados de investigación clínica (Public Law 103-43 firmada el 10 de junio de 1993), estudios que constituyen la base del tratamiento médico actual.

¿Cómo llegó a observar estas diferencias?

Nuestro conocimiento de las diferencias de tratamiento en función del sexo era teórico y basado en las publicaciones en revistas de prestigio internacional, pero que este hecho se produjera en nuestro medio fue un descubrimiento casual. Estábamos estudiando la respuesta individual y del sistema sanitario en una cohorte de 485 pacientes consecutivos, de una población urbana, afectos de infarto agudo de miocardio y atendidos en nuestro hospital (hospital Vall d'Hebron). Al analizar la población en función del sexo tuvimos la gran sorpresa de objetivar que también en nuestro medio se producían diferencias en la asignación de recursos sanitarios en función del sexo, sin que pudiésemos determinar cuales fueron las causas íntimas que las provocaban.

¿A que es debido que existan estas formas diferentes de tratamiento entre hombres y mujeres?

No existe una respuesta simple, intervienen factores sociales, culturales y de relaciones personales. Si usted pregunta a cualquier médico y concretamente a los cardiólogos, nadie reconoce que delante de una misma enfermedad se pueda tratar de forma diferente a las mujeres que a los hombres. Y tanto es así que, presentando nuestros resultados, me han dicho que en su medio ésta diferencia no ocurre. No obstante, es un

hecho incuestionable que hasta que no se analiza, de forma prospectiva o independiente, no se pone en evidencia el problema.

Existe una base histórica que había afirmado que la mujer no tenía cardiopatía isquémica o era infrecuente y de menor riesgo que el hombre. Esta afirmación estaba basada en los estudios epidemiológicos cuya muestra de población incluía a personas de edad \leq 65 años. Es evidente que la cardiopatía isquémica tiene menor incidencia en la mujer premenopáusica, pero ésta menor incidencia podría verse, no obstante, modificada por los cambios en los patrones de comportamiento de la mujer actual con la incorporación plena al trabajo y especialmente con la adquisición de comportamientos no saludables (tabaquismo, sedentarismo, dietas inadecuadas y stress). También existen otros factores, en parte relacionados con esta primera afirmación, que son fuente de confusión como son las diferencias en las características y tipo de presentación de la sintomatología. Concretamente la definición del dolor anginoso con sus desencadenantes se ha descrito básicamente en la población masculina y se ha esperado el mismo comportamiento en las mujeres cuando el tipo de constitución y actividad física difiere en ambos sexos, sin plantearse hasta época reciente que la expresión de un síntoma tan subjetivo como es el dolor, base del diagnóstico de la angina de pecho, puede estar influenciado por múltiples factores. Así mismo, **aunque la sintomatología isquémica en la mujer cumpla los cánones establecidos, muchas veces no se realiza el diagnóstico porque no se piensa en él y es aquí donde influyen factores sociales y culturales.**

¿Cómo se podrían evitar en el futuro estas deficiencias?

¿Con cambios en la docencia, en la investigación, en la atención?

Es muy difícil, o imposible, evitar las deficiencias cuando ni tan solo se han identificado y no hay un reconocimiento de las mismas. Desde el punto de vista teórico, es evidente lo que debemos hacer. En primer lugar, concienciar al sector sanitario que la cardiopatía isquémica existe en la

mujer y que hay un problema de diagnóstico por falta de identificación de la sintomatología, por tanto, es necesario una amplia educación sanitaria. En segundo lugar que cuando se diagnostica nos hemos de plantear las exploraciones complementarias que nos darán un mayor rendimiento diagnóstico evitando costos sanitarios innecesarios, lo cual exige una atención personalizada y razonada de cada uno de nuestros actos médicos. En tercer lugar, debemos identificar para cada paciente cual es el tratamiento más adecuado, en cada momento, basado en los conocimientos médicos científicos. Pero este discurso tan lineal y diáfano choca con la realidad de que tanto los criterios diagnósticos, como la información desprendida de las exploraciones complementarias se han realizado básicamente utilizando modelos masculinos y asumiendo un comportamiento y respuesta idéntica en la mujer cosa muy lejos de la realidad. Similar nos pasa con los tratamientos médicos que, en estudios aleatorizados, o han incluido sólo a hombres, o la representación de sexo femenino es tan reducida y seleccionada que no corresponde a la amplia gamma de pacientes afectas de cardiopatía. Es por ello que **resulta imprescindible para mejorar la atención a nuestras pacientes que la investigación médica se oriente a identificar las posibles diferencias o peculiaridades en la fisiopatología de la enfermedad coronaria según el sexo**, éste mayor conocimiento es la base para comprender y tratar de forma adecuada ésta patología.

Bibliografía

- Infarto agudo de miocardio: diferencias de tratamiento en la mujer anciana
Rosa-María Lidón et al.
Rev Esp Geriatr Gerontol. 1997;32(6):325-330
- Dona i cardiopatía isquèmica. Reflexions sobre un binomi poc valorat
Rosa-Maria Lidón
Rev-Soc-Cat-Cardiol.1998;3(2):43-44

LECHE MATERNA: INIMITABLE E INCOMPARABLE

Todo el mundo sabe que la leche materna es el mejor alimento que se le puede dar a un bebé. ¿Cómo es posible que, a pesar de los avances científicos, siga siendo imposible igualarla?

Se lleva siglos incorporando a las fórmulas artificiales elementos nuevos. Esto nos tendría que hacer reflexionar sobre lo lejos que se encuentran todavía de la leche materna. Al contrario que las leches artificiales, la leche materna es un tejido vivo y su composición varía a lo largo de la teta, según el momento del día y la época de lactancia. Sobre todo en el caso de las madres de niños con necesidades especiales, como los prematuros, su leche es la más idónea(1). Además de cubrir las necesidades nutritivas del lactante, la leche materna con sus componentes inmunitarios está diseñada para protegerle de innumerables enfermedades como la diarrea, otitis, alergias, eccema, asma, diabetes, linfoma... El propio hecho del amamantamiento conlleva también beneficios para la madre como reducción del riesgo de cáncer de mama y ovario o protección contra la osteoporosis y la fractura de cadera en edad avanzada. (2)

Probablemente pronto nos sorprenderán con que mediante procesos de clonación han conseguido obtener leche "humana" de una vaca. Si esto se lograra hacer, siempre habría que someter a la leche a los procesos que pasa normalmente la leche de vaca para su conservación y posterior almacenaje y distribución, lo que provocaría una pérdida significativa de las cualidades de la leche. Toda una maniobra muy enrevesada y cara para intentar conseguir sin éxito algo que la naturaleza nos ofrece de forma segura y gratuita.

Pero aunque algún día la perfecta composición de la leche materna se consiga meter en un biberón, todavía quedaría por imitar el olor, calor, tacto del pecho y la atención de una madre que mientras amamanta, crea con su hijo un vínculo afectivo único.

AMAMANTAR CON O SIN DIOXINAS

Aún así, en los últimos meses el amamantamiento ha sido puesto de nuevo en entredicho. La presencia de dioxinas en la leche humana ha hecho saltar la alarma. Sin embargo, este dato ya es conocido

desde hace décadas. La leche materna es utilizada como marcador epidemiológico en los estudios sobre contaminantes, por poderse tomar una muestra mucho más fácilmente que de tejido graso, donde se acumulan las dioxinas y ser igualmente fiable en los resultados. Todos los estudios realizados en los cuales la superioridad de la leche materna es sobradamente demostrada, ya fueron hechos comparando niños que tomaban leche artificial con niños que tomaban leche materna con dioxinas. Esto nos demuestra que a pesar de los contaminantes, la lactancia materna sigue siendo la mejor opción, tal y como aconsejan los mismos estudios que han detectado las dioxinas, así como la O.M.S. y las organizaciones medioambientales. (3)

Además, la opción de la alimentación artificial tampoco se salva de los contaminantes. Ya se denunció en su momento la presencia de ftalatos en algunas leches y de nitrosaminas en tetinas. También existe el riesgo de encontrar plomo de los envases y dioxinas si la leche ha sido adaptada a partir de leche de vaca alimentada con piensos animales o todavía más contaminantes si la hierba que come ha sido tratada con pesticidas. (4)

Sin duda alguna la lactancia materna de forma exclusiva durante los seis primeros meses y junto con otros alimentos dos años o más, tal y como recomiendan la O.M.S. y la Academia Americana de Pediatría (5) sigue siendo la mejor y más segura forma de alimentar a nuestros hijos.

Sofía Bagüés Moreno

Asociación de madres Vía Láctea.

Grupo de apoyo a la lactancia.

Teléfono: 976522196 - 976349920

(1) Lawrence, R.A. *La lactancia materna*, ed. Mosby, Madrid, 1996 para la 4ª edición pp.421 y sigtes.

(2) OMS, *Bulletin of the World Health Organization*, 68 (5) pp. 625-631.

(3) Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF). *Chemical Trespass: A Toxic Legacy*. 1999.

(4) Greenpeace España. *Dioxinas y otros organoclorados en la leche materna*. 1999.

(5) American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding, "Breastfeeding and the use of human milk". *Pediatrics*, 100:1035-1039, 1997

El dedo en la llaga

Carme Valls-Llobet



Atención integral vs atención "ovárica"

Hasta el año 1991 no se podía encontrar ninguna entrada en el Index Medicus que especificara Mujer y salud, o similar. La salud de las mujeres era invisible para la medicina ya que, partiendo de una visión androcéntrica, creía que sólo estudiando al sexo masculino -su bioquímica, el metabolismo de los fármacos- quedaba ya incluido el estudio de las mujeres.

Pero la última década ha supuesto un giro copernicano y, gracias al trabajo de múltiples equipos en todo el mundo, se ha hecho visible que la atención sanitaria a las mujeres exige una ciencia médica renovada, con una nueva mirada de género que tenga en cuenta las diferencias anatómicas, biológicas y psicológicas entre mujeres y hombres, pero que al mismo tiempo desenmascare los estereotipos de género que han considerado a la mujer como ser inferior y más débil y no han tenido en cuenta los condicionantes que la discriminación y la desigualdad social han supuesto para la salud de la mujer.

Pero la visibilidad de la salud de las mujeres no está mejorando la atención sanitaria a la mujer ya que en lugar de emerger a la categoría de persona diferente, está generando una oleada de planes de atención "específicos" para la mujer, sobre todo en la Comunidad autónoma de Catalunya, que en lugar de conseguir una atención integral a la mujer como ser humano consiguen degradar y trocear la atención hacia los genitales o hacia las mamas, arrebatando a los médicos de primaria la posibilidad de ser médicos y médicas de todas las personas. De forma sutil volvemos a encerrar a la mujer en un compartimento aparte en la vida, en la ciencia y en la atención cotidiana. Ya no hay prevención específica, sólo medicalización específica. Y, mientras la investigación, la ciencia y la atención primarias de salud, junto con sus presupuestos, siguen dedicadas únicamente a las personas de sexo masculino, no se ha conseguido que las mujeres sean visibles como personas. Los planes de atención a la mujer se han convertido en planes de atención "ovárica" a la mujer, tanto porque funcionan mal como porque no funcionan, pero sin aspirar a hacerlas visibles como seres humanos. ¿Otra vez invisibles? ¿Hasta cuando vamos a tolerarlo?

LAS GRASAS EN LA

Mercé Fuentes

Las grasas o lípidos son componentes químicos muy diversos pero tienen en común que no se disuelven en agua. En el cuerpo unas se almacenan en las células y son la principal fuente de energía y otras forman parte de la estructura de las células.

Los ácidos grasos se unen a la glicerina y forman una clase de lípidos que son los triglicéridos, estos son la mayor parte de las reservas de grasa de nuestro cuerpo.

Otro grupo de lípidos es derivado de los esteroides, que es el colesterol. El colesterol sólo se halla en los tejidos y órganos animales y forma placas de grasa en las arterias.

Los ácidos grasos, pueden ser saturados o insaturados, según estén más o menos saturados los dobles enlaces que tienen en su estructura. Ello determinará diferentes propiedades. Básicamente, los más saturados estimulan la formación de colesterol y la agregación plaquetaria.

El colesterol, junto con el hábito de fumar y el sedentarismo, favorecerán las enfermedades del corazón y de las arterias.

Los ácidos grasos insaturados son esenciales, o sea que hay que ingerirlos en la alimentación, ya que nuestro organismo no los puede sintetizar y son necesarios para vivir.

*Son: ácido linoleico, linolénico y Araquidónico.

Los ácidos grasos insaturados, son líquidos a temperatura ambiente. La mayor parte son de origen vegetal. Cuando se calientan a altas temperaturas se vuelven saturados, (por ejemplo con la fritura).

Los ácidos grasos insaturados pueden ser:

Monoinsaturados.

El aceite de oliva, monoinsaturado, contiene un 75% de ácido oleico y un 8% de ácido linolénico, que es esencial. Contiene vitaminas A, D, E, K y es más resistente a la acción del calor, o sea que soporta bien la fritura. El aceite de oliva también tiene un efecto antioxidante y por ello antiaterogénico (el colesterol no se fija en las paredes de las arterias). El aceite virgen es el de la primera prensada de las aceitunas y es el de mejor calidad. Los aceites refinados, son los que se obtienen en las sucesivas prensadas, para aprovechar al máximo el aceite, eliminar el agua y sustancias que enrancian, pero en esta manipulación se utilizan disolventes químicos que luego hay que eliminar.

La acidez del aceite se refiere a la cantidad de ácidos grasos que quedan libres: si contiene un 1% de ácidos grasos libres tiene una acidez de 1 grado. El grado de acidez no hace perder capacidades nutritivas, sólo varía el gusto o el olor.

Poliinsaturados:

(no resisten altas temperaturas, y se degradan con el calor).

Los aceites vegetales como el aceite de girasol, de soja, de maíz, pepita de uva, contienen ácido linoleico, en proporción entre 50% o 60%. El ácido linoléico hace disminuir el colesterol y los triglicéridos, así como los agregantes plaquetarios o sea que protege de las enfermedades cardiovasculares. A estos ácidos grasos se les llama omega 6, pero también disminuyen el HDL colesterol (el colesterol bueno).



Los pescados blanco y azul, contienen ácido linolénico y ácido araquidónico, así como ácido eicosapentanoico, docosapentanoico y docosahexanoico que son los llamados ácidos omega tres. Estos ácidos grasos, hacen disminuir los agregantes plaquetarios, los triglicéridos y el colesterol, por ello son protectores para las enfermedades de las arterias y el corazón.

Los ácidos grasos saturados, y su proporción en la dieta, son los que favorecen las enfermedades cardiovasculares ya que aumentan el colesterol y la agregación plaquetaria.

Las grasas saturadas son sólidas a temperatura ambiente; estos ácidos grasos son los que contienen las carnes, la leche y algunos vegetales.

Los ácidos mirístico y el palmítico aumentan mucho el colesterol, pero también aumentan el HDL colesterol (el colesterol bueno). El ácido esteárico (en la grasa de cerdo), no aumenta el colesterol ya que se desatura muy rápidamente y se convierte en ácido oleico, pero aumenta la agregación de las plaquetas.

Los alimentos que contienen más ácidos grasos saturados son:

La manteca, con el ácido mirístico y palmítico.

La grasa de cerdo, ácido esteárico, palmítico y mirístico.

La grasa de pollo, contiene ácidos palmítico, mirístico y esteárico.

La carne de cerdo, palmítico y esteárico.

La carne de ternera, palmítico.

La margarina vegetal, contiene ácidos grasos insaturados oleico y linolénico, pero en el proceso de hidrogenación para que se solidifique, se saturan las grasas y pierden sus cualidades de insaturados.

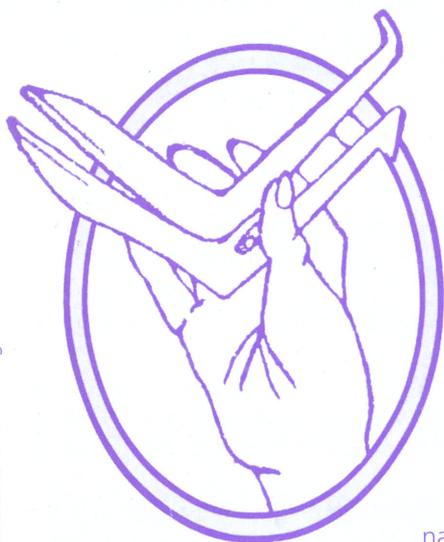
Autoconocimiento:

la mejor ayuda para la vida

Vita Arrufat Gallent, Malén Cirerol Golliart, Fina Sanz, Leonor Taboada, Carme Valls Llobet

De feministas y espéculos

Leonor Taboada



Ilustraciones Suzann Gage

Nace el "self-help"

El 7 de abril de 1971, treinta mujeres se reunieron en un local del NOW en Los Angeles, California, (la primera Organización Nacional de Mujeres feministas de Estados Unidos, presidida por Betty Friedan) para buscar fórmulas que les permitieran cambiar la dirección de su lucha por el aborto en lugar de continuar con los esfuerzos denodados y vanos realizados hasta entonces para influir sobre clínicas, médicos y legisladores. Carol Downer, una activista en el tema de la salud reproductiva, se presentó a esta reunión provista del espéculo vaginal de plástico que había conseguido en la visita a una clínica clandestina de abortos, un espejito y una linterna y demostró cómo podía mirarse el cuello del útero y, a la vez, podían verlo las demás. Las mujeres se turnaron para examinarse y descubrieron la importancia de practicar el auto examen en grupo, en el que ellas podían ver y hablar de una variedad de experiencias "normales" entre las mujeres (ej:el cuello del útero y el flujo cambian según el ciclo menstrual) y también hablaron del nuevo equipamiento que entonces se utilizaba en algunas clínicas de aborto, una cánula flexible de plástico conectada a una jeringa, que venía a reemplazar el cruento legrado. Lorraine Rothman, otra componente de ese grupo, se ofreció a modificar el nuevo aparato para el aborto para que pudieran utilizarla sin riesgos personas no profesionales.

La extracción menstrual:

La técnica desarrollada por Lorraine Rothman y Carol Downer, llamada Extracción Menstrual, no fue diseñada para que las mujeres practicasen abortos entre si, sino para que las que participaran en los grupos de self help se entrenaran en la técnica de extraer las menstruaciones alrededor del momento en que se esperaban, porque permitía, en caso de que hubiera un embarazo, extraer el tejido embrionario con el contenido del útero. De este modo se empezaron a practicar abortos más precoces que en el resto de las clínicas.

Asistí, en Boston, un par de años después, cuando comenzó mi vinculación al Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston, (con la traducción y adaptación al castellano de la primera edición del libro del colectivo publicada en Simon and Shuster, después del éxito arrollador que había logrado publicado por una editorial underground) y el movimiento de self help, entonces ya extendido por todo Estados Unidos, donde llegaron a existir más de 2000 "clínicas" e innumerables grupos que se formaban espontáneamente alrededor del auto examen. Era una cita clandestina y allí estaba la media docena de mujeres que

Sentí que estaba asistiendo a uno de esos momentos de la historia que dejarían huella y así ha sido.

No sólo en mi memoria: la práctica de los abortos ha cambiado en el mundo entero

Se trataba de recuperar la sexualidad, de descubrir la propia identidad de lo femenino, de desafiar al control de nuestras decisiones sobre nuestros cuerpos y, por ende, nuestras vidas

acompañaban en su la extracción menstrual a una de ellas, en esta especie de ceremonia de una para todas y todas para una. Sentí que estaba asistiendo a uno de esos momentos de la historia que dejarían huella y así ha sido. No sólo en mi memoria: la práctica de los abortos ha cambiado en el mundo entero y desde entonces la oferta de abortos más tempranos aporta más facilidad y seguridad a las mujeres que necesitan recurrir a la interrupción voluntaria de un embarazo.

Mucho más allá del aborto...

El aborto no era el único tema del movimiento desde entonces llamado de "Self Help" (autoayuda). No sólo se trataba de tener la capacidad reproductiva bajo control de las mujeres en un mundo en el que los hombres decidían que no podíamos abortar. Se trataba también de romper tabús y reapropiarse de un cuerpo colonizado, que respondía a la ideología del colonizador. Se trataba de recuperar la sexualidad, de descubrir la propia identidad de lo femenino, de desafiar al control de nuestras decisiones sobre nuestros cuerpos y, por ende, nuestras vidas, de deshacer la espesa red en la que estábamos atrapadas en el circuito patriarcal, a través del simbólico espéculo que nos permitía dudar y discutir una ciencia misógina que intentaba contener a la fiera pecadora y transgresora escondida entre nuestra capacidad reproductiva y nuestra amenazadora sexualidad.

Prevención

Otro efecto del self help fue que la comunicación sobre medidas preventivas se expandía a las consultas "clásicas", como el uso de yogurt en la vagina para combatir las candidas vaginales. Por difundir esa información, Carol Downer fue arrestada y juzgada en diciembre de 1972, "por practicar medicina sin licencia" y declarada inocente.

Poco a poco, el movimiento de self help se fue extendiendo por el mundo desarrollado. Así, en Alemania, Italia, Suiza, o Leeds, en Inglaterra, se montaron clínicas de y para mujeres donde profesionales, paraprofesionales y usuarias compartían conocimientos, escribían libros, investigaban tratamientos "blandos" para afecciones leves y se difundían métodos anticonceptivos alternativos a las píldoras (entonces con dosis estrogénicas altísimas) y a los DIUS, sin efectos secundarios, como el condón, el diafragma o el capuchón cervical.

Los tres libros que entonces escribieron las mujeres de varios Centros de Salud Feminista coordinados, "A Woman-Centered Pregnancy and Birth", "A New View of a Woman's Body" y "How to Stay Out of the Gynecologist's Office", siguen vigentes y en venta.

También nosotras...

La fiebre también llegó a España. En primer lugar, a Palma de Mallorca, donde seis mujeres empezamos reuniéndonos en una galería de arte o en nuestras casas hasta que alquilamos un piso junto a otros grupos feministas y montamos el Colectivo Pelvis. Durante las Primeras Jornadas Catalanas de la Dona, en mayo del 76, hicimos las primeras sesiones de autoexamen: los pasillos de la Universidad y hasta los lavabos vieron durante horas y horas grupos de mujeres que se palpaban las mamas o se colocaban un espéculo. Muchas mujeres del grupo Lamar, en Barcelona, y en especial Hanna Much, cogieron en principio el testigo pero en pocos meses grupos de mujeres con espéculos y todo tipo de literatura sobre el tema "invadían" Universidades, Parroquias, cocinas y comedores de casas de feministas de Castellon, Valencia, Pamplona, Madrid, Bilbao, San Sebastián, Sevilla, Málaga (donde, afortunadamente, continúa el grupo Especulum), etc.

Además de infiltrar peligrosas ideas sobre el derecho al propio cuerpo y a la sexualidad, nosotras también incidimos en la evolución de la atención ginecológica en nuestro país. Luchamos contra médicos y legisladores por la despenalización de los anticonceptivos y del aborto, por la difusión de información, screening y prevención de enfermedades de transmisión sexual hasta entonces estigma-

Además de infiltrar peligrosas ideas sobre el derecho al propio cuerpo y a la sexualidad, nosotras también incidimos en la evolución de la atención ginecológica en nuestro país.

Luchamos contra médicos y legisladores por la despenalización de los anticonceptivos y del aborto, por la difusión de información

tizadas, por la prevención de afecciones comunes, como las candidiasis, por métodos no agresivos y baratos, por la libertad de las opciones sexuales; hicimos del diafragma anticonceptivo un método alternativo accesible y fiable, contribuimos a acabar con la ñoñería que acompañaba a nuestra relación con nuestros cuerpos y dejamos la semilla del derecho al placer, el conocimiento y el bienestar en el concepto de "planning" que se desarrolló en España y en las clínicas de abortos. Más de un centenar de Centros de Planning surgidos del movimiento de salud de las mujeres durante la transición, mujeres que ya teníamos la experiencia de haber trabajado el tema de la anticoncepción y la sexualidad desde nosotras mismas, hicieron que miles de mujeres durante los años ochenta pudieran romper tabús gracias a la información y el apoyo que en ellos recibían porque ofrecían mucho más que control de píldoras y diu. Por encima de todo, dedicaban tiempo a escuchar las historias y necesidades de las mujeres y a transferirles la información que necesitaban. Hoy, los pocos plannings que quedan tienen problemas para mantener su ideario y algo tendríamos que hacer para salvar esos servicios y crear cuantos hagan falta. Porque hacen falta.

Hoy, los pocos plannings que quedan tienen problemas para mantener su ideario y algo tendríamos que hacer para salvar esos servicios y crear cuantos hagan falta. Porque hacen falta.

En Estados Unidos las jóvenes siguen practicando la buena costumbre del autoconocimiento en los campus universitarios o los grupos de activistas. El movimiento también continúa con mucha vitalidad en países como India, Guatemala y Nicaragua, tal y como podemos leer en la entrevista a Rinna Nissim, que forma parte de este movimiento internacional desde el principio.

Mientras algunas se desnudan, sin embargo, millones de mujeres van tapadas con velos, velos que a muchas les llegan hasta el suelo y que a todas nos humillan y laceran.

En España, colaboradoras de este dossier, como Vita Arrufat, Malén Cirerol, Fina Sanz o Carme Valls forman parte de las mujeres que, desde distintas prácticas profesionales, mantienen viva la llama del autoconocimiento.

Autoconocimiento:

Bases para la autoexploración de los genitales femeninos



Vita A. Arrufat Gallén.

Médica. Maestría en Salud Comunitaria. Asociación de mujeres por la Salud y la Paz. Centro de Salud Pública área 02. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana.

En las líneas siguientes describiré como realizar una sesión de autoconocimiento, precedida de algunas consideraciones teóricas que pueden ayudar a explicarnos como se ha percibido el cuerpo de las mujeres hasta ahora, con esa característica de "la falta de mirada hacia sí misma".

La propuesta es que tras la autoexploración estas concepciones cambien, contribuyendo a formar a la mujer del siglo XXI.

Consideraciones teóricas

La división del poder puede cambiarse, pero previamente hemos de poseer "la verdad" sobre el conocimiento de nuestro cuerpo.

Para tratar de explicar como se viven y contemplan las diferencias sexuales entre hombres y mujeres en la sociedad euromediterránea en la que vivimos, es preciso tener presente, ante todo, la "sexuación del poder" imperante en nuestra cultura. Esto ha implicado una división sexual, no sólo en la distribución de tareas, también en la distribución del propio poder: para los hombres el económico, político, legislativo, militar, religioso, cultural, etc., y para las mujeres el poder en el ámbito doméstico y en el nivel psíquico "a través del manejo de los afectos y sus derivados" (Coria, 1987), con los que ha podido compensar en parte su exclusión de todas las otras formas de poder.

Pero la sexuación del poder ha condicionado, además, los múltiples conceptos que se articulan al hablar de mujer: la realidad anatómica, la realidad social, la mujer como signo, es decir el cuerpo femenino, y la sexualidad femenina, entendida como posición de la mujer respecto a su propio deseo.

Freud dice que el *libido* es masculino, y aclara que esto sólo quiere significar que es siempre activa, en ambos sexos, que todos los seres humanos, en virtud de su disposición y de las identificaciones cruzadas, combinan en sí características femeninas y masculinas.

Sin embargo, el modelo materno vigente en nuestra cultura excluye la sexualidad, ya que sexualidad y feminidad aparecen como valores contrapuestos en función de la doble moral sexual, que tolera y exalta las prácticas sexuales masculinas, mientras prohíbe y/o desprecia los mismos comportamientos en las mujeres.

Por otra parte, la necesidad masculina de que el objeto aparezca como inaccesible para estimular su deseo, obliga a la mujer a mantener oculta (negada) su propia condición de deseante, llegando al autoconvencimiento de que la sexualidad masculina se caracteriza, efectivamente, por la intensidad, la frecuencia, y el apremio, frente a la "debilidad", la no perentoriedad, de la sexualidad femenina. La historia de la sexualidad femenina es la de la adecuación de la mujer a los deseos, necesidades y temores de los hombres para proteger el narcisismo de éstos. Ello ha redundado en el desconocimiento/aplastamiento del deseo y de la especificidad femenina en el modo de gozar, que ha generado muy a menudo en las mujeres anhedonia y dificultad para alcanzar placer orgásmico.

Además, sexualidad y peligro se hallan siempre unidos para las mujeres: el peligro puede provenir de dentro de ella misma (en forma de un embarazo no deseado, de angustia y sentimientos de culpa, etc.) o puede venirle de fuera, como consecuencia de la "natural impetuosidad" masculina. En cualquier caso, para prevenir los peligros (de la violencia y del desprecio), toda mujer recibirá una consigna de control: de su propia ansia de placer o de la del varón. Ella deberá simultáneamente contenerse y contenerle. La paradoja es que el abandono y la pérdida de control que, contrariamente a lo preceptuado, requiere la vivencia de su sexualidad, solo podrá permitírsele la mujer si se siente segura en la relación con el partner, lo que le permitirá aceptar la dependencia ocasional sin temor, teniendo simultáneamente la seguridad de poder mantener la propia autonomía.

Muchas autoras relacionan los modos de enfermar de las mujeres con el aprendizaje del rol femenino. La inhibición de la agresividad y la asertividad, definida por los ingleses como *learned helplessness*, **indefensión aprendida**, que engloba los comportamientos vinculados a la carencia de autonomía, la ausencia de control sobre la propia vida, la falta de poder. No es casual que la mayor incidencia en el enfermar se dé en mujeres de entre 25 y 45 años, casadas y con hijos, es decir, en el periodo en que están más comprometidas con el rol femenino y que constituye una etapa de mayor aislamiento, en la que se pasan mucho tiempo a solas o exclusivamente con niños y en la que están responsabilizadas de la vida física y emocional de toda la familia, es decir, de nutrir y cuidar a otros, sin que, como señalan numerosas autoras (Lerner, 1984; Bernárdez, 1984; Doyal, 1989) nadie tenga la responsabilidad de satisfacer las necesidades emocionales de ellas y de proporcionarles apoyo y nutrición.

Ahora bien, los conceptos de mujer y de feminidad son (como dijo Freud) construcciones teóricas. Las nociones y representaciones de la mujer están constituidas por signos e imágenes culturales. Éstas representaciones cambian cuando la mujer se autoexplora y ve lo que antes no había visto, habla de lo que ha conocido por ella misma, y con ello contribuye a crear un nuevo lenguaje. Con el nuevo lenguaje se incorporan nuevos conceptos, nuevos registros simbólicos, que contribuirán a modificar, a su vez, la imagen social de la mujer.

El peligro es menor cuando nos queremos y conocemos a nosotras mismas

Para cambiar la indefensión por una posición activa, es necesario verse, conocerse, investigar sobre una misma

Una sesión de autoconocimiento

Para representar-se la imagen de una misma, se puede recurrir a la imaginación, pero también se puede investigar como es una por fuera y por dentro. *Esto es el autoconocimiento.*

El proceso de conocerse en las mujeres se puede iniciar por la exploración física. Ponernos delante del espejo será una buena manera para iniciar el autoconocimiento. Vernos la imagen entera en el espejo, ver nuestras formas, apreciar lo que estamos viendo como una posesión valiosa que hemos de valorar, cuidar, mantener y hacerla agradable a nuestros ojos. La visión de nuestros brazos, vientre, mamas,... nos va diciendo como somos por fuera.

Luego pondremos el espejo frente a los genitales para mirarnos por dentro. Primero vemos los labios mayores y menores, las paredes de la vagina,... Esto nos dará la imagen que hasta este momento permanecía oculta. ¡Sí, tenemos genitales!, ... pero están "hacia dentro". Nos miramos y "tenemos nuestra imagen". Al mirar nuestra imagen, nos reconocemos, redescubrimos nuestro cuerpo. Al ver nuestro interior, vemos nuestros límites, rompiendo el mito. Con la mirada (la percepción de la imagen) llega el primer contacto interior/interno y nos percibimos/sentimos como un ser diferente.

Nos miramos y vemos los labios mayores (la vulva), los labios menores, el clítoris, nuestra vagina, que podemos cerrar y abrir a voluntad, las paredes de la vagina que son elásticas. Hasta ahora teníamos la fantasía masculina de la vagina como representante de la posesión y cerrada/sellada por el himen. Habíamos hablado de ella pero no la habíamos visto. Al mirarla el discurso está vacío, hemos roto el tabú. Hemos puesto el espejo ante los genitales y tenemos nuestra imagen (delante). Hasta ahora, decíamos lo que decía el hombre. El hombre hablaba de ella y por ella (ginecólogo). No hablábamos en nuestro propio nombre. Ahora hemos transgredido, no oímos la lengua que habla en masculino: Sexo hombre-género masculino. Nuestro conocimiento nos conduce a la actividad. Ante la sociedad, hoy, dejamos de representar el quietismo, la espera (utero-penetración-madre). Estamos llevando a cabo la "representación de la diferencia". Nuestro cuerpo no es tan solo útero intocable, imaginable, no visible, ahora tenemos mas respuestas.

Para una primera visión de nuestra parte interior (genitales internos) son necesarias unas condiciones de bienestar a las que contribuyen las mujeres que ya han tenido la experiencia. En una sala nos reunimos un número reducido de mujeres que nos vamos conociendo, primero por fuera: nos intercambiamos nombres, hablamos de nuestros trabajos domésticos y extradomésticos, de nuestro ocio,... Vamos percibiendo la actitud de cada una frente a los diferentes temas. Una "monitora-experta-profesional" en la salud de las mujeres, nos habla de la importancia de la vivencia del cuerpo. Poco a poco nos vamos introduciendo en la observación del cuerpo desnudo. Seguimos con el intercambio, expresamos nuestros miedos y lo que esperamos del autoconocimiento. Hasta ahora la mayoría conocía la vagina como la entrada al útero, como representante de la cavidad que alberga al "falo-dador de esperma-vida" ., nos miramos nuestra vagina, sus paredes, vemos que el himen es elástico, movable. Notamos con nuestros dedos como podemos abrir y cerrar nuestros esfínteres del suelo pélvico a voluntad, podemos cerrar y abrir nuestra vagina cuando queramos. Este poder de abrir o cerrar lo podemos utilizar en nuestras relaciones sexuales con los hombres, abrimos cuando nos apetece, cuando no hay riesgo de embarazo,...

Nos miramos y sin pautas previas empezamos el descubrimiento de nuestro cuerpo sexual. De forma distendida la monitora muestra sus genitales, se pone el espejo y ve su cuello uterino y las paredes vaginales, colocando el espejo en posición adecuada. Las demás hacemos lo mismo, primero ayudándonos unas a otras para más tarde ser cada una su propia observadora. Con la percepción de la nueva imagen, nos reconocemos como ser diferente, nuestro inconsciente pasa a ser una fuente inagotable de deseos, a través de los cuales se transmiten una multitud de imágenes arcaicas. Estos impulsos no contaminados, re-escuchados, nos llevan a una nueva manera gozosa de vivir. Sentimos como lejano el miedo a encontrarnos. **Me encuentro y reconozco, esto trae una gran sonrisa a mis labios, una especial iluminación a mis ojos, me veo, me siento como ya presentía, me reencuentro, y cuando me reconozco pierdo el miedo.**

Primero vemos los labios mayores y menores, las paredes de la vagina,... Esto nos dará la imagen que hasta este momento permanecía oculta. ¡Sí, tenemos genitales!, ... pero están "hacia dentro".

El hombre hablaba de ella y por ella (ginecólogo). No hablábamos en nuestro propio nombre. Ahora hemos transgredido, no oímos la lengua que habla en masculino

Bibliografía:

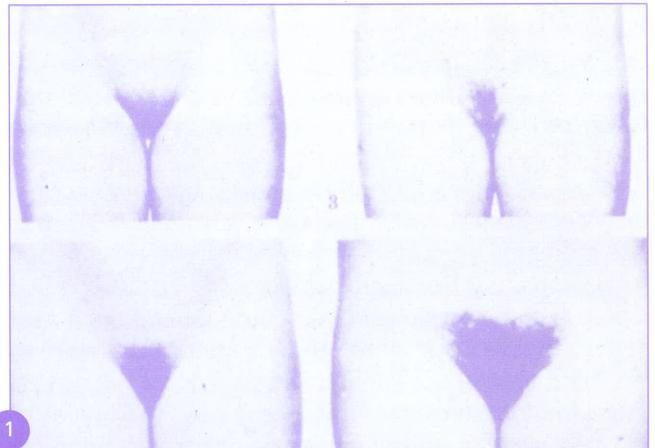
- Nuestros cuerpos nuestras vidas. Colectivo de mujeres de Boston. Icaria. Barcelona.
- Envejecer juntas. Colectivo de mujeres de Boston, Paula Brown. Ed. Paidós Barcelona.
- Penélope o las trampas del amor. Charo Altable Vicario. 2ª edición. Nau llibres.
- Cuaderno feminista. Introducción al self-help. Ed. Fontanella.
- Je t'aime. Michel Meignant. Ed Avance.
- Los vínculos amorosos. Josefina Sanz. Ed. Kairos. 1995
- El arte de amar. Erick Fromm. Ed. Paidos.
- El feminismo espontaneo de la histeria. Emilce Dio Bleicmar. Ed. Amorrortu. 1989
- Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género. María Asunción Gonzalez de Chavez. Ed. Siglo XXI. Primera edición 1993.
- Cuaderno feminista: introducción al "self-help". Leonor Taboada. AGOTADO

Si estás interesada en participar en un grupo de autoconocimiento llama al CAPS, tl. 93-3226554

Sesión de autoconocimiento.



0



1



2

Diapositiva 0

Para conocer tus genitales (internos) tienes que proveerte de un espéculo desechable (de venta en farmacias), un espejo y una linterna. En posición acostada con las piernas abiertas y dobladas, podrás introducir el espéculo fácilmente. Autoconocerse es el primer derecho humano de las mujeres

Diapositiva 1

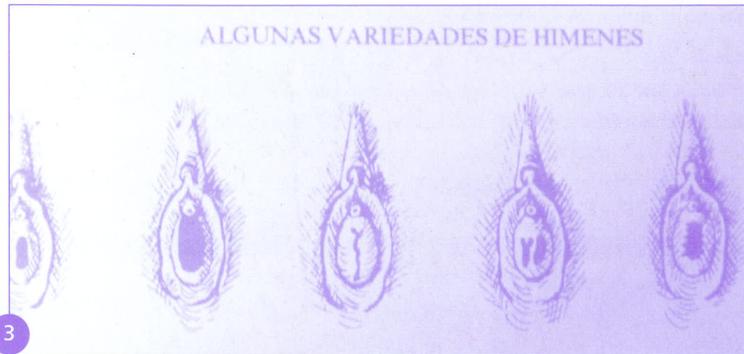
Lo que normalmente vemos por fuera, el vello púbico, normalmente de color negro y rizado, aunque puede ser pelirrojo o rubio según el color del vello de las axilas

Diapositiva 2

El vello púbico, de disposición triangular en las mujeres (cuadrada en los hombres) y más o menos abundante según nuestra constitución

Diapositiva 3

Una vez abres las piernas puedes ver los labios mayores y los labios menores, también el clitoris. El himen (membrana himenal) también adopta una disposición diferente para cada una de nosotras

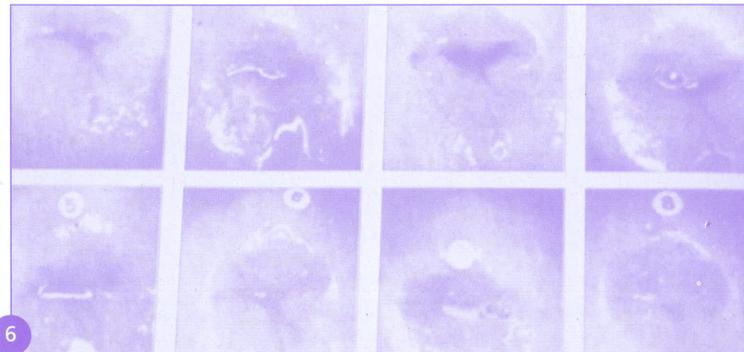


Diapositiva 4

Cuando entreabres las piernas puedes ver los genitales externos, también el orificio del ano (esfínter anal) y arriba del orificio de la vagina encontrarás el meato urinario (como un punto pequeño). Dada la cercanía del ano con la vagina, es importante que procures cuando te limpies, después de defecar, hacerlo siempre de delante hacia atrás, así evitas el arrastre de flora del ano hacia la vagina.

Diapositiva 5

El espéculo te lo puedes colocar (tú o tu amiga) hacia arriba. Con ello se consigue una mejor visión. Para introducirlo en la vagina, relájate y suavemente, con un poco de jabón neutro o vaselina, introdúcelo hasta el mango. Si no ves el cuello del útero, tóse un poco con el golpe de tos saldrá a la vista.



Diapositiva 6

Este es el cuello del útero. Puedes verlo situado al final de las paredes de la vagina. Está brillante porque está cubierto de moco cervical. Es diferente según hayas tenido hijos/as, abortos, o no haya tenido: redondo para las que no han tenido hijos/as y más alargado para las madres. También verás que cambia de forma según en qué parte del ciclo te encuentres. Se abre un poco para facilitar la salida de la sangre menstrual y luego se va cerrando para empezar a abrirse de nuevo.

Diapositiva 7

Tocar, explorar, ver, desear, ... disfrutar. Acciones que nos enseñan, que no están prohibidas. Recuerda que no somos robots, tenemos nuestras ideas

ENTREVISTA



Rinna Nissim

Enfermera y Naturópata. Activista del movimiento de liberación de las mujeres desde el comienzo (1971). Co-fundadora del "Dispensaire des femmes" de Ginebra (1978). Autora del "Manual de ginecología natural para mujeres", traducido a varios idiomas (en castellano, ed. Icaria); "La Menopause, réflexions et alternatives aux hormones de remplacement", (en francés y alemán) y coautora de "Touch Me, Touch Me Not: Women, Plants and Healing" Shodhini, (Kali for Women, New Delhi, 1999).

La autoayuda debe entenderse como una actitud general de cuidarse y ser más activas sobre nuestras vidas

Leonor Taboada

¿Cuál es la alternativa que proponen los Dispensarios de Mujeres de Suiza?

Son centros de salud alternativos del movimiento mujer y salud para ofrecer servicios a las mujeres en una relación que favorece la autonomía de la usuaria y la elección entre varios métodos de cura como fitoterapia, homeopatía, acupuntura... El dispensario de Ginebra, que abrió en 1978, fue el primero donde médicas y no médicas trabajaban como iguales con las usuarias. Después se abrieron otros en Berna, Basel, Zurich, Neuchâtel, y también más lejos: Sao Paulo, Montevideo y muchos más. El centro de Ginebra ya no existe.

La autoayuda, en el contexto de los Centros, no debe entenderse sólo como uso del espéculo y el autoexamen, también como actitud general de cuidarse y ser más activa sobre nuestras vidas y los campos donde la opresión se experimenta siempre (sexualidad, violencia, trabajo..)

El Centro fue un campo de investigación de plantas medicinales para actuar sobre varias patologías, primero sobre las vaginitis y después sobre problemas más difíciles como la endometriosis y ciertos tumores, con resultados interesantes, como en el caso de las displasias (pre-cancer del cuello del útero). Se investigó también su uso en el parto en casa.

¿Hay buenas relaciones entre la medicina oficial y las medicinas "blandas" o "de terreno" que ustedes practican?

Depende. Algunos ginecólogos colaboran muy bien y no se sienten atacados. De todos modos, como no hacemos cirugía y en casos serios siempre enviamos a las mujeres a las estructuras oficiales... A veces son las propias mujeres las que hacen el contacto y poco a poco empujan a los ginecólogos a cambiar sus prácticas y actitudes, como el uso del espéculo, o que les permitan regresar a casa justo después del parto...

¿Cree que las mujeres están dispuestas a conocerse a sí mismas, a explorarse y desnudarse física y emocionalmente ante otras?

La autoayuda tiene varios niveles y las mujeres solemos estar muy abiertas a intentar entender qué significa una enfermedad a nivel simbólico o a nivel de nuestra vida **privada**. Autoexamen, autoanálisis: hay muchas posibilidades de desarrollar estas prácticas. En occidente hoy día resulta más difícil que antes hacer grupos; las mujeres suelen querer consultas individuales. Asisten a conferencias y debates pero no tanto a grupos donde se hable de sus propias experiencias.

¿No está todo programado para caer en el antibiótico, la cirugía, la cesárea, el parche hormonal, la fecundación asistida?

Las que quieren este tipo de medicina no vienen, son las otras las que vienen y siempre son más de las que nuestras estructuras pueden atender.

¿Cuáles son los temas que hoy le preocupan?

Depende de la edad: respecto a las jóvenes sobre todo la identidad y, naturalmente, la anticoncepción y la fertilidad. A todas las edades son importantes las infecciones (vaginal y cistitis). En las mujeres maduras, los tumores, incluso el cáncer y, en la menopausia, otra vez la identidad, o cómo entrar en la tercera edad...

¿Ha mejorado la salud de las mujeres desde que la medicina "se feminiza"?

No sé si la medicina se feminiza tanto; hay más mujeres al principio de los estudios, es cierto, pero al fin se quedan siempre en las mismas especialidades de poco poder. También es verdad que cuando llegan a nuevas especializaciones éstas empiezan a perder poder. De todos modos la medicina está muy dogmática hoy día y es muy difícil resistir y en particular, en las especialidades. Hay más mujeres en medicina general intentando resistir. Una cosa que fue funesta para el centro de Ginebra y parece que ahora también está ocurriendo en Basel es que las médicas, después de algunos años de práctica en el Centro, empiezan a querer ser aceptadas para su "milieu". El regreso a la norma...

¿Cómo valora usted la vitalidad actual del movimiento internacional de self help?

He trabajado en Costa Rica, Nicaragua o la India con mujeres que no sabían escribir y que andaban sin zapatos. En India, el grupo de salud de mujeres Shodhini ha publicado en Inglés y en varios idiomas de Asia, "Touch Me, Touch Me Not, Women, Plants and Healing", el resultado de un trabajo realizado con mujeres para descubrir y evaluar la efectividad de las plantas tradicionales y los tratamientos de muchas enfermedades, para ayudar a las mujeres de los pueblos a hacerse cargo de sus cuerpos a través de un proceso de "self help", de manera que puedan entender los ritmos de su cuerpo, así como sus poderes. Estas mujeres quieren comunicar los conocimientos tradicionales sobre plantas curativas a mujeres de todo el mundo y, sobre todo, buscan tratamientos eficaces sin tener que recurrir a las costosas intervenciones de la medicina occidental.

¿Ponerse un espéculo en grupo es igual para mujeres de cualquier cultura?

El self help tiende a provocar cierta incomodidad y vergüenza al principio a mujeres de todo el mundo, porque las obliga a confrontar tabús muy arraigados.

Trabajar con mujeres en las aldeas requiere mucha sensibilidad. Los hombres de la familia suelen desaprobarnos que las mujeres se examinen. También es posible que las creencias hagan que se nieguen ciertos alimentos nutritivos a las mujeres en momentos determinados, como la menstruación o el postparto.

¿No temen que los cazadores de patentes "les" roben el catálogo de medicina tradicional que elaboran?

Las mujeres de Shodhini son conscientes de ese peligro, pero concluyen que las ventajas de la política de compartir el conocimiento sobre estos remedios entre las mujeres, supera con mucho el riesgo de perder las patentes. "Organizar las comunidades locales para proteger sus tradiciones y recursos es posiblemente una estrategia más sostenible", contesta el libro, en la página 182.

El psicoerotismo:

La vivencia subjetiva de la sexualidad

Fina Sanz

Fundadora y Directora del Instituto de Terapia de Reencuentro (Valencia).



Hay diferentes formas de percibir el placer corporal que podemos experimentar todas las personas según en qué momentos o circunstancias. Se puede gozar con los sentidos, mentalmente, con las fantasías eróticas, con el contacto físico, o incluso espiritual.

La sexualidad es algo que forma parte de nuestra vida cotidiana, porque nuestro cuerpo es sexuado. La sexualidad no se restringe al comportamiento sexual coital o genital. Esa es una manifestación sexual, pero no la única. La sexualidad es mucho más amplia: tiene que ver con nuestra manera de pensar, sentir y actuar porque hemos sido educadas/os, desde una dicotomía de género como mujeres u hombres que han de ser "femeninas" o "masculinos". Eso genera, por lo tanto, diferencias en la autopercepción sexual y la vivencia del placer. Para describir dicha dicotomía, utilizo los conceptos de Globalidad y Genitalidad.

Globalidad y genitalidad

La erótica masculina es una erótica fundamentalmente genitalista, centrada en genitales y orientada a los mismos.

Descuidando o menospreciando otro tipo de erótica que no tenga una finalidad genital presentan, en general, poco desarrollo de la erótica corporal.

Las mujeres -en especial en nuestra cultura- se construyen sexualmente interiorizando la represión de sus genitales, con lo que en buena parte los anulan o insensibilizan.

Hay que tener en cuenta que en las sociedades patriarcales se da gran importancia a los genitales masculinos porque representan el valor simbólico en la jerarquía social. Por lo tanto, uno de los ejes de la construcción social del varón pasa por la relación con sus genitales. A partir de ahí construye también su erótica. La erótica masculina es una erótica fundamentalmente genitalista, centrada en genitales y orientada a los mismos. Descuidando o menospreciando otro tipo de erótica que no tenga una finalidad genital presentan, en general, poco desarrollo de la erótica corporal.

Por el contrario, las mujeres -en especial en nuestra cultura- se construyen sexualmente interiorizando la represión de sus genitales, con lo que en buena parte los anulan o insensibilizan. Desarrollan una erótica más globalizadora, descentralizada de genitales y vivida a través del cuerpo de una manera más difusa, e integrada también con el "adentro", con todo el mundo de los sentimientos.

Eso va a generar dos vivencias distintas de placer: el placer global, que desarrollan fundamentalmente las mujeres y el placer genital que desarrollan, sobre todo, los hombres. Sin embargo, ambas experiencias de placer sexual forman parte de toda persona, sea mujer u hombre, pero asimismo queda dividido, escindido y jerarquizado; de modo que habitualmente se entiende por sexualidad, la genitalidad.

a sexualidad humana es amplia; guarda relación también con la sensualidad, las emociones, el imaginario. Nuestra sexualidad forma parte de toda nuestra vida, del lenguaje de nuestro cuerpo -cómo nos movemos, gesticulamos-, con los sentidos -la mirada, la voz-, con la seducción -qué nos seduce, cómo tratamos de gustar a las demás personas o de aproximarnos a ellas-, con nuestras fantasías...

Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a un concepto amplio que abarca también lo que llamamos psicoerotismo, es decir cómo vive cada persona su cuerpo subjetivamente, cómo experimenta placer, qué le permite experimentarlo, cuándo, en qué circunstancias, etc., lo que permite a la mujer una mirada interna, hacia sí misma, una autoescucha en relación a su cuerpo erótico. De ahí que una de las formas de autoconocimiento de las mujeres es a través de su propio cuerpo y su psicoerotismo.

El placer global:

El placer global se describe como una vivencia suave, difusa, por todo el cuerpo (inclusive los genitales), energética, que favorece la apertura, el abandono. Es como si el cuerpo tomara energía y la soltara por cada uno de los poros de la piel. Es como un fluido de carga y descarga suave a través de todo el cuerpo. No se concentra en genitales -aunque también se experimente-, no hay una carga excesiva de tensión en la zona y por lo tanto no se desea una descarga a través de ella.

Se experimenta frecuentemente a través del contacto, como un abrazo, o el masaje, o las caricias; también a través del contacto emocional. Se siente placer en el cuerpo a través de emociones agradables. También a través de la belleza: contemplar una puesta de sol, un paisaje, escuchar determinadas músicas, contemplar el arte...

El ritmo respiratorio se hace amplio y se enlentece, y la musculatura se relaja. Hay como una sensación de dejarse llevar. Se produce una sensación de experiencia orgásmica interna, suave, sin movimiento.

El placer global se describe como una vivencia suave, difusa, por todo el cuerpo (inclusive los genitales), energética, que favorece la apertura, el abandono.

El placer genital

Se describe como una sensación placentera focalizada básicamente en torno a los genitales. Se produce tensión localizada, aguda y concentrada. Al producirse mucha carga en esa zona del cuerpo, se produce también un deseo de descarga a través de la misma, como para liberar la tensión.

La respiración es rápida, corta y agitada, y la musculatura del cuerpo se tensa hasta tal punto que desea una liberación a través del orgasmo genital.

Ambas sensaciones eróticas -globales y genitales- forman parte de toda nuestra vida evolutiva. Sin embargo, muchas mujeres que espontáneamente desarrollaron sus sensaciones genitales (acariciándose, en juegos, etc.) aprendieron a inhibirlas o reprimirlas, "olvidando" o negándolas. Es por ello que se hace imprescindible -en los trabajos con mujeres- la recuperación de su psicoerotismo genital, no sólo por el derecho al propio cuerpo, sino por toda la carga negativa, de rechazo o culpabilizadora que se ha interiorizado en forma de mensajes explícitos o implícitos en relación con los genitales.

Dentro de esa recuperación del autoconocimiento y del psicoerotismo destacan también el papel que juegan los sentidos y las fantasías eróticas.

Los sentidos son muy importantes en el psicoerotismo pero, además, han sido configurados también desde el rol de género. Las mujeres que han aprendido a escuchar, atender, cuidar... a los demás, han desarrollado la mirada, la escucha, el tacto con las personas (cuidado de bebés, personas ancianas, mostrar el afecto a través del contacto).

La erótica de los sentidos al igual que la del cuerpo y de la imaginación está muy mediada por la globalidad y la genitalidad; es decir, en el caso de las mujeres la erótica de los sentidos está muy relacionada con la globalidad, con las emociones, con las fantasías. Ej. una mirada puede desencadenar la fantasía de una película romántica (al margen de que físicamente haya tensión en genitales), y eso le produce placer global sin que surja necesariamente el deseo de tener una relación sexual genital. Evidentemente los sentidos en otras ocasiones pueden conectarnos con deseos genitales.

En cuanto al imaginario, hay que circunscribirlo igualmente a globalidad y genitalidad. En muchas mujeres el placer de la fantasía, el placer mental, o de las imágenes, es fundamentalmente global; está muy conectado a las emociones y sentimientos, al amor y al cuerpo como globalidad, más que al cuerpo parcial o a los genitales.

Por lo general, las mujeres que dicen no tener deseos sexuales, exponen asimismo no tener fantasías sexuales porque se las identifican con fantasías genitales. Cuando empezamos a distinguir entre lo que son fantasías genitales y globales la cosa cambia y las mujeres empiezan a reconocer su erótica mental, a través de fantasías globales, para posteriormente reconocer o "darse permiso" en sus fantasías genitales.

Se hace imprescindible -en los trabajos con mujeres- la recuperación de su psicoerotismo genital, no sólo por el derecho al propio cuerpo, sino por toda la carga negativa, de rechazo o culpabilizadora que se ha interiorizado en forma de mensajes explícitos o implícitos en relación con los genitales.

Desde la adolescencia:

Lo que necesitas saber sobre el ciclo hormonal

Carmen Valls Llobet

Las hormonas que rigen la formación de los caracteres sexuales secundarios en la mujer son los estrógenos y la progesterona, producidos en los ovarios y, en segundo término, los andrógenos, producidos en ovarios y suprarrenales.

El crecimiento de la vagina supone la formación de pliegues en sus paredes y el cambio en la forma de su epitelio; se inicia la formación de flujo, líquido transparente y a veces algo mucoso, que en algunas adolescentes puede ser muy abundante

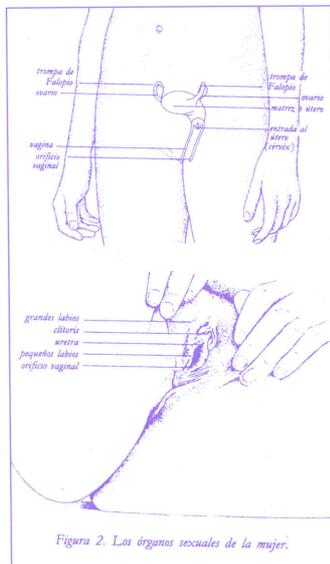


Figura 2. Los órganos sexuales de la mujer.

Los primeros signos de pubertad en la niña son generalmente, el crecimiento y desarrollo de los pezones y las areolas mamarias, que se acompañan frecuentemente de un aumento de la pigmentación; el desarrollo de los conductos galactóforos en las mamas, y el crecimiento de los labios menores, la vulva, la vagina, el útero y las trompas. Todos estos cambios se deben a la acción de los estrógenos. El crecimiento de la vagina supone la formación de pliegues en sus paredes y el cambio en la forma de su epitelio; se inicia la formación de flujo, líquido transparente y a veces algo mucoso, que en algunas adolescentes puede ser muy abundante, relacionado en ocasiones con el grado de secreción interior de estrógenos.

Los andrógenos son los responsables del crecimiento del vello sexual en pubis y axilas, del aumento de grasa en piel y cuero cabelludo, de la acné y, posiblemente, del desarrollo de los labios mayores, que es un órgano parecido al escroto masculino.

Los efectos de los andrógenos aparecen ordinariamente de forma sincrónica con los de los estrógenos. Un aumento de andrógenos puede producir un aumento del clitoris y otros cambios virilizantes. La progesterona, la segunda hormona ovárica, no se forma hasta que el desarrollo del ovario alcanza la fase de ovulación. Además de producir cambios en el endometrio durante el ciclo menstrual, como describiremos más adelante, la progesterona es responsable del desarrollo de los conductos de las mamas que se produce durante el ciclo ovárico.

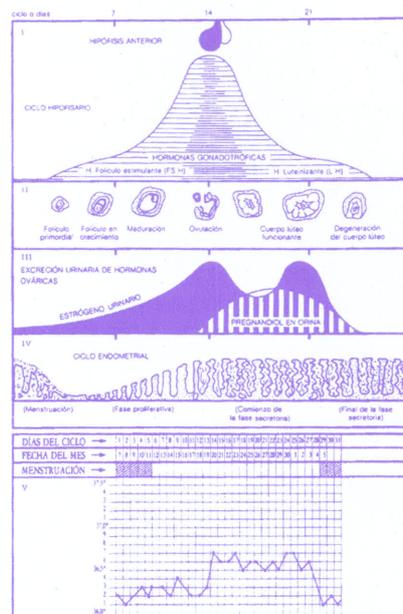
Haciendo un resumen de las edades y secuencias de aparición de los caracteres sexuales en la mujer, tenemos que hacia los 9 o 10 años se produce el crecimiento de los huesos pelvianos el brote de los pezones; entre los 10 y los 11, el brote de las mamas y el vello pubiano; hacia los 11 o 12 años, el crecimiento de los genitales externos e internos y el cambio del epitelio vaginal y de los frotis vaginales; hacia los 12 o 13 años aumenta el volumen de las mamas y la pigmentación de los pezones; de los 13 a los 14 años aparece el vello axilar; hacia los 13 y medio, como promedio, la menarquía, pero ésta se puede presentar desde los 9 a los 17 años; a los 14 años se dan los embarazos más precoces; entre los 15 y 16 aparece la acné y la voz se hace más profunda; por último, hacia los 16 o 17 años, se produce la detención del crecimiento esquelético.

La actividad cíclica del ovario se debe a la secreción fluctuante de gonadotropinas hipofisarias (LH y FSH). Durante la primera fase del ciclo ovárico, los folículos segregan cantidades crecientes de estrógenos, que estimulan el crecimiento en altura del endometrio (tejido que recubre la capa

inferior del útero y se desprende durante la menstruación). Después de la ovulación, estrógenos y progesterona llevan a cabo, de forma conjunta, el desarrollo del endometrio, el cual se hace más sensible a la acción de la progesterona y menos sensible a la de los estrógenos. El endometrio deja de crecer en altura y se transforma y prolifera hacia los lados. Cuando disminuye la acción de la progesterona hasta niveles insuficientes para mantener el endometrio, se produce la menstruación. La aparición de la menarquía no indica que haya habido ovulación. Hay abundantes datos que indican que en la adolescencia pueden repetirse durante varios años los períodos menstruales sin ovulación ni fase progestacional.

En la figura adjunta observamos de forma paralela los cambios hormonales, morfológicos y de temperatura que se producen en el ciclo ovárico. En la parte superior (I) se muestra la secreción de las hormonas hipofisarias; en el segundo nivel (II) se observa la progresiva maduración del folículo ovárico hasta su ruptura y expulsión del óvulo (momento de la ovulación), y la formación del cuerpo lúteo; en el tercer (III) se pone de manifiesto la excreción en orina de hormonas producidas por el ovario; estrógenos y progesterona; en el cuarto nivel (IV) muestra el ciclo endometrial; en el quinto nivel (V) se constata la evolución de la temperatura basal, que fluctúa durante el ciclo ovárico, con casi 5-6 décimas de diferencia entre la primera y la segunda fase del ciclo. Dada la importancia que tiene la temperatura basal durante todo el proceso, es recomendable realizar mediciones periódicas para detectar posibles alteraciones.

Los cambios hormonales se manifiestan también en cambios en la citología de la vagina, y fueron durante un tiempo una forma de evaluar cuál era la situación del ciclo menstrual y el nivel hormonal de la mujer. Actualmente resulta más eficaz utilizar las determinaciones de hormonas en la sangre, pero existe una manifestación cíclica fácil de obtener para saber hasta qué punto un ciclo aparentemente normal tiene un problema de fondo en su desarrollo: la determinación de la temperatura basal.



Existe una manifestación cíclica fácil de obtener para saber hasta qué punto un ciclo aparentemente normal tiene un problema de fondo en su desarrollo: la determinación de la temperatura basal.

Temperatura basal

Consiste en una estimación de la temperatura matutina (se coloca el termómetro bajo la lengua). Durante el ciclo menstrual ésta sufre unos pequeños cambios, ya que hacia la mitad del ciclo se eleva unas 4 ó 5 décimas respecto a la primera fase. Diferencias de 5 ó 6 décimas entre la primera fase y la segunda fase indican una corrección positiva con la secreción de progesterona, aunque no con la cantidad exacta de esta hormona. Pequeñas cantidades de progesterona pueden causar ya un aumento de la temperatura basal y en cambio no ser suficientes para, por ejemplo, conseguir adecuadamente un embarazo.

Estos cambios cíclicos en la vida de la mujer se producen cada mes, y todo su cuerpo, su piel y sus órganos sensoriales, están adaptados a este funcionamiento periódico. **Por ello, la alteración de la periodicidad** producirá también trastornos de adaptación de diversos órganos y sistemas. Esto ocurre claramente con la adaptación de la piel, y con dificultades del epitelio de la córnea ante los cambios hormonales incorrectos –de ahí la dificultad de adaptarse a las lentillas de contacto cuando se presenta algunos trastornos de menstruación-. En otros casos se manifestará en modificaciones de la secreción grasa tanto del pelo como de la cara, en la producción de acné y en cambios más profundos de los niveles hormonales (en los niveles de retención hídrica).

Los cambios cíclicos en la vida de la mujer se producen cada mes, y todo su cuerpo, su piel y sus órganos sensoriales, están adaptados a este funcionamiento periódico. Por ello, la alteración de la periodicidad producirá también trastornos de adaptación de diversos órganos y sistemas.

Durante el ciclo menstrual normal se producen cambios de la sexualidad y de la sensibilidad, y cambios hormonales producidos durante el ciclo.

Las hormonas que intervienen en el metabolismo del agua y de la tensión arterial como la renina, la angiotensina y la aldosterona, muestran un aumento durante la segunda fase. Los neurotransmisores hipotalámicos, como la noradrenalina y la adrenalina, aumentan también en número en los días de la ovulación y en la segunda fase del ciclo. Por tanto, durante el ciclo menstrual normal se producen cambios de la sexualidad y de la sensibilidad, y cambios hormonales producidos durante el ciclo. Se observa una intensificación de la ansiedad, de la tensión y de la irritabilidad en los días premenstruales, y aumenta el apetito y disminuyen las capacidades sensoriales (por ejemplo, la visión, la audición y el tacto) en la segunda fase del ciclo o fase luteínica.



Cuando estos cambios interfieren en la vida cotidiana, el trabajo o la capacidad de relación de la mujer, forma parte del llamado síndrome premenstrual.

En estos casos, cuando se trata únicamente de casos ligeros hablamos de modificaciones fisiológicas; pero cuando estos cambios interfieren en la vida cotidiana, el trabajo o la capacidad de relación de la mujer, forma parte del llamado síndrome premenstrual.

Se ha llegado al acuerdo de que el primer día del ciclo menstrual es el primer día de menstruación, y la duración correcta de ésta es de 26 a 32 días. La fase previa a la menstruación se denomina folicular, y la posterior fase luteínica. Aproximadamente el decimocuarto día del ciclo ovárico se produce la ovulación, y la menstruación se presenta a los 28 días. Ésta acostumbra a durar unos tres o cuatro días, mostrándose más intensa durante los dos primeros. La pérdida de sangre menstrual es de unos 100 ml durante toda la menstruación. En un cálculo aproximado, una compresa de tipo medio o un tampón vaginal permiten la absorción de unos 10 ml de sangre. De esta manera, un sangrado que exceda los 100 ml o se presente con coágulos de forma continuada debe ser explorado ante el peligro de que produzca una excesiva pérdida de hierro para el organismo de la mujer.

Mirando la pelvis...

con amor

Malén Cirerol Golliart



¿Cómo percibes tu cuerpo?

Hay una percepción de nuestro cuerpo muy importante, que es la percepción interna. Muy pocas veces o ninguna, se nos propone ir a explorar las sensaciones del interior de nuestro cuerpo. Es probable que las personas que no tienen bloqueada esta vía lo hagan inconscientemente. Para muchas es conocida esta certeza que, a veces aparece de pronto sobre algo que nos pasa, que ocurre en nuestro interior, que no sabríamos muy bien describir de donde viene. Viene de este lugar donde sabemos todo sobre nosotras. A veces la llave para llegar a él aparece espontáneamente. Otras es suficiente proponernos llevar nuestra atención a este plano para lograrlo. Sin embargo, cuando la historia de

nuestra vida nos ha cerrado ciertas puertas, es preciso ejercitar de nuevo esta capacidad para recuperar estos puntos de referencia perdidos.

Hay un elemento cultural, que hace que cada cultura forme a sus individuos desarrollando mayormente una parte de sus capacidades y olvidando otras, o ignorándolas. Todas nosotras sabemos la cantidad de horas que hemos pasado sentadas, sin movernos mientras los/las maestros/as alimentaban nuestro cerebro de muchos datos y pocas experiencias. La verdad venía siempre del exterior. Nadie nos enseñaba a ir a escuchar respuestas en lo más profundo de nuestro ser. Más bien éramos enseñadas a ir siempre a buscarlas afuera. En el saber siempre superior del otro: padre, madre, maestro/a. Así aprendíamos a desconfiar, a ignorar toda respuesta que viniera de nuestro interior.

En la cultura oriental, a través de la meditación hay un mayor desarrollo de estas percepciones internas. Si a la larga experiencia de estas culturas orientales, le añadimos el conocimiento desarrollado en occidente referente al funcionamiento del inconsciente humano, encontraremos una herramienta poderosa para ayudarnos a recuperar jirones de nuestra identidad perdidos a lo largo de nuestra historia que nos hacen sentir, en determinadas áreas de nuestro ser, frágiles y vulnerables. Pues, lo que perdemos como identidad propia, lo sustituimos con puntos de referencia externos que se convierten en juicio y exigencia.

Estamos en la era de la imagen. En la sobrevaloración de la imagen. Nos miramos en el espejo y nos juzgamos a través del sentido de la vista. La obligación de acercarnos a una imagen determinada, a enjuiciarnos según este modelo, nos ha alejado en gran parte de nosotras. El como nos sentimos por dentro, ocupa cada vez menos lugar. Hemos aprendido a mirarnos desde la mirada que el otro/a va a posar sobre nosotras. Esto equivale al juicio. Y el juicio es enemigo del amor. ¿Cómo podemos amarnos entonces?

Estamos en la era de la imagen. En la sobrevaloración de la imagen. Nos miramos en el espejo y nos juzgamos a través del sentido de la vista. La obligación de acercarnos a una imagen determinada, a enjuiciarnos según este modelo, nos ha alejado en gran parte de nosotras. El como nos sentimos por dentro, ocupa cada vez menos lugar.

Utilizamos los músculos para olvidar.

En la historia de nuestra vida posiblemente encontremos otras razones por las que nos hemos alejado de esta capacidad. Si siendo bebés fuimos tocadas con amor; si, al madurar nuestro sistema nervioso no tuvimos que utilizar muchos de nuestros músculos para bloquear sensaciones, informaciones o respuestas, que nos habrían producido miedo o sufrimiento; si fuimos aceptadas tal como éramos y no tuvimos que cerrar los impulsos y emociones que venían de dentro para ser aceptadas, probablemente tengamos una buena conciencia corporal y podamos fácilmente ser conscientes de estas percepciones internas.

Observa como se tensa tu brazo cuando retienes las ganas de dar un puñetazo a alguien, o como tensas todos los músculos de la parte anterior del cuello cuando quieres detener el llanto

Sin embargo para muchas no ha sido así. Y, para retener los impulsos o impedir la llegada de las informaciones a la conciencia, utilizamos la musculatura. Observa como se tensa tu brazo cuando retienes las ganas de dar un puñetazo a alguien, o como tensas todos los músculos de la parte anterior del cuello cuando quieres detener el llanto. Este mecanismo, en este ejemplo, es más o menos consciente. Pero la orden en nuestro cerebro queda y el mecanismo se vuelve crónico e inconsciente cuando las situaciones han sido repetidas o, si en algún momento de nuestra vida hemos tenido la necesidad de aislar energéticamente, sensitivamente, una zona de nuestro cuerpo, porque sentirla era, entonces, fuente de conflicto. Estas tensiones musculares profundas y crónicas bloquean las terminaciones nerviosas disminuyendo así las sensaciones y la intensidad de las informaciones que nos mandan nuestros sentidos. Debido a la presión de estas tensiones sobre los sistemas circulatorio y linfático, la irrigación sanguínea con su aporte de oxígeno disminuye. Para mantenerla en sordina, queda así aislada la zona, disminuyendo en ella la sensación de vida y nuestra percepción consciente de ella.

Es además, en estas zonas ya contraídas crónicamente donde, al vivir situaciones de estrés físico o emocional, se acumulará un poco más de tensión. Hasta llegar a un cierto umbral, pasado el cual se manifestará a través de problemas funcionales, de sensación de malestar o tensión y diversas patologías.

Para muchas mujeres, la pelvis ha sido una zona conflictiva.

Conflicto cuando los padres exigían no hacerse pis antes de que los esfínteres estuvieran maduros. ¿Cómo lograrlo entonces? Si de ello dependían el amor o el castigo la niña aprendía a contraer los músculos de la pelvis para así sustituir lo que aún no podían hacer sus esfínteres. Y la orden quedaba, con el tiempo automatizada: no soltar. Me he encontrado con muchos adultos que, al lograr relajar la musculatura profunda pélvica, se levantaban corriendo con la sensación de haberse orinado.

Conflicto con el entorno, cuando, alrededor de los tres años, al llegar la maduración muscular y nerviosa a la zona genital, la niña se interesaba, por estas cuestiones e intentaba explorar sus sensaciones.

Conflicto, si era mal mirada, mal tocada u objeto de observaciones o insinuaciones sexuales de parte de algún adulto malsano.

Conflicto si la llegada de la menstruación era vivida entre el rechazo y la ignorancia.

Conflicto por la estimulación y la prohibición social simultáneas de la sexualidad.

Conflictos afectivos reavivados en la adolescencia, fuentes de confusión entre afecto y sexualidad.

Y un largo etc...de modelos, silencios, miedos, represiones transmitidas a través del inconsciente colectivo femenino, que no nos prepararon precisamente para tener una relación amorosa con esta parte de nuestro cuerpo, que debería ser una maravillosa fuente de vida y de placer.

Por ello tantas y tantas mujeres tienen problemas de ovarios, de reglas, de disfunciones hormonales y sexuales, de infecciones repetidas. Una pelvis contraída, tensa, bloqueada tiene menos

Y un largo etc...de modelos, silencios, miedos, represiones transmitidas a través del inconsciente colectivo femenino, que no nos prepararon precisamente para tener una relación amorosa con esta parte de nuestro cuerpo, que debería ser una maravillosa fuente de vida y de placer.

defensas. Está en perpetuo estado de alerta, predominando en ella la acción del sistema simpático que es la parte del sistema neurovegetativo que prepara el cuerpo para la defensa. Este sistema actúa como si dijera a nuestro cuerpo: "ahora no es el momento de asimilar, segregar hormonas, reciclarse, disfrutar etc... Todo esto puede esperar. Es el momento de prepararse para defendernos, huir o pelear; hay que tensar los músculos, hacer funcionar la mente y acelerar el corazón". Este mensaje es un mensaje hormonal. Pero muchas veces la respuesta adecuada para la que han preparado el cuerpo no llega. Nuestra educación y el miedo nos enseñan más bien la inhibición de acción. Y la orden de defensa permanece, retroalimentada por todo un encadenamiento hormonal cerrando un círculo vicioso.

muchas veces la respuesta adecuada para la que han preparado el cuerpo no llega. Nuestra educación y el miedo nos enseñan más bien la inhibición de acción.

Las tensiones musculares estructuran la forma del cuerpo.

¿Cómo se manifiestan en el cuerpo estas tensiones?

Cuando son antiguas, crónicas, han estructurado la forma de nuestro cuerpo y con ello condicionado desde la niñez nuestra manera de estar en el mundo, puesto que nuestra estructura corporal siempre corresponde a una estructura psicológica y condiciona la circulación energética. La forma siempre condiciona la función.

Al hacer una lectura corporal, se puede leer el bloqueo de la pelvis de diferentes maneras. Quizás las dos más habituales serían:

Pelvis basculada hacia delante, con la curva lumbar muy acentuada (hiperlordosis) y muslos cerrados con las rodillas que giran hacia adentro exagerando así las curvas femeninas. Aunque aparentemente parece haber falta de tono, si observamos y palpamos la musculatura posterior y profunda, ésta aparece muy tensa.

Otra sería: pelvis basculada hacia atrás y pubis hacia delante, con muy poca curva lumbar y mucha tensión muscular en el vientre y las caderas; todo ello disminuyendo la forma típica de la pelvis femenina.

Muscularmente no se puede aislar a la pelvis de la espalda -los músculos largos de la espalda tienen todos su inserción en ella- ni de las piernas -los músculos largos del muslo tienen también todos ellos una inserción en la pelvis-. Por lo tanto para liberar las tensiones de la pelvis habrá que estirar y relajar todo el cuerpo con especial atención en la espalda y las piernas.

Por ello, para mejorar la circulación energética y ayudar a abrir bloqueos, serán siempre más aconsejados los ejercicios que flexibilizan la musculatura que los que pretenden muscular. Un músculo contraído siempre está acortado. Hipertrofiar un músculo ya contraído aumentará el bloqueo.

Relajar, flexibilizar la musculatura, liberar la respiración, soltará la presión de las terminaciones nerviosas, ayudando a despertar de nuevo las sensaciones corporales y a canalizar mejor nuestra energía. Armonizando nuestro cuerpo nos damos nuevas posibilidades para sentir.

Sin embargo después de un trabajo corporal o de un buen masaje, si nuestra finalidad es recuperar, habitar de nuevo todas estas zonas de nuestro cuerpo dormidas y bloqueadas recuperando sus significados, podemos aprender a utilizar las vías que han relajado y abierto estas técnicas para encontrar o recuperar nuestro sexto sentido: la percepción interior.

Si no tienes ocasión de participar de un trabajo corporal o un buen masaje, puedes también utilizar las visualizaciones que voy a proponer. Quizás te ayude relajarte un poco previamente.

Relajar, flexibilizar la musculatura, liberar la respiración, soltará la presión de las terminaciones nerviosas, ayudando a despertar de nuevo las sensaciones corporales y a canalizar mejor nuestra energía.

Como viajar al interior de tu cuerpo.

Para ello, te propongo buscar un espacio de paz y tranquilidad para tumbarte cómodamente. Un volumen (por ejem. una manta enrollada) debajo de tus rodillas te ayudará a encontrar un buen apoyo de la zona lumbar permitiendo así una mejor conexión energética. (Puedes sentarte si lo prefieres) Y te invito a hacer un viaje - espero que muchos viajes- , hacia tu pelvis, hacia tu útero.

Imagina, al expulsar suavemente el aire, que buscas un camino con tu conciencia, tu energía, o tu atención (como quieras llamar a este sexto sentido) hacia la pelvis como si fueras a explorar una habitación o una cueva; otra posibilidad es imaginar tu pelvis como si fuera un globo con esta forma y quisieras hincharlo. En cada espiración imaginas como este espacio se va llenando con tu energía cálida hasta ocuparlo todo...Tanto si eliges una manera u otra, intenta dejar la mente en blanco y estar solamente allí en tu pelvis, con la respiración, permitiendo que aparezca cualquier información. ¿Qué ves allí? o ¿qué sientes cuando vas a llevar la respiración a esta parte de tu cuerpo? ¿te resulta fácil llenar este espacio? Si solamente lo consigues por zonas ¿en cuales si y en cuales no? ¿qué sientes cuando intentas ir llenar las zonas oscuras? Si te pones nerviosa o tensa, chilla o patalea, o mueve de alguna manera tu cuerpo para descargar esta tensión que ha aparecido. Si le das expresión hacia fuera no quedará guardada al interior de tu cuerpo. Y pruébalo de nuevo. Date tiempo. No tires la toalla a la primera dificultad. Para algunas es más fácil ver imágenes, para otras percibir sensaciones sutiles. Para otras se trata simplemente de ir creando poco a poco este espacio energético, habitando la pelvis. No hay bien ni mal. Lo que aparece está bien. Confía en lo que te dice tu cuerpo.

Si damos la orden a nuestro sistema digestivo de segregarse sus jugos digestivos, difícilmente lo vamos a lograr. Sin embargo si le mandamos una imagen lo más vivida posible de un limón que se parte y del que dejamos caer una gota de zumo en nuestra boca, inmediatamente nuestro aparato digestivo segregará sus jugos.

Pudiera ser que encontraras dificultades, alguna barrera, al intentar abrirte camino con la espiración hacia tu pelvis. Intenta saber donde la situarías. ¿En la cintura? ¿más abajo? Utiliza la visualización. Si, por ejemplo cada vez que lo intentas no encuentras más que oscuridad, quizás te sirva imaginar que tienes una linterna o un haz de luz y que la luz penetra cada vez, con cada espiración, un poco más esta oscuridad. O, pudiera ser que encontraras algo parecido a una pared que no deja pasar tu energía; podrías tal vez imaginar que esta pared es de arena y que en cada espiración haces un agujero más grande en ella. Quizás no puedas pasar totalmente el primer día. Pero si eres constante, verás que cada día podrás pasar un poco más. Estos ejemplos son sugerencias; mejor aún sería utilizar tus propias imágenes, las que aparezcan sin razonar. Estas son las que tienes archivadas en tu inconsciente y las que mayormente te hablarán.

Háblale a tu cuerpo con imágenes.

Las imágenes son el lenguaje del neurovegetativo, esta parte del sistema nervioso que está muy relacionado con nuestro inconsciente. Si , por ejemplo, damos la orden a nuestro sistema digestivo de segregarse sus jugos digestivos, difícilmente lo vamos a lograr. Sin embargo si le mandamos una imagen lo más vivida posible de un limón que se parte y del que dejamos caer una gota de zumo en nuestra boca, inmediatamente nuestro aparato digestivo segregará sus jugos. Hay una parte de nuestro cerebro, que recibe las imágenes tanto si estas son reales o imaginadas y el sistema neurovegetativo actúa en consecuencia. De allí la gran importancia de las imágenes y pensamientos que mandamos continuamente a nuestro cuerpo.

Hay una parte de nuestro cerebro, que recibe las imágenes tanto si estas son reales o imaginadas y el sistema neurovegetativo actúa en consecuencia. De allí la gran importancia de las imágenes y pensamientos que mandamos continuamente a nuestro cuerpo.

Muchas mujeres tienen una relación hostil, de rechazo, de negación con sus genitales y su ciclo. Puede ser fruto de experiencias traumáticas, de menstruaciones o tensiones premenstruales dolorosas o de múltiples conflictos. Muchas veces, esta relación negativa es la que toma el relevo y perpetúa una primera relación traumática que vino del exterior. Inconscientemente, con este rechazo no hacemos más que perpetuar, asumiéndola nosotras mismas, la actitud que nos dañó. Mientras una mujer tenga una relación negativa con su ciclo, sus genitales, estos continuarán en situación de defensa, en simpaticotonía, manteniendo el problema.

Aunque no es fácil romper esta relación negativa cuando hay traumas, dolor o problemas, es esta relación misma con las imágenes negativas que comporta, la que mantiene el círculo vicioso. Para ayudarnos a cambiar estas imágenes, a cambiar nuestra relación con nuestra pelvis, es de gran ayuda la visualización. Poder transformar esta relación negativa en una relación amorosa es lo que va a posibilitar el cambio profundo. Cambio que irá mucho más allá de una simple imagen.

Si tienes problemas funcionales o alguna patología, mira bien la reproducción de los genitales tanto internos como externos en un libro de anatomía. ¿Te has fijado alguna vez en lo hermosos que son las trompas y los ovarios, envueltos en una tela nacarada como las alas de una mariposa?; ¿y en el cuello del útero rosado y brillante? Cuando relajada te concentres en tu respiración, manda en cada espiración, buscando este camino por el interior de tu cuerpo, la imagen de la salud a tus ovarios y útero.

¿Te has fijado alguna vez en lo hermosos que son las trompas y los ovarios, envueltos en una tela nacarada como las alas de una mariposa?; ¿y en el cuello del útero rosado y brillante?

Transforma la relación con tu cuerpo y te transformarás.

Si logramos paulatinamente ir transformando nuestra relación con nuestra pelvis, nuestros genitales, en una relación de amor, los cambios harán poco a poco su aparición tanto en el terreno psíquico como en el físico.

En el plano físico veremos que, como consecuencia de este proceso, lograremos relajar poco a poco las tensiones profundas del vientre, mejorando el funcionamiento de las vísceras que estarán menos presionadas, con mejor circulación sanguínea, linfática y energética. Si la musculatura lumbar (y, en consecuencia toda la cadena muscular de la espalda) está más flexible y relajada, los nervios que inervan la pelvis, aprisionados entre las vértebras y los músculos agarrotados se liberarán, con la consiguiente mejora funcional.

mujeres
mys Salud

Solicitud de suscripción a la revista

mys

Nombre.....
Profesión.....
Asociación.....
Dirección..... Tel/Fax.....
E-mail..... Ciudad..... DP.....
País.....

Deseo suscribirme a cuatro números de la revista MYS

Cuota ordinaria: 1500.- pts.

Cuota de apoyo: 3000.- pts.

Precio extranjero: 2500.- pts.

Formas de pago: Transferencia bancaria a nombre de CAPS "La Caixa" Cta/cte 2100 0781 0200081043 Barcelona
 Envío de talón nominativo a nombre de CAPS, París 150, 1º 2ª - 08036 Barcelona

MYS: Tel/Fax: 93 3226554 E-mail: caps@pangea.org <http://mys.matriz.net>

Al nivel energético, en el centro de la pelvis, dos traveses de dedo debajo del ombligo, está situado el chakra Hara. Coincide con nuestro centro de gravedad y con el útero. En muchas técnicas de meditación orientales se aprende a centrar la respiración y la atención en este chakra como puerta de entrada a la parte más profunda de nosotros mismos. Desde otro punto de vista más occidental pero en absoluto en contradicción, canalizar la energía a la pelvis, ayudará a bajar el exceso de tensión en las partes altas del cuerpo. Tranquilizará la mente y mejorará las funciones de los órganos de la pelvis incluida la sexualidad.

Transformar nuestra relación con nuestra pelvis, nuestros genitales, es también transformar nuestra relación con nuestra femineidad.

Me resulta difícil describir lo que puede significar psíquicamente recuperar una buena relación con esta parte de nuestro cuerpo. ¡Puede significar tantas cosas! Puede significar la aparición de sentimientos olvidados, el cierre de viejas historias. Recuperar la percepción perdida de zonas de nuestro cuerpo, tiene que ver la conciencia corporal, con recuperar un pedazo de nuestra identidad, con nuestro "Yo" corporal. Transformar nuestra relación con nuestra pelvis, nuestros genitales, es también transformar nuestra relación con nuestra femineidad. Por lo tanto nuestra relación con nosotras y, en consecuencia con los/las demás. Conocernos será amarnos y amarnos será respetarnos.

Así pues...¡¡ buen viaje !!

**Malén Cirerol Terapeuta Corporal en Diafro-terapia*

m_s mujeres Salud

- Una revista autónoma y multidisciplinar sobre la salud integral de las mujeres, elaborada desde la conciencia de género.
- Una vía de comunicación interactiva abierta a las lectoras, grupos, asociaciones, activistas, profesionales y redes nacionales e internacionales.
- Una publicación dirigida a investigar y mejorar la salud, la educación sanitaria y la calidad de vida de las lectoras.

A ALIMENTACIÓN

¡¡ OJO AL FREIR !!

RECOMENDACIONES EN LA COCINA

- *Evitar que el aceite humee.
- *Freír con aceites estables a la fritura (oliva).
- *Utilizar aceite crudo de oliva o semillas de maíz, girasol o soja.
- *No reutilizar el aceite de las frituras.
- *Utilizar freidoras con termostato que no superen los 170 grados, en el caso de reutilizar el aceite.
- *No freír con margarina o grasa vegetal.

Las necesidades de grasa en la alimentación son de un 30% del valor calórico de la comida de un día.

Para que sean beneficiosas para la salud, hay que ingerir las grasas en la siguiente proporción:

Saturadas 10%

Poliinsaturadas 10%

Monoinsaturadas 15%

En una dieta de 2200 calorías, el 30% de grasas representa aproximadamente:

Saturadas:

- 10 gramos de mantequilla o margarina
ó 50 gramos de queso semicurado.
ó 100 gramos de carne magra
ó 2 huevos.

Monoinsaturadas:

- 4 cucharadas soperas de aceite de oliva.

Poliinsaturadas:

- 200 gramos de pescado día.
1 cucharada de aceite de semillas.

TODAS LAS GRASAS Y ACEITES TIENEN EL MISMO VALOR CALÓRICO.
1 Gramo de grasa equivale a 9 Kcal.

Recomendaciones respecto a la ingesta de grasas, para una dieta saludable.

- *Aumentar el consumo de pescado.
- *Dos veces a la semana tomar pescado azul.
- *Disminuir el consumo de carnes.
- *Limitar la frecuencia de fritos.
- *Tomar el doble de grasas mono y poliinsaturadas que de saturadas.

Mercé Fuentes,
Médica Atención Primaria



¿POR QUÉ LA SALUD LABORAL ESTÁ TAN ALEJADA DE NUESTROS PROBLEMAS?

Lucía Artazcoz

Recientemente se ha publicado en la revista *Social Science and Medicine*, una de las más publicaciones científicas del mundo, un artículo titulado *"Simplemente mira nuestro trabajo y dínos si hay libertad en la tierra: las mujeres de Ghana informan sobre su trabajo y salud"*. Pone en tela de juicio las políticas de salud dirigidas a las mujeres en los países en desarrollo, definidas habitualmente por expertos que suelen ser profesionales de la salud y políticos, y limitadas, de forma casi exclusiva, a la salud reproductiva. El objetivo del estudio presentado por las autoras del artículo era conocer la visión de las propias mujeres sobre sus problemas de salud y sus causas. Paradójicamente los trastornos de salud reproductiva no fueron prácticamente mencionados. Alrededor del 75% de las entrevistadas identificaron como problemas más importantes los de carácter psicosocial tales como "pensar demasiado" o "preocuparse demasiado". Además los relacionaban con su fatiga crónica o sus dificultades para dormir. Los dolores de cabeza y los dolores en general también fueron repetidamente mencionados. Las mujeres atribuían sus trastornos a sus roles en el trabajo. Hablaban de la división sexual del trabajo, su alta carga de trabajo, su inseguridad económica y su responsabilidad en el cuidado de las criaturas.

En mi opinión, no sólo es en Ghana o en otros países en desarrollo, donde no se escucha la voz de las mujeres y donde las prioridades se definen a partir de una visión masculina de la vida. También sucede aquí y ahora. Hablar de salud laboral y mujer significa hacerlo de problemas de salud reproductiva, relacionados con las diferencias biológicas entre ambos sexos, en muchos casos tratando de proteger la salud del feto más que la de la propia trabajadora. Pero en nuestro país tampoco los problemas de salud que más nos preocupan a las mujeres ocupadas son éstos.

Prevenir los riesgos laborales requiere aprender a preguntar y a colaborar

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), la salud laboral está cada vez más presente en la arena política. Sin embargo, llama la atención la limitación del debate a los accidentes de trabajo, como si éstos fueran los únicos problemas de salud relacionados con el trabajo. Obviamente no se trata de negar su relevancia, pero en un mercado laboral dominado por el sector servicios - más de la mitad de los hombres y casi todas las mujeres trabajamos en él - hay otros problemas de salud que también deben ser considerados. Basta preguntar a los trabajadores y trabajadoras qué es lo peor de su trabajo, lo que les afecta más negativamente, para percatarnos de cuán lejos están las políticas de salud laboral tradicionales de sus preocupaciones.

A principios de este año participé en varios cursos sobre salud laboral con delegados y delegadas de prevención del sector de la alimentación, la mayoría de los cuales trabajaban en cadena. Se trata de uno de los trabajos más duros que he conocido, donde la incidencia de amputaciones debidas a accidente laboral - el trabajo consistía en muchos casos en trincar y preparar cientos de pollos o conejos, que pasaban por delante rápida, constante y monótonamente durante todo el día, durante todos los meses - de enfermedades musculoesqueléticas de trauma repetitivo - síndrome del túnel carpiano, codo de tenista u otras tendinitis - es mucho más alta que en la mayoría de las ocupaciones y donde los riesgos relacionados con la higiene son omnipresentes. A pesar de todo, cuando al comienzo de la sesión preguntaba a los trabajadores y trabajadoras qué era lo que les afectaba más negativamente en su trabajo, insistiendo en que me lo dijeran tal como lo sentían, sin intentar demostrarme "cuánto sabían" sobre salud laboral, me hablaban de "los superiores

que te cambian de trabajo constantemente, sin explicaciones", de que "no te dejan opinar", de que repetidamente escuchaban la frase "a ti no se te paga por pensar", y de su miedo a perder el trabajo. Comentaban también que hacían "un trabajo en el que no puedes cambiar nada, no puedes ser creativo", que "no hay reconocimiento por parte de los encargados" y se quejaban de "la falta de respeto de los encargados". Mencionaban los ritmos de trabajo, "se trabaja más con menos gente", o la falta información, "te dejan allá y te buscas la vida". No dijeron casi nada de accidentes, ni siquiera de la falta de higiene en los lugares donde desarrollaban su trabajo.

Hablaban de la organización del trabajo o, utilizando un término más sanitario, del riesgo psicosocial del trabajo, de riesgos cotidianos, que quizás no nos matan - o al menos no lo hacen con la inmediatez de los accidentes de trabajo - pero que no nos dejan vivir, riesgos sistemáticamente olvidados en las políticas de salud laboral, a pesar de que la LPRL establece la obligación de evaluar, no sólo los riesgos clásicos de seguridad, de higiene o de ergonomía, sino también los relacionados con la organización del trabajo.

Si de verdad se desea tener impacto sobre la salud de la población ocupada, la evaluación de riesgos en el trabajo debe comenzar a considerar los de naturaleza psicosocial. Hacerlo implica contar con los trabajadores y las trabajadoras, con su implicación desde el mismo momento de la evaluación de riesgos hasta el diseño y la ejecución de las estrategias de prevención. Porque son ellos y ellas quienes mejor conocen su trabajo. De otro modo, las políticas de salud laboral continuarán, como hasta ahora, dejando a la mayoría de la población trabajadora "abandonada a su suerte".

Lucía Artazcoz, Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Técnica de Salud Pública en el Centre de Salut Laboral del Ajuntament de Barcelona

EL VÉRTIGO Y LAS MUJERES

Olga Ferrer Andino

El vértigo es un síntoma que puede deberse a múltiples causas. Un examen detenido y algunas pruebas complementarias pueden en ocasiones identificar el origen aunque muchos pacientes quedan sin diagnosticar.

La incidencia de la patología es muy superior en la mujer que en el hombre como así lo demuestra el más reciente y amplio estudio realizado en España con una muestra de 1093 pacientes que revela una proporción de casi 3 a 1 a favor de las mujeres. Esto se podría explicar por la alta incidencia del vértigo de origen cervical, entidad que es más frecuente en mujeres.

El vértigo es producido por la información incoherente y contradictoria de alguno de los tres sistemas que regulan la orientación el Vestibular, el Propioceptivo y el Visual.

El vértigo puede ser paroxístico, como sucede en el sdme de Meniere, laberintis aguda, tumor del ángulo

pontocerebeloso o en el vértigo cervical, o puede tratarse de un problema crónico, como ocurre en patologías del sistema nervioso central: aterosclerosis cerebral, esclerosis múltiple, encefalitis o vértigo psicógeno, etc.

Aunque durante muchos años no fue reconocida, esta entidad se describe de forma definitiva en los años 60 considerándose en esta categoría los trastornos de equilibrio de escasa duración, que se desencadenan de una forma muy específica con una torsión del cuello de la o el paciente.

Relata además dolor occipital y/o cervicoescapular, con dificultad para la movilización de la zona. El origen del problema se halla en sistema en el sistema nervioso simpático del cuello, somatosensores de músculos y articulaciones y sistema arterial vertebro-basilar. Las causas más frecuentes del vértigo cervical son contracturas musculares cervicales, artrosis cervical, traumatismos e insuficiencia arterial vertebro-basilar.

El tratamiento farmacológico del vértigo se basa en sedantes vestibulares que son depresores del sistema nervioso central y en vasodilatadores.

Sin embargo, en muchas patologías, como en el vértigo cervical, son más efectivos los ejercicios de reeducación sensitivo-motriz como:

Ejercicios

Rotación del cuello, inclinación de la cabeza derecha e izquierda, movimientos de traslación adelante-atrás, movimientos de flexión y extensión de cabeza y cuello, movimientos de inclinación, flexión, y extensión de la cabeza y cuello sin dejar de mirar un punto fijo, varias torsiones seguidas con los ojos cerrados, tras las cuales se abren los ojos y se fijan en punto elegido y, de pie, lectura de textos a distintas posiciones y alturas.

Olga Ferrer Andino,

Otorrinolaringóloga del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Sant Boi de Llobregat



Judy Norsigian

"Vacunas" anticonceptivas

Las "vacunas" anticonceptivas intentan engañar al sistema inmune generando reacciones temporales de inmunidad contra componentes indispensables para la reproducción - principalmente, las hormonas que estimulan la maduración y liberación mensual del óvulo en las mujeres o la producción de esperma en los varones, los óvulos o las células espermáticas, o las hormonas relacionadas con el embarazo. Para conseguirlo, parte de la célula o molécula reproductivas elegidas se une a un "portador", como el "Toxoid" de la difteria, de manera que el sistema inmune lo perciba como un elemento "extraño" al cuerpo al que debe "eliminar".

La mayoría de las investigaciones internacionales se han concentrado en métodos para mujeres y, más en particular, en el desarrollo de varios inmuno-anticonceptivos contra la gonadotropina coriónica humana (GCH), una hormona que produce el cuerpo de la mujer poco después de la fertilización del óvulo. Si la llamada "hormona del embarazo" es efectivamente interceptada por anticuerpos, el embrión no se puede implantar (y la mujer tiene un sangrado tipo menstrual).

Desde los años setenta más de 400 personas han sido implicadas en ensayos clínicos en, al menos, siete países: Australia, Brasil, Chile, República Dominicana, Finlandia, India, y Suecia. Ha habido serias dificultades para generar y mantener una respuesta inmune, así como efectos secundarios inaceptables que hicieron suspender la fase II del Programa de Investigación de la OMS.

Desde 1993 hay una campaña coordinada en la actualidad por la "Red Global de Mujeres por los Derechos Reproductivos" contra el desarrollo de métodos anticonceptivos basados en la inmunología. En 1997 alrededor de 500 grupos de mujeres, grupos médicos y organizaciones de 41 países, firmaron un "Llamamiento para Detener la Investigación sobre anticonceptivos inmunológicos".

Es probable que la contracepción inmunológica sea un método poco fiable de anticoncepción. Se sabe que nuestras respuestas inmunitarias varían dependiendo de varios factores internos o ajenos a nuestros cuerpos. Tampoco hay forma aceptable de interrumpir una reacción inmune cuando se ha producido, por lo cual no es una opción "reversible" cuando se desea. A lo que se suman las críticas y preocupaciones sobre los efectos secundarios graves, como la inducción de enfermedades autoinmunes y alergias. También alertan de que, dado su inherente carácter tecnológico, las "vacunas" antifertilidad tienen un potencial más alto de abuso que ningún otro método anticonceptivo: según el tipo que se utilice, el efecto puede durar desde un año hasta toda la vida; no se pueden "dejar" cuando se desea, y son fáciles de administrar a escala masiva, incluso sin el conocimiento de la mujer o del hombre.

Judy Norsigian, Directora de Programas del Boston Women Health Book Collective

Rachel Louise Carson,

En 1962 Rachel Louise Carson, Bióloga y divulgadora científica, advirtió por primera vez a la población humana del peligro del uso del DDT y otros pesticidas organoclorados en su libro *Silent Spring*, (*Primavera Silenciosa*)

Mercé Piqueras

Bióloga, "Staff Editor" de "International Microbiology", Traductora y divulgadora científica, Vocal de Lexicografía de la Societat Catalana de Biologia.

El mes de octubre de 1999 los medios de comunicación informaban de la intoxicación, en una aldea de Perú, de unos cincuenta niños; cerca de la mitad murieron casi inmediatamente. La causa de dicha intoxicación fue la presencia de *paration* en un sucedáneo de leche a base de cereales que el Gobierno peruano distribuye en zonas deprimidas del país. El *paration* es un plaguicida muy tóxico: la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud recomiendan que no se supere la concentración de un microgramo (0,000001 gramos) por litro en la exposición directa (en contacto con la piel). En un primer momento se dijo que la esposa del maestro del pueblo preparó el sucedáneo de leche en recipientes que habían contenido el plaguicida. Posteriormente el ministro de sanidad indicó que alguien pudo haber mezclado parte del sucedáneo de leche con insecticida, con la intención de envenenar un perro. En realidad, no importa demasiado cómo llegó el plaguicida a mezclarse con el alimento infantil. Lo que debería preocupar al gobierno de cualquier país es que un plaguicida como el *paration* pueda ser utilizado por personas cuya formación no les permite valorar el peligro de su uso; asimismo, que tales productos se empleen en zonas geográficas que carecen de una infraestructura sanitaria preparada para combatir los riesgos asociados al uso de sustancias de tanta toxicidad. En última instancia, quizá podría considerarse si está justificado el uso de tales productos en cualquier lugar del planeta.

Cuando el DDT apareció en el mercado, sobre 1942, se creyó que se había logrado la panacea para erradicar las plagas agrícolas, que en algu-



Rachel Louise Carson

nos países podían destruir cosechas enteras, y para combatir con éxito graves enfermedades transmitidas por insectos. Tanto es así, que Paul Müller, descubridor de las propiedades insecticidas del DDT, recibió el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1948. Pero en 1962, Rachel Louise Carson, bióloga y divulgadora científica estadounidense, advirtió por primera vez a la población humana del peligro del uso del DDT y de otros plaguicidas organoclorados. Su libro *Silent Spring* (*Primavera silenciosa*) inició un debate que aun hoy perdura y que ha estimulado la investigación sobre los efectos indeseables de

vendidos y su autora recibió varios premios por dicha obra. El éxito de dicho libro y la obtención de una beca Guggenheim para el estudio de la vida marina en 1952 le permitieron dejar su trabajo en unas oficinas del Gobierno de los Estados Unidos, donde redactaba folletos informativos sobre la naturaleza marina. Fruto del estudio llevado a cabo con aquella beca fue otro libro, *The Edge of the Sea* ("El borde del mar"). Estas obras descubrieron la gran sensibilidad de su autora y ofrecieron una visión ecológica del mundo, que no era polémica, sino que propugnaba la humildad como respuesta humana a la naturaleza. Creía que la especie humana, al intentar controlar la naturaleza, adoptaba una postura arrogante que había que combatir. Elogiaba la filosofía de Albert Schweitzer, que manifestaba reverencia por todo tipo de vida, y a él le dedicó años más tarde *Primavera silenciosa*.

Se ha dicho en repetidas ocasiones

PLAGUICIDAS PELIGROSOS^{1, 2} EXPORTADOS POR EEUU PERÍODO: 1992-1994

Producto	Toneladas
Plaguicidas prohibidos en EEUU	11.350
DDT	272,4
Plaguicidas legales en EEUU, pero considerados peligrosos para ser usados en países en vías de desarrollo	90.800

1. Fuente: *Exporting Risk: Pesticide Exports from U.S. Ports, 1992-1994*, FASE Research Report, Spring 1996, Foundation for Advancements in Science and Education (FASE), Los Angeles, CA. 2. FASE define como "plaguicidas peligrosos" aquellos que están prohibidos o cuyos usos están restringidos; los que tienen efectos carcinogénicos o que se sospecha que pueden tenerlos; y aquellos que han sido incluidos en la Clase I o considerados "altamente tóxicos" por la EPA (Environmental Protection Agency).

los plaguicidas. A los tres meses de su publicación se habían vendido ya más de 100.000 ejemplares y su éxito no fue una flor de verano. Después de treinta y siete años siguen apareciendo nuevas ediciones, i el libro ha sido traducido a más de diez idiomas.

Rachel Carson era ya conocida como divulgadora científica cuando publicó *Primavera silenciosa*. Su libro *The Sea Around Us* ("El mar que nos rodea"), publicado en 1950, se mantuvo 86 semanas en las listas de los más

que la idea de escribir *Primavera silenciosa* fue incitada por una carta que Rachel Carson recibió de Olga Owens Huckins, amiga suya que vivía en Massachusetts. Con dicha carta, Olga le adjuntó una copia de otra que ella misma había enviado al periódico *Boston Herald*, en la cual describía los efectos de las últimas fumigaciones en la región costera de Massachusetts donde vivía. A pesar de las afirmaciones de los partidarios de dicha práctica, que no veían en ella más que beneficios, en la finca de Olga, tras la última fumigación, no vol-

el poder de una idea

"El libro de Rachel Carson marcó un hito histórico, prueba innegable de que el poder de una idea puede ser mayor que el poder de los políticos".

Al Gore, Vicepresidente de los Estados Unidos

Introducción, Primavera silenciosa (edición facsimil, 1994)

vió a oírse el trino de los pájaros; también desaparecieron las abejas, los saltamontes y muchos otros insectos. En cambio, los mosquitos, cuya eliminación era el objetivo del fumigado, volvieron a aparecer, y se mostraban mucho más voraces. La selección natural y su ciclo de vida corto hicieron posible su supervivencia. La carta de Olga no hizo más que reactivar la preocupación que Rachel Carson tenía desde hacía años por el impacto que las sustancias tóxicas podían causar en el ambiente. Rachel tenía la convicción que los investigadores que estudiaban el control de plagas no habían considerado los efectos que los productos químicos podían causar a largo plazo. Los datos que fue reuniendo, de artículos publicados en revistas científicas, confirmaban que el uso indiscriminado de sustancias tóxicas era una amenaza para el equilibrio ecológico. En la primavera de 1957, la polémica creada por un programa gubernamental para la erradicación de una plaga de hormigas y por una denuncia que se hizo en Long Island (Nueva York) para evitar que se fumigaran con DDT unos

los insectos que se intentaban controlar, y Rachel estaba convencida de que tales productos acabarían poniendo en peligro la salud humana, que se encontraba en la cúspide de una cadena alimentaria. En sus obras anteriores, había adoptado una visión "biocéntrica", en consonancia con lo que actualmente se denomina "biofilia". *Primavera silenciosa*, en cambio, hace hincapié en la amenaza a la salud humana. Quizá este cambio fue deliberado; la autora debió pensar que la respuesta de la sociedad humana quizá sería más contundente si sabía amenazada su propia existencia.

El verano antes de la comercialización del libro, la revista *The New Yorker* publicó una versión abreviada por entregas. Era la primera vez que la amenaza de muerte causada por el uso de plaguicidas sintéticos se ponía en conocimiento del público no especializado y se ignoraba cuál podría ser el efecto de tal denuncia. Hay que tener en cuenta que la aparición de tales sustancias se había considerado un enorme progreso para la humanidad, comparable única-

amenaza de emprender acciones legales. Pero los editores no se dejaron amedrentar, ya que eran conscientes de la meticulosidad de Rachel Carson, que basaba su denuncia en el trabajo llevado a cabo por numerosos investigadores; el libro incluía al final una lista de más de 200 referencias bibliográficas. Otras empresas intentaron recurrir a amistades influyentes en el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Se cuenta que algunas amenazaron con retirar su publicidad de diarios y revista que publicasen comentarios favorables sobre *Silent Spring*. Agotados todos los recursos, los fabricantes de plaguicidas buscaron otros argumentos para responder a la denuncia de Rachel Carson. Dijeron que no se trataba de un texto científico, sino "emocional", obra de una solterona histérica. Afirmaron que los cambios políticos que el libro sugería como solución serían una amenaza al suministro de alimentos. Incluso se refirieron al peligro de que el libro fuese la representación del pensamiento de grupos de fanáticos que propugnaban el culto a la naturaleza y la protección de la vida en estado salvaje, aunque fuese a expensas del bienestar alcanzado en las sociedades avanzadas que podían combatir con éxito plagas y epidemias.

Rachel Carson, que estaba ya gravemente enferma cuando el libro vio la luz (llevaba luchando contra el cáncer desde 1950, cuando fue operada de una tumoración maligna de mama), soportó con serenidad la campaña contra su obra y contra su persona. Como consecuencia del debate surgido en los medios de comunicación, el presidente Robert Kennedy solicitó un informe a un comité gubernamental especializado en ciencia. Dicho informe corroboró los datos aportados por Rachel Carson, la cual seguía luchando por el cambio de la legislatura vigente. A pesar de que la persistencia del DDT en el ambiente y su acumulación en los organismos era ya una evidencia científica

(Continúa en la pág. 14)

EXPORTACIONES EEUU DE PLAGUICIDAS PELIGROSOS^{1, 2} Período: 1992-1994

País de destino	Toneladas	Superficie (km2)	kg / km2
Argentina	6.492,2	2.780.092	2,35
Brasil	4.948	8.511.996	0,58
Colombia	4.994	1.141.748	4,37
Costa Rica	7.990,4	51.100	156,67
Filipinas	7.309,4	300.076	24,36
Guatemala	5.311,8	108.889	48,78

1. Fuente: *Exporting Risk: Pesticide Exports from U.S. Ports, 1992-1994*, FASE Research Report, Spring 1996, Foundation for Advancements in Science and Education (FASE), Los Angeles, CA. 2. FASE define como "plaguicidas peligrosos" aquellos que están prohibidos o cuyos usos están restringidos; los que tienen efectos carcinogénicos o que se sospecha que pueden tenerlos; y aquellos que han sido incluidos en la Clase I o considerados "altamente tóxicos" por la EPA (Environmental Protection Agency).

terrenos de propiedad privada, avivó de nuevo su interés. Su primera intención, reforzada por la carta de Olga recibida unos meses más tarde, fue escribir sobre los peligros asociados al abuso de los plaguicidas. Dada la gran cantidad de información que había reunido, se comprometió a escribir una serie de tres artículos para la revista *The New Yorker* y, posteriormente, un libro. Había pruebas de que el mal uso de los plaguicidas afectaba a otros organismos, además de

mente a la introducción de los antibióticos. Era posible que la sociedad no comprendiese la peligrosidad de su uso, o que tardase demasiado en adquirir conciencia de ello. Por otra parte, las industrias que fabricaban plaguicidas vieron peligrar sus dividendos y se pusieron a la defensiva. La empresa Velsicol Chemical Company, de Chicago, que fabricaba en exclusiva dos potentes insecticidas, intentó frenar la publicación de las entregas y luego también la del libro, bajo la

LA MORTALIDAD PERINATAL ES MÁS ALTA EN LOS AGRICULTORES.

Elena Ronda y Enrique Regidor

que nadie se atrevía a negar, hasta principios de la década de 1970 no se aplicaron las primeras medidas restrictivas a su uso. Las empresas productoras de plaguicidas y sus acólitos opinaban que la muerte de algunos pájaros era algo baladí en comparación a los muchos beneficios que reportaban a la humanidad. No tenían en cuenta que la especie humana es un organismo más del ecosistema terrestre y que su destino va unido al de los seres vivos que la rodean.

No puede negarse que Rachel Carson fue una innovadora. *Silent Spring* originó un cambio en la actitud de la sociedad en relación a la naturaleza. Del "proteccionismo" se pasó al "ecologismo", que tiene en cuenta, además del ambiente, la relaciones entre los diferentes seres que lo habitan. Como reacción a la situación imperante, en la década de 1960 surgieron grupos ecologistas radicales. Pero la obra de Rachel Carson también despertó el interés de pensadores más moderados. En 1968 una treintena de personalidades vinculadas a la política, a la economía y a la industria se reunieron en Roma para tratar varios problemas que ponían en peligro el futuro de la humanidad. De aquella reunión surgió el Club de Roma, constituido por expertos preocupados por las imprevistas consecuencias de la sobreexplotación de recursos naturales, del crecimiento demográfico y de la contaminación ambiental. Desde entonces se han emprendido numerosas acciones y muchos países han ido modificando sus leyes tratando de poner remedio a los males que aquejan al medio ambiente. Sin embargo, a finales del siglo XX, existen aún grandes diferencias entre los países desarrollados y los países del Tercer Mundo.

Con los plaguicidas se da una situación parecida a lo que ocurre con las armas. Los países desarrollados que dicen luchar por la paz y que celebran reuniones para tratar temas como el desarme, siguen fabricando armamento que exportan a países en vías de desarrollo. De la misma manera, algunos países con leyes restrictivas para el uso de plaguicidas siguen produciéndolos y exportándolos a otros donde no existe legislación que controle su uso. ■

La mortalidad perinatal, es decir, las muertes fetales de más de 180 días y las muertes durante las primeras 24 horas por 1000 nacidos vivos, es un indicador clásico del estado de salud de la población.

La presente investigación pretende, a partir de datos nacionales, analizar la mortalidad perinatal en población agrícola y evaluar las principales causas, comparando estos resultados con los obtenidos en otros grupos poblacionales.

La información se ha obtenido del Registro Nacional de Nacimientos del Instituto Nacional de Estadística. Se han comparado las tasas de mortalidad entre los hijos de los agricultores, con las de no agricultores (incluye el resto de las ocupaciones) e inactivos (estudiantes, jubilados e individuos con incapacidad para el trabajo).

Las diferencias fueron claras: los padres que trabajaban en el sector agrícola

habían tenido comparativamente tasas más altas que el resto. Es decir, el riesgo relativo, -o razón entre las tasas de mortalidad perinatal de los tres grupos- era mayor para los agricultores, tanto en la mortalidad general como para las principales causas de muerte (Tabla 1).

Para asegurar que la relación no era fruto del azar, o estaba afectada por otros factores, los resultados fueron ajustados por distintas variables como la edad materna, el sexo del recién nacido, el estado civil de la madre, el peso al nacimiento y las semanas de gestación. Como se observa en la Tabla 2, en el caso de la población agrícola, y a diferencia del grupo de inactivos, apenas se produjeron modificaciones. Este hecho es muy llamativo, ya que está indicando que la razón de este aumento de mortalidad perinatal debe buscarse en otros factores distintos a los mencionados.

Las causas que pueden explicar estos resultados son muy variadas. En la actualidad, existe un creciente número de investigaciones que señalan la relación

Tabla 1. Tasa de Mortalidad Perinatal por 1.000 nacidos vivos y Riesgos Relativos para las principales causas de muerte según ocupación paterna. España, 1989-1993.

Causa de muerte (CIE9)	Trabajadores no agrícolas	Tasa		Riesgo Relativo	
		Agricultores	Inactivos	a	b
Todas las muertes (001-999)	4.33	7.55	5.07	1.74	1.17
Malformaciones congénitas (740-759)	0.61	1.07	0.64	1.76	1.05
Complicaciones obstétricas (762)	1.18	1.75	1.47	1.49	1.25
Bajo Peso (765)	0.38	0.61	0.56	1.58	1.47
Hipoxia (768)	0.55	1.03	0.56	1.86	1.02

a. Tasa de Mortalidad Perinatal en agricultores/ Tasa de Mortalidad Perinatal en trabajadores no agrícolas b. Tasa de Mortalidad Perinatal en inactivos/ Tasa de Mortalidad Perinatal en trabajadores no agrícolas

Tabla 2. Riesgos Relativos ajustados de las tasas de mortalidad perinatal por las principales causas de muerte según ocupación paterna. España 1989-1993 a.

Causa de muerte (IC9)	Ocupación paterna		
	Trabajadores no agrícolas	Agricultores	Inactivos
Todas las muertes (001-999)	1.00	1.73	1.09
Malformaciones congénitas (740-759)	1.00	1.71	0.96
Complicaciones obstétricas (762)	1.00	1.48	1.16
Bajo Peso (765)	1.00	1.49	1.17
Hipoxia (768)	1.00	1.87	0.97

a Riesgos Relativos ajustados por edad de la madre, sexo del recién nacido, estado civil de la madre, peso al nacimiento y edad gestacional.

entre el trabajo agrícola y la aparición de determinados efectos reproductivos adversos, como disminución de la fertilidad, aparición de malformaciones congénitas, menor crecimiento fetal y mayor frecuencia de abortos y de mortalidad neonatal y perinatal. Diferentes factores, como exposiciones a productos químicos –plaguicidas o fertilizantes– o la carga física por el uso de maquinaria o de elevación de pesos, entre otros, pueden influir a través de la madre, del padre, o directamente en el producto de la concepción, ocasionando algún trastorno reproductivo.

Pero, además de estas exposiciones específicas, la población agrícola presenta unos patrones particulares de estilos de vida o de uso de servicios sanitarios que, evidentemente, también pueden influir. En este sentido, una hipótesis que podría contribuir a explicar estos resultados, es el hecho de que las mujeres que viven en zonas rurales acuden con menos frecuencia a los servicios sanitarios. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud de 1993 muestra que las mujeres que trabajan en agricultura visitan al médico (17'9%) y al ginecólogo (65'3%) con menos frecuencia que la población general (21'3% y 83'3% respectivamente). Es un hecho demostrado que las mujeres que reciben peores y menos cuidados durante el embarazo tienen mayor riesgo de terminar su embarazo en un efecto reproductivo adverso.

El condicionamiento del análisis a la información contenida en el Registro impide evaluar las causas específicas que podrían explicar este resultado.

De cualquier manera, es conveniente seguir investigando en esta línea para incrementar nuestro conocimiento sobre las causas que explican estas diferencias.

Los resultados del estudio que se presentan señalan que no todas las embarazadas tienen el mismo riesgo de sufrir un aborto y que la ocupación laboral del padre en determinados sectores puede ser un factor con efectos adversos en el desarrollo y la culminación del embarazo.

Elena Ronda. Universidad de Alicante

Enrique Regidor. Universidad Complutense de Madrid

¿PORQUÉ FUMAN LAS MUJERES?

La epidemia femenina de fumar, es evitable

"Es probable que aumente el porcentaje de mujeres fumadoras. Las mujeres están alcanzando roles más dominantes en la sociedad: han mejorado su poder de decisión sobre los gastos, viven más años que los hombres, y tal como señalan los documentos oficiales, parecen menos influenciadas que sus homólogos por las campañas anti-tabaco. Las mujeres son el objetivo principal de la publicidad, como sabe cualquier varón europeo que trabaje en marketing. Por tanto y a pesar de la indecisión inicial, no hay duda de que representan un importante segmento de mercado".

Tobacco Reporter, 1982. Visión de futuro del mercado de tabaco.

Dolors Marin Tuyà

Directora Unitat de Tabaquisme. C.S.Clinic.Barcelona, Consultora INWAT-Europa para España, Presidenta de la Societat Catalana per a la Prevenció del Tabaquisme

Desde el desconocimiento y la ignorancia de lo que realmente se mueve detrás del tabaco se ha desarrollado una creciente epidemia de consumo de tabaco entre las mujeres. La expansión del consumo de tabaco femenino se produjo en el momento feliz en que los aliados vencen en la Segunda Guerra Mundial. El clima de libertad imperante en el norte de Europa favoreció la adopción de conductas hasta entonces masculinas. Las mujeres jóvenes que ocuparon el espacio masculino durante la contienda, desde su recién estrenada libertad, comienzan a fumar. En España, la situación se retrasa unos veinticinco años, hasta finales de los sesenta, cuando ya en plena decadencia de la dictadura, se extiende el rechazo a todo tipo de autoridad paternalista, y se dan las condiciones para que las adolescentes y mujeres jóvenes tiendan a igualarse a los hombres en aquellos comportamientos simbólicos y visibles como es el caso de la conducta de fumar.

En definitiva, la causa fundamental ha sido la calculada y enorme inversión de la industria para atraer mujeres hacia el consumo de tabaco, simplemente con la pretensión de compensar el descenso de consumo en el mercado masculino. Si le añadimos la potente capacidad adictiva del tabaco, tenemos a la mitad de nuestras mujeres de entre 25 y 45 años fumando. Para estas mujeres, el tabaco, además de paliar otras cosas, se convierte en imprescindible para la gestión de los sentimientos, emociones y afectos, desplazando los sistemas tradicionales que utilizaron sus predecesoras. Sin embargo, el 80% de ellas desea liberarse del tabaco, al que percibe como una terrible dependencia. Son las principales usuarias de servicios para dejar de fumar y necesitan servicios adecuados a su situación real. Desgraciadamente estas mujeres aún no disfrutan de las condiciones socio-sanitarias que les permitan mantenerse sin fumar cuando lo intentan.

A las que quieren dejarlo, las Tabaqueras les ofrecen "elecciones saludables" para cal-

mar su conciencia: los cigarrillos **light**. Se trata de un engaño comercial que resuelve el continuo dilema emocional al que se enfrentan las mujeres que fuman, mientras postponen la temida supresión del tabaco, que implica una radical reestructuración de la manera de pensar y de relacionarse. 20 millones de mujeres europeas de mediana edad tranquilizan su mente con tabaco **light**. En Suecia, el 75% de las consumidoras, en España el 25%, de momento. La palabra **light** tiene un valor muy potente para las mujeres: las conduce a pensar erróneamente que no perjudican y son saludables; desconocen que tienen el mismo contingente de cancerígenos que los cigarrillos normales.

La ciencia sustenta que los problemas del tabaco tardan un mínimo de 25 años en mostrarse. Por tanto, las estadísticas de mortalidad por tabaco sólo reflejan la situación de los patrones de consumo prevalentes veinte o treinta años atrás. Debemos saber que, si las mujeres continúan fumando, sufrirán los mismos problemas que hasta ahora se atribuían al género masculino. Por eso la percepción social actual todavía atribuye las enfermedades del tabaco al hombre. La industria del tabaco contribuye impunemente a través de la publicidad engañosa a que las mujeres creen que son inmunes a los efectos de su consumo. En nuestro país, la mortalidad femenina atribuible a tabaco ha crecido un 300% entre 1987-1994. La brutalidad del impacto del tabaco para las mujeres se espera para el inicio siglo XXI.

El drama del tabaco es que la decisión de comenzar a fumar se toma durante la adolescencia. La Industria niega sistemáticamente que se dirija a menores de 18 años, a pesar de los miles de documentos secretos revelados durante los numerosos litigios desarrollados en los EEUU. Además de la reconocida presión de los amigos, comienzan a fumar para comunicar su entrada en el codiciado mundo de los adultos y para exhibir una conducta laboral y sexualmen-

(Continúa en la pág. 16)

Elisa Soriano

Una médica fem

te emancipada, solidaria y tolerante, rebotadas de las tradicionales y autoritarias advertencias sanitarias.

En los noventa, en Europa, el consumo de tabaco adolescente presenta una situación inédita en la historia: **las chicas adolescentes fuman más que los chicos**. Nuestras adolescentes de hoy, educadas como emancipadas ciudadanas Europeas, creen tener criterio suficiente, y han alcanzado a toda velocidad la situación que llevó dos décadas a las mujeres escandinavas y británicas.

Si queremos una población saludable, no tenemos otra opción que trabajar para liberarnos del tabaco. El tabaquismo se ha convertido en una enorme y creciente amenaza para la salud de las mujeres europeas. De continuar la tendencia actual, el próximo siglo fumarán más mujeres que hombres en Europa y éstas serán las principales víctimas de la epidemia del tabaco.

Por estas razones y más, mujeres de todo el mundo, comprometidas con la salud y el bienestar de las personas, hemos pasado a la acción, creando en 1990 una red mundial, la **International Network of Women Against Tobacco (INWAT)**.

En 1997, abrimos la oficina de **INWAT-Europa**, con el patrocinio de la UE, Integrado por 6 estados miembros de la UE, además de 120 miembros de otros 20 países europeos. INWAT-Europa publica materiales en cuatro lenguas y dispone de un directorio de sus miembros y trabajamos con la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo (ENSP), con la OMS y otras agencias y organizaciones no gubernamentales europeas.

INWAT-Europa en España organizó en septiembre de 1999, en la sede del Instituto Catalán de la Mujer, el Primer Seminario piloto de Formación de Formadoras.

INWAT-Europa está abierta a nuevas incorporaciones: dependemos de nuestras acciones individuales y colectivas. A cambio, INWAT-Europa os facilita la interrelación e intercambio de información, estimula nuestro trabajo en nuestros respectivos países y, por extensión, en el ámbito europeo.

Para más información sobre INWAT-España:
Dolors Marin Tuyà. e-mail: marin@globalink.org

Teresa Ortiz Gómez.

A mediados de los años setenta del siglo XIX comenzaban sus estudios en la universidad las primeras jóvenes españolas y fue Medicina la carrera de elección, por encima de otras como Letras o Farmacia que no se convertirían, hasta las primeras décadas del siglo veinte, en el destino más frecuente de las estudiantes. Antes de acabar el siglo, casi una veintena había iniciado sus estudios de medicina en distintas universidades españolas y aunque algunas no concluyeron sus estudios y otras nunca llegaron a ejercer, varias de ellas practicaron su profesión en medio de una controvertida polémica que cuestionaba, desde la prensa médica, la capacidad de las mujeres para desempeñar esta actividad.

En la segunda década del siglo veinte el debate pareció amainar al tiempo que el primer movimiento organizado de mujeres, de carácter sufragista, iba tomando cuerpo en España. Fue en estos años, exactamente en 1928, cuando un grupo de médicas, entre ellas varias de las pioneras, constituyeron la *Asociación de Médicas Españolas (AME)*, de la que escribiré en otra ocasión.

La impulsora de la AME fue la médica madrileña Elisa Soriano Fisher (1891-1964), una mujer comprometida con la causa sufragista que, durante sus años de estudiante universitaria, había sido presidenta de la asociación Juventud Universitaria Femenina.

Elisa Soriano era hija de un conocido ginecólogo, el doctor Soriano y Surroca, y empezó sus estudios en la Facultad de Medicina de Madrid en 1912, tras alterar la trayectoria educativa habitual para una joven de su posición que consistía en estudios primarios y lecciones particulares de música y cultura general. A la edad de 19 años

emprendió los estudios de bachiller y magisterio y tras concluirlos, dos años después, se matriculó en Medicina, siendo la única alumna de su promoción, en una facultad que no había visto más de media docena de mujeres en sus aulas.

Durante sus estudios gozó del explícito apoyo y estímulo del entonces decano y catedrático de ginecología, Sebastián Recasens (1863-1933), que la animó a especializarse en oftalmología, actividad que también practicaba una de las médicas licenciadas a finales del XIX, la doctora vallisoletana Trinidad Arroyo, cuya afamada e indiscutida práctica probablemente contribuyó a que esta especialidad se convirtiera en la primera mitad



Doctora Elisa Soriano, del Instituto Oftálmico Fuencarral, 53 MADRID

Elisa Soriano Fisher Oftalmóloga (1891-1964)

del siglo en una una de las más feminizadas. Elisa Soriano se doctoró en 1920 con una tesis titulada *Contribución a los tumores malignos de la órbita* y, a partir de 1923, trabajó como oftalmóloga del Instituto de Oftalmología de la Beneficencia General así como profesora Higiene y Fisiología en la Escuela Normal de Madrid. Como oftalmóloga trabajó en otras instituciones, entre ellas el Patronato de Ciegos, precursor de la actual ONCE.

Antes de asentar totalmente su práctica oftalmológica, persiguió una estabilidad laboral a través de la realización de diversas oposiciones. Una de las que ganó, en 1928, fue la plaza de médico de la Marina Civil que le permitió trabajar como médica inspectora de emigración a bordo de dos barcos de pasaje que la llevaron a varios países de Suramérica. Lo insólito de la tarea para una mujer (Elisa fue profesionalmente *la primera* en muchas ocasiones) fue oportunamente subrayado por la prensa madrileña que dedicó un espacio para la noticia.

A lo largo de su vida profesional la doctora Soriano mostró una gran inquietud social y un marcado interés por la medicina preventiva y social que se reflejó en su vinculación a sociedades higiénicas y sociales como la *Sociedad Española de Higiene*, *Comité Femenino de Higiene Popular* o *Protección Escolar* y en sus publicaciones, muchas de ellas de educación sanitaria. Esta orientación profesional fue muy habitual entre las médicas europeas de finales del XIX y principios del XX que se unieron a los movimientos médico-sociales de su tiempo y, en muchos caso, abrieron se preocuparon especialmente de

la salud de las mujeres.

Nunca se casó y vivió toda su vida en la casa familiar de la Calle Mayor de Madrid, primero con su padre y después con su amiga la periodista burgalesa Guadalupe García de Quevedo.

Probablemente la principal de sus aportaciones a la medicina de este país fuera la creación de la *Asociación de Médicas Españolas* (1928-1936), por lo que supuso de novedad, de apertura a las influencias internacionales, de solidaridad de género dentro de la profesión y de interés por transformar y mejorar la práctica médica. En los años sesenta, casi al final de su vida, tuvo la satisfacción de saber que el olvido impuesto por el franquismo no había impedido que otras médicas más jóvenes encontraran en su persona y en su obra un vínculo con un pasado que querían reconstruir colectivamente. Durante una década (1965-1975), una nueva asociación, también hoy olvidada (*Asociación Española de Mujeres Médicos*), siguió la senda iniciada por Elisa Soriano persiguiendo conformar una identidad profesional para las licenciadas y doctoras en medicina y reforzarse como grupo en el seno de una profesión fuertemente masculinizada.

Bibliografía

Teresa Ortiz Gómez. La mujer como profesional de la medicina en la España contemporánea (1898-1981). **Dynamis**, 5-6, (1985-86) pp. 343-366.

Montserrat Cabré; Teresa Ortiz (eds.) Mujeres y salud: Saberes y prácticas. Monográfico revista **Dynamis**, 19, (1999)

Llorar es cosa de nenas

(Continúa en la pág. 4)

La actual legislación permite al Juez de Vigilancia Penitenciaria imponer pautas de conducta - entre las que se hallan la prohibición de acercamiento o comunicación con la víctima- a las de someterse el penado que se beneficie de la libertad condicional. Es hora ya de reclamar que dicha posibilidad, introducida hace unos meses, empiece a ser instrumento cotidiano de quienes asumen el control del cumplimiento de las penas.

Por último sería necesario dar la información suficiente a la víctima de las modificaciones del régimen penitenciario que suponen la libertad del penado, sea ésta condicional o definitiva, en cumplimiento también de las de las reformas recientes, para lo cual, de entrada, debería crearse ya un sistema - inexistente hoy- que garantizara esta medida.

Por otro lado, no parece gratuito recordar que los diferentes colectivos e instituciones que de forma constante se han interesado por la adecuación de las leyes y del sistema a dicho problema, jamás han discriminado medida alguna por razón del sexo. Ni el Código penal ni la legislación procesal diferencian el tratamiento de la víctima según sea éste hombre o mujer. Lo que es indiscutible es que han sido los colectivos de mujeres, principales afectadas por el maltrato, las que han asumido el principal protagonismo en la defensa de su integridad.

En definitiva, tras los constantes sucesos que ponen a prueba la confianza de las víctimas en la Administración de Justicia, es fundamental entrar a discutir en serio los posibles cables sueltos y dejar de jugar al criminólogo avezado.

Teresa Compte Massachs

Fiscal responsable del Área de muertes por Homicidio y asesinato. Fiscalía del Tribunal de Justicia de Catalunya

CAMPAÑAS

“Violencia contra las mujeres, un problema de todas y todos”

Cada día es 25 de Noviembre

Como, por desgracia, la violencia contra las mujeres no pierde actualidad, aunque no estemos en noviembre, resumimos el intemporal Manifiesto de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMMLAC) para el 25N, Día internacional de la no-violencia contra las mujeres.

Conozcamos nuestros derechos humanos, rechacemos todo tipo de violencia

La condición de las mujeres en las últimas décadas ha cambiado mucho, ahora las mujeres tiene cada vez mayor nivel educativo, se han incorporado al mundo del trabajo, ostentan cargos públicos, se destacan en las artes, las humanidades y las ciencias. Su vida ya no se limita a lo doméstico ni a la crianza de hijas e hijos, y muchos de sus derechos están cautelados por leyes nacionales e instrumentos jurídicos internacionales, empezando con la Declaración Universal y continuando con otros pactos y convenios que hacen referencia específica a la condición de la mujer.

Pero en los albores del tercer milenio las mujeres siguen siendo discriminadas, violentadas y subvaloradas en la mayoría de las sociedades.

La violencia doméstica, la violencia sexual y la violencia psicológica en contra de mujeres y niñas son fenómenos de diaria ocurrencia, pero que no siempre son denunciados ni castigados.

Por esto, y por mucho más, las mujeres siguen teniendo hoy una ciudadanía de segunda categoría en comparación con los hombres.

Del silencio a la denuncia, de la denuncia a la acción

Estas realidades han sido denunciadas por el movimiento internacional de mujeres desde hace años. Pero en la década de los 90 este clamor fue quizás más fuerte puesto que el tema coincidentemente estuvo presente en una serie de foros internacionales, por lo cual cobró mayor difusión pública y se comenzaron a generar más respuestas tanto desde los gobiernos como de organismos internacionales y regionales.

¿De qué violencia hablamos?

La violencia física contra las mujeres ha sido hasta ahora la que más ha salido a la luz pública, en especial, la violencia en el ámbito doméstico. Asimismo, la violencia sexual, en sus distintas formas - violación, abusos sexuales, acoso sexual, pornografía, prostitución forzada, tráfico y explotación sexual, etc.- también está emergiendo desde la cultura del silencio que la mantuvo oculta durante décadas.

Para el movimiento de salud de las mujeres son de extraordinaria importancia:

los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a vivir en paz y gozar de interrelaciones personales enriquecedoras y, por ende, a no ser objeto de violencia.

RSMMLAC: Casilla 50610. Santiago 1, Chile
Tel.: (56-2) 223 00 60 Fax: (56-2) 223 10 66
C. electrónico: <rsmmlac@mail.bellsouth.cl>

DONA I MIGRACIÓ A LA MEDITERRÀNIA OCCIDENTAL

Tradicció cultural i canvi social, reptes de la dona magrebina.

Maria-Angels Róque (dir) (Directora del Departament d'Estudis de l'Institut Català de la Mediterrània)
Proa editorial, Barcelona 1999 (299p)

La migración se ha convertido en un tema fundamental dentro de las relaciones euromediterráneas. El interés aún es mayor en sociedades como la catalana, dada la tendencia actual de las migraciones en Europa. En los últimos diez años el número de mujeres inmigradas ha aumentado hasta alcanzar el 50%. Una parte de ellas vienen a causa de la reagrupación familiar, pero aumenta el número de las que emigran solas, especialmente a los países de Europa del sur.

La migración femenina, lejos de responder a un patrón determinado, presenta una gran diversidad de modalidades y la mujer inmigrada se enfrenta a retos específicos por el hecho de ser mujer, además de los que tienen que ver con su cultura, origen socioeconómico y religión.

Este libro recoge las conferencias pronunciadas durante el seminario que con el mismo título realizaron el Institut Català de la Mediterrània y el Institut Calatà del la Dona. En él figuran nombres tan interesantes como Dolores Juliano o Malika Benradi, y otras varias investigadoras magrebies, italianas y españolas.

En este contexto sorprende la pretendida “invisibilidad” de las mujeres, a pesar de que este colectivo es cada día más importante.

Encuentros

II CONGRESO DE “MUJERES, TRABAJO, SALUD” RIO DE JANEIRO. Sept. 1999

Un encuentro enriquecedor

Una representación del Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS participó en el Congreso, junto con mujeres de otras asociaciones del Estado Español. La diversa representación incluyó desde la participación de Carme Valls-Llobet como representante de la organización del I Congreso que se realizó en Barcelona en 1996, a diversas comunicaciones y pósters. Fue enriquecedor comprobar que una línea de investigación empezada en Catalunya tenía su continuidad y vigencia en un país y una cultura tan lejanas a la nuestra como la de Brasil.

También fue positivo constatar la inmensa producción de conocimiento desde todas las vertientes presentes: sindical, profesional y de los movimientos sociales, en especial de mujeres y de otros, como el ecologista.

La mayor participación fue de Brasil y Latinoamérica; Canadá y Europa tuvieron una buena representación.

Se constataron dos líneas de investigación sobre las condiciones de trabajo y género: la canadiense, sobre ergonomía y división del trabajo, y la nuestra, relacionada con sustancias químicas (pesticidas) y sus efectos sobre el sistema nervioso central.

También fuimos testigos de las dificultades de trabajar por el mantenimiento de la vida y por la mejora de la salud de las mujeres en un país en el que la globalización económica es especialmente dura durante los mismos días del Congreso y en la misma ciudad asesinaron a dos sindicalistas de una organización participante.

Desde el Congreso se hizo un llamamiento a participar en la Marcha Mundial contra la violencia y la pobreza que culminará en noviembre del 2000 en la sede de la ONU en Nueva York y, donde proceda, en cada ciudad del mundo.

Finalmente se presentó la candidatura de Suecia para organizar el III Congreso en el año 2002: esperamos ilusionadas poder seguir siendo testigos y parte de este proceso a favor de la salud laboral de las mujeres.

Carme Catalán Piñol

TITÀNIA-MUJERES POR LA SALUD

A principios de los años ochenta se formó el "Grup de Parts" de Barcelona, que en 1985 daría lugar al "Grup Titània, dones per la salut" dentro de la Cooperativa Tascó. En toda España surgieron entonces grupos de mujeres y sus parejas que reclamaban el servicio y profesionales que cubrían esta necesidad y demanda, dando origen a un tipo de asistencia diferente, en la que la mujer es respetada en sus decisiones y protagonista en su parto, siendo informada durante todo el proceso que está transformando su cuerpo en el embarazo, para poder tomar conciencia y disfrutar de este proceso natural, siguiendo su curso. El crecimiento de la demanda llevó a la legalización de esta Cooperativa que ya lleva quince años funcionando.

A nivel estatal, la Cooperativa pertenece a la asociación "Nacer en casa" y sus direcciones se pueden encontrar en la página web de Acuario (www.acuario.org).

Principios y Métodos:

- Concebimos el embarazo, el parto y el postparto como momentos importantes y de crisis, en un sentido de posible cambio en la vida de la mujer.

- Concebimos a la mujer globalmente. Por tanto, todo lo que ocurra y haya ocurrido en su vida y en su cuerpo, es importante. Es una mujer la que está embarazada y va a parir, y no un útero y una vagina. Es por tanto necesario contemplar su realidad corporal, psicológica, ambiental...

- La mujer no es una niña que *deba portarse bien* en el parto y haya que prepararla para que *ayude* al obstetra o comadrona. Es una mujer con toda su capacidad de tomar conciencia de sí misma, controlar sus procesos y asumir la responsabilidad de ellos, en colaboración con las personas que la ayuden.

- No se trata de suministrar a la mujer una serie de técnicas para que las aplique en cada caso, sino de ayudarla a que descubra y contacte con su cuerpo. Para que, de ese modo, encuentre sus propios recursos y supere sus limitacio-



nes a través de una auto-observación.

- El parto no es un acto médico. Es fundamentalmente una experiencia humana profunda en la que al menos dos seres viven momentos decisivos y críticos, y que abarca desde aspectos biológicos y sexuales a afectivos, culturales..., lo que nos lleva a trabajar desde una perspectiva inter-

disciplinaria ecléctica, que incluye métodos diversos:

- Método psicosexual de preparación al parto-maternidad de S.Kitzinger.

- Concepción holística de salud. Métodos de terapias blandas (naturistas, higienistas, acupuntura...)

- Abordaje psicocorporal desde la psicología humanista (centros de energía, automasaje, relajación...)

- Y ofrecemos también nuestra experiencia a lo largo de 15 años de actividad profesional en la preparación a la maternidad-paternidad y en la asistencia al parto.

Las podéis encontrar en Barcelona en la Gran Vía de les Corts Catalanas 439, 5º2ª 08015 Barcelona. Tel: 934266559

E-mails Internet

- **Marcha Mundial de las Mujeres 2000** <http://www.FFO.QC.CA/marche2000>
Desde que las feministas quebequenses lanzaron un llamado a la solidaridad mundial de las mujeres, el proyecto ha progresado mucho. Más de 130 países y más de 2000 grupos están inscritos.

- **The American Women Association (AMWA)** www.amwa-doc.org

La AMWA es una asociación de mujeres médicas y estudiantes de medicina de EE.UU. Se dedican a la promoción de la salud de las mujeres, el desarrollo profesional y el bienestar de sus miembros y el incremento de la influencia de las mujeres en todos los aspectos de la profesión médica.

- **Ecologistas en acción. Campaña legumbres**

www.nodo50.org/ecologistas/99/legumbre

La comisión de Consumo de Ecologistas en Acción ha lanzado una campaña a favor del consumo de legumbres locales. Van a editar un libro de recetas y piden participación.

- **Feminist Women's Health Center** www.fwhc.org

Creada en 1980, FWHC es una organización sin ánimo de lucro dedicada a la promoción de proyectos sobre el derecho de las mujeres a elegir y recibir atención sanitaria en todos los aspectos de la reproducción.

- **Mujeres en Europa hacia una vejez saludable**

<http://www.eurohealth.ie/report/esp1.htm>

Informe del Instituto Europeo para la Salud de la Mujer del estado actual de salud de las mujeres de mediana edad y edad avanzada en Europa.

- **Asociación de Mujeres para la Salud de Madrid (AMS)**

<http://web.jet.es/amsalud> es una organización no gubernamental dedicada a elaborar, promocionar y difundir una concepción de la salud desde una perspectiva de género.

- **Colectivo Acuario. Policlínicas y Maternidad.** <http://www.acuario.org>

Es un grupo de profesionales de la salud reproductiva que trabaja bajo el concepto primordial de que la usuaria debe ser dueña de sus decisiones (...devolver a la madre y al bebé el protagonismo del nacimiento). La página da mucha información sobre su concepto de salud integral y de los servicios y prestaciones del colectivo y múltiples links de salud muy útiles.



Más estudios relacionan terapia hormonal y cáncer de mama

Los resultados de un estudio publicado el 25 de enero de 2000 en *The Journal of the American Medical Association* indican que las mujeres que toman estrógenos combinados con progestágenos sintéticos en las terapias hormonales postmenopáusicas "corren mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama que las que toman solamente estrógenos". (A las mujeres con útero se les suele prescribir progestágenos junto a los estrógenos porque el estrógeno a solas aumenta el riesgo de cáncer de endometrio). La Dra. Catherine Schairer, epidemióloga del National Cancer Institute de Rockville, Maryland y sus colegas, basaron sus conclusiones en el seguimiento, mediante entrevistas y cuestionarios, de 46,355 mujeres postmenopáusicas participantes de un programa nacional de screening de cáncer de mama. Para determinar el riesgo, compararon a 2.082 mujeres que desarrollaron la enfermedad entre 1980 y 1995, con mujeres sin historiales de cáncer. Comparadas con las mujeres que no habían tomado tratamientos hormonales, las que habían tomado estrógenos y progestágenos sintéticos en los últimos 4 años habían aumentado el riesgo un 40%. (En USA la terapia hormonal sustitutiva más utilizada asocia estrógenos conjugados de caballo (equinos) más progestágenos sintéticos, como la medroxiprogesterona). El riesgo de las que habían tomado estrógenos solos, respecto a las que no habían tomado ningún tratamiento hormonal postmenopáusico, era un 20% mayor. También encontraron que el riesgo de cáncer de mama aumenta cuanto más tiempo se toma la terapia hormonal sustitutiva. (El efecto no se ha estudiado con progesterona natural). El editorialista de la publicación, Walter Willet acaba diciendo: "Esto tiene importantes implicaciones en las consideraciones riesgo-beneficio, porque los riesgos de sufrir una fractura de cadera o una enfermedad coronaria- razones principales para la administración preventiva de terapia hormonal- no aumentan hasta una década o más después de la menopausia...La creencia común de que el envejecimiento requiere tratamientos

farmacológicos nos ha llevado, desgraciadamente, a menospreciar la dieta y el estilo de vida como medios básicos para la salud".

Fuente: *The Journal of the American Medical Association*.



Tras la fumigación, 80 millones de indemnización a cada una. Algo es algo

"El juzgado de lo social número 25 de Barcelona ha condenado al Institut Català de la Salut (ICS) y a la aseguradora Wintertur a pagar 80 millones de pesetas de indemnización a cada una de las dos trabajadoras de la unidad de microbiología del hospital Vall d'Hebron de Barcelona, por no tomar las medidas de seguridad e higiene necesarias para evitar la intoxicación tras una fumigación efectuada en agosto de 1994" (*Vanguardia* 23-11-99).

En el número 2 de nuestra revista realizamos un pormenorizado relato de esta intoxicación que afectó, en mayor o en menor grado, a unas 20 trabajadoras de dicho hospital, de la odisea sufrida por las afectadas ahora indemnizadas para ser tomadas en serio, (contada por ellas mismas), y de la decisiva participación del CAPS en el proceso que llevó finalmente el caso a los tribunales.

Ahora se ha dictado sentencia a favor de dos de ellas mientras las demás esperan sus juicios y es de desear que este precedente y la sensibilidad de los jueces contribuya a darles también la razón, ya que la salud nadie se la podrá devolver (recordamos que varias de ellas tienen afectación neurológica irreversible de diversa consideración que las incapacita para llevar una vida normal y que están en régimen de invalidez total).



Los tampones y las dioxinas

El Departamento de Fisiología Molecular de la Universidad de Illinois ha llamado la atención sobre el aumento de infertilidad y cáncer de útero en mujeres jóvenes. A su juicio, este problema guarda relación con el uso de tampones, ya que éstos contienen dioxinas, derivadas de los productos que se utilizan para su blanqueo (puesto que los fabricantes están convencidos de que las mujeres necesitamos productos blancos). Además los tampones contienen rayón, que es altamente absorbente, y las partículas que quedan adheridas

a la vagina favorecen la absorción de las dioxinas.

El pasado septiembre, *The Environmental Protection Agency (EPA)* advirtió que ningún nivel de dioxinas es aceptable para el contacto, ya que su efecto es acumulativo. Las compresas y salva-slip también contienen dioxinas pero, al no estar en contacto directo con la vagina, no son tan peligrosos.

La alternativa es la fabricación de tampones íntegramente de algodón y sin blanquear o blanqueados con O₂, que es un método biológico.

Diàlegs des de Acuario.1999;6:17p



Alcohol, Prisión e Injusticia en Sudán

Gran número de mujeres en Sudán son encarceladas por delitos menores en prisiones atestadas.

Un ejemplo es la prisión vieja de Omdurman (para mujeres) que teóricamente tienen una capacidad máxima de 200 prisioneras, y que en varias ocasiones ha superado las 1.200.

En esta prisión hay un movimiento anual de 11. 200 reclusas. El escándalo es que probablemente hay más de 200 niños menores de 4 años que viven con sus madres en la prisión.

Un 95% de las mujeres han sido encarceladas por elaborar alcohol, que es un crimen en el norte de Sudán. El 50% de éstas mujeres vuelve a la cárcel una y otra vez ya que elaborar alcohol es el único medio que tienen de ganarse la vida.

En vez de afrontar el problema desde un punto de vista legal y social, el gobierno ha decidido ampliar el recinto penitenciario.

La cantidad de mujeres encarcelada crece cada día.

Tag Elkhazin / Newslink Africa Vol 17 No 32



Mamografías: ¿sí o no?

Al cierre de esta edición se ha reavivado la polémica sobre la eficacia de las mamografías rutinarias como método preventivo de mortalidad prematura por cáncer. Dada la trascendencia y complejidad del tema y, para evitar posicionamientos apresurados, esta controversia será analizada en profundidad en nuestro próximo número.

Con la colaboración de:

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
Instituto de la Mujer