

COLECTIVO DE BOSTON:
Y con ellas Llegó
La revolución

VAGINISMO
Fuera tabús

VACUNA HPV
Últimas noticias

DEBATE
Alquiler de
úteros

PACIFISMO
Españolas en el
xvii encuentro
internacional
de mujeres de
negro

ENTREVISTA
NORMA SWENSON,
co-fundadora
del colectivo
de Boston



DOSSIER

Las mil caras
del dolor

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

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

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco Castillo

Malen Cirerol Goliard

Pilar Parra Barrachina

Ma Elena Cuyàs Robinson

Esperança Aguilà Ducet

Carmen Mosquera Terreiros

Corina Hourcade Bellocq

Gemma Cànovas Sau

Regina Bayo-Borrás Falcón

Ma José Hernandez Ortiz

Jimena Jiménez Madrazo

Ibone Olza Fernández

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario

Lucía Artazcoz Lazcano

Vita Arrufat Gallén

Consuelo Català Pérez

Emilce Dio Bleichmar

Mari Luz Esteban Gallarza

Anna Freixas Farré

María Fuentes Caballero

Asunción González de Chávez
Fernández

Neus Moreno Saenz

Isabel Matamala Vivaldi

Judy Norsigian

Carmen Sanchez-Contador Escudero

Fina Sanz

Victoria Sau Sánchez †

Verena Stolcke

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación:
www.labodoni.com
Impresión: amadip-esment.
Centre especial de treball

Depósito legal: B 16354-2017

sumario

EDITORIAL. Escuchar el dolor, una opción contracorriente. Nati Povedano 3

COLECTIVO DE BOSTON

grandes cambios en nuestros cuerpos nuestras vidas (OBOS). Judy Norsigian . . . 4

COLECTIVO DE BOSTON: y con ellas llegó la revolución. Leonor Taboada Spinardi . . . 5

entrevista a Norma Sweson. Leonor Taboada Spinardi 6

Aquantar no es fácil si eres tejado. Carlos Llano Gómez 8

EL DEDO EN LA LLAGA. ¡¡¡buenas noticias!!! Carme Valls Llobet 9

DEBATE

consideraciones para quienes piensen en alquilar un útero para gestar
un bebé. Ibone Olza 10

sobre la gestación por sustitución. Consuelo Catalá Pérez 12

VACUNA PAPILOMA

declaración conjunta de afectadas por la vacuna, Japón 2018 16

el cuLebrón sueco. Margarita López Carrillo 17

cáncer de cérvix: cribado sí, pero cómo y para qué. Carmen Mosquera Tenreiro. 19

DOSSIER

PRESENTACIÓN: Las mil caras del dolor. Margarita López Carrillo 20

Afrontando las causas del dolor crónico. Carme Valls-Llobet y Mercè Botinas 21

dicen que la distancia es el olvido.

reflexiones en torno al dolor crónico. María José Hernández Ortiz 25

del dolor de las mujeres al placer en libertad. Montserrat Catalán Morera 27

ignorar el dolor: un aprendizaje. Sara García Parra 29

Biodanza: otra forma de tratar el dolor. Pilar de la Cueva Barrao. 31

el parto natural: un camino entre el placer y el dolor con sentido.

Tere Gonzalo del Moral 33

VAGINISMO

abordar el vaginismo en la consulta ginecológica. Enriqueta Barranco 35

fuera tabú, hablemos de vaginismo. Rosaura Delgado 36

relatos de vaginismo. María Jesús Soriano Soriano 37

melatonina, algo más que la hormona del sueño. Noemia Loio Marqués 39

¿qué es la electrosensibilidad? Carlos Álvarez Berlana 42

crónica de la XVII reunión internacional de mujeres de negro. Vita Arrufat,
Charo Altable, María Huertas, Bea Plaza, Esperanza de Rueda, Eulalia Torrent y Cristina Buitrago . . . 44

VIRAL: EL ORQUILLO DE LIMPIAR CUROS 46

LIBROS 46

minidosis 48

myses publicados

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.

2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.

3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.

4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.

5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.

6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.

7 MATAR MOSCAS A CAÑO-NAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.

8 OTRO MUNDO ES POSIBLE

9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.

10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.

11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.

13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.

15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.

16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.

18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.

19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.

20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.

21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres sí.

22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA?

23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!

24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN

26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS

27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO

29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR

30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA

32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE

33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA

34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA

36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR

37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA

38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS

39 CUANDO LA VIDA SE ACABA

40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES

41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS

42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS

43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA



Nati Povedano

Médica - homeópata

natividad.povedano@gmail.com

ESCUCHAR EL DOLOR, una opción contracorriente

Viviendo en el tiempo de la ciencia y la técnica, que representan el poder supremo sobre lo viviente, hay que plantearse si seguir la corriente o resistirse.

La ciencia moderna, que se inicia entre los siglos XV y XVII, se basa en la idea que todo es determinable, imaginando el mundo como objetivo, predecible y capaz de ser descubierto. Esto se traduce en la idea de que todo puede ser dominado mediante el cálculo y la previsión.

La mayoría de estos métodos "científicos" han procurado mucho conocimiento pero también mucha violencia a la naturaleza. Además, la ciencia, y los grandes descubrimientos, cambian nuestra cosmovisión y la forma de tratar con la realidad y con el mundo. Imponen la creencia de que las cosas no se revelan sin más, sino que es preciso ir a buscarlas con esfuerzo dirigido. Descartes aseguró que los humanos seríamos "dueños y poseedores de la Naturaleza". Pero no olvidemos que también somos naturaleza y que esa posesión también nos alcanza. El progreso científico es imparable, cuando no son las series del ADN, son los genomas: el cuerpo humano convertido en laboratorio, manipulable.

Pero el conocimiento científico tiene sus límites, pensar que con el tiempo lo vamos a ir conociendo todo es no querer ver o, más bien, huir de la encrucijada fundamental para el ser humano: la interioridad, la inmensidad íntima y el secreto que guardan las "entrañas" como diría María Zambrano.

Las médicas de la Red-Caps no estamos fuera de este sistema, pertenecemos a él porque vivimos en el tiempo que nos ha tocado: la era de la tecnociencia. Pero siempre queda esa libertad íntima que nos hace resistirnos a ese empuje avasallador e interesado convertido ya en poder.

Hay muchas formas y motivos para resistir. Usualmente entendemos resistencia como la oposición de un pequeño grupo al dominio de un régimen o creencia impuesta. No se busca un bien privado sino más bien social. Al resistir se impide que haya una visión homogeneizada de las cosas, aporta otra manera de tratar con el mundo, permite otras formas de revelarse lo que importa. A veces, ser resistente equivale a quedarse en los márgenes, pero también significa mayor libertad y coherencia.

En la medicina "científica" se busca mucha información a través de medios como analíticas, radiografías, ecografías, resonancias... muchas máquinas a las que se da más credibilidad que a la atención humana, muchas cifras y mediciones de órganos y líquidos que sustituyen a ese diálogo, a ese conocimiento de la persona en su totalidad.

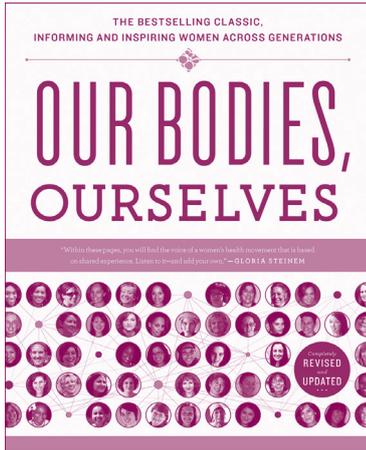
Los datos técnicos, como forma suprema de información, invalidan otros modos de conocimiento, como la palabra que nos transmite ese universo vivencial o de sentimientos, que nos acerca a lo que casi no puede expresarse, dolor profundo que, a veces, se manifiesta mejor en balbuceos o llantos; gestos que nos descubren mejor el sufrimiento de la persona. Nada es válido sin el adjetivo de científico. La ciencia es como un juez que mide, pesa, valora e implacablemente dicta lo que es digno de confianza o no. Pero lo invisible escapa a sus dominios. La salud, además de parámetros físicos, depende de esas energías psíquicas y emocionales a las que no se alcanza con la cifra, con la máquina. La serotonina puede variar, pero ¿por qué ha bajado la serotonina? Lo visible y lo invisible, en ese juego se contiene lo más humano, el enigma último, difícil de descifrar, que como el tesoro oculto no se desvela, sino que se revela si sabemos mantener la atención y la espera. Y, como decía *el Principito*, "lo esencial es invisible a los ojos".

La palabra, el logos de los griegos, es camino para llegar a entender lo invisible, los miedos y los afectos. Y en ese camino de la relación por la palabra, la atención y el cuidado vamos conociendo a la persona y ella se va autoconociendo. Y ahí está la medicina amable, en esa cercanía, en esa colaboración de a dos, en un proceso de descubrimiento y búsqueda del bálsamo propio, lo único que está necesitando ese organismo, esa persona. Y ocupando un lugar secundario, aunque importante, los estudios y pruebas complementarias. No somos mayoría las profesionales que estamos en este empeño y sabemos que no es un camino fácil. Decía Spinoza que "todo lo excelso es tan difícil como raro". Lo excelso hay que desearlo intensamente, trabajarlo con persistencia y tener una confianza infinita en nuestra experiencia, que con razón, dicen, es la madre de la ciencia. Ojalá al final del camino podamos decir, como Hahnemann, que no hemos vivido en vano.



Judy Norsigian

www.ourbodiesourselves.org



última revisión, 2011

GRANDES CAMBIOS EN nuestros cuerpos nuestras vidas (OBOS)

Tras casi medio siglo de activismo y educación en el ámbito de la salud y la sexualidad de las mujeres, el Colectivo de Boston, autoras de *Our Bodies Ourselves*, OBOS (traducido en caste-

llano como *Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas*), ha iniciado un proceso de transición hacia un tipo de organización basada casi exclusivamente en el trabajo voluntario. La cantidad mínima de personal remunerado que conservemos estará centrada únicamente en el trabajo de promoción y de apoyo a grupos de mujeres que intenten producir sus propios materiales traduciendo y adaptando los de nuestro libro.

Por ser una de las fundadoras y profundamente comprometida con asegurar que el legado de OBOS continúe, he decidido unirme a la junta directiva y asumir el cargo de Presidenta a partir de junio de 2018.

No era esto lo que pensaba que estaría haciendo en este momento de mi vida. Hace algunos años que renuncié como directora ejecutiva de OBOS para involucrarme más en los esfuerzos por el cambio climático y para intensificar mi participación en la Asociación Internacional de Mujeres Armenias (AIWA) que ha apoyado muchos buenos proyectos que promueven el progreso, la salud y el bienestar de las mujeres en Armenia (incluida la traducción y adaptación de nuestro libro al armenio), pero estoy contenta con la decisión.

Junto con otras cofundadoras de OBOS, espero encontrar maneras de preservar el legado del Colectivo y de apoyar a otros grupos que buscan hacer este tipo de trabajo sin la influencia de intereses comerciales inapropiados.

Especialmente ahora que el gobierno de EE. UU. ha lanzado tantos ataques graves contra la salud y el bienestar de las mujeres, es fundamental que la voz de OBOS continúe siendo

escuchada, junto con la de otros grupos de activistas afines como el National Women's Health Network, el National Center for Health Research, SisterSong, el Black Women's Health Imperative, el Center for Genetics and Society, National Advocates for Pregnant Women, y Breast Cancer Action.

Los problemas crónicos de recaudación de fondos nos han llevado a la decisión de convertirnos de nuevo en una organización voluntaria, como en nuestros orígenes, en que muchas colegas y voluntarias donaron su tiempo a OBOS mientras preparábamos las diferentes ediciones del libro *Our Bodies Ourselves* y las versiones en los distintos países e idiomas.

Uno de los proyectos recientes de OBOS, *Subrogacy 360* (www.subrogacy360.org) será gestionado en adelante por nuestro grupo más cercano, el Centro de Genética y Sociedad en Berkeley, California. Y, gracias a una subvención renovada del Common Benefits Litigation Trust, OBOS continuará su trabajo de difusión de "ABSOLUTELY SAFE", un documental sobre la seguridad de los implantes mamarios, la regulación de la FDA de los dispositivos médicos y los mensajes culturales sobre lo que constituye "la belleza". He disfrutado mucho viajando con la directora del documental, Carol Ciancutti y espero seguir acompañándola a visitar muchos campus universitarios el año que viene para difundir la información y fomentar las conversaciones sobre este importante tema.

Una meta personal que tengo es ver que se distribuyan varios miles de copias más de *Our Bodies Ourselves* a las mujeres actualmente en prisión. Y también me gustaría que el excelente capítulo sobre la violencia de género se distribuya como folleto independiente en los campus universitarios de todo el país.

En unos años, celebraremos el 50 aniversario de un libro extraordinario y de los muchos proyectos que inspiró en grupos de todo el mundo. ¡Esperamos estos eventos e invitamos a nuestras hermanas de todo el mundo a unirse a nosotras!



Leonor Taboada Spinardi
 Directora MyS
leonortaboada6@gmail.com

COLECTIVO DE BOSTON: y con eLLas Llegó La revolución



Norma y Judy son parte de la docena de mujeres que aparecen en esta la histórica foto. Ellas nos enseñaron que lo personal es político y visualizaron el poder de los gupos pequeños.

Entrevisto a Norma Swenson, co-fundadora del Colectivo de Boston y co-autora de *Ourbodies Ourselves*, con motivo de los cambios anunciados por la organización a los que se refiere el artículo de Judy Norsigian, colaboradora de nuestra revista, cambios que conmovieron a los millones de lectoras que lo han leído en alguno de los 31 idiomas en que se ha publicado el considerado algo así como "la biblia" sobre la salud y la sexualidad de las mujeres.

En 2011, la Revista Time reconoció al libro como uno de los mejores libros de no ficción publicados en inglés desde 1923. En 2012, una exposición de la Biblioteca del Congreso USA "destinada a provocar una conversación nacional sobre libros escritos por estadounidenses que han influido en nuestras vidas" citó "Nuestros cuerpos, nosotras vidas" como una de las 88 obras literarias más importantes en la historia del país en compañía de clásicos como "El Gran Gatsby", "Matar a un ruiseñor", "Por quién doblan las campanas" o "En el camino". Todo empezó cuando en 1969 un pequeño grupo de mujeres se reunieron en Boston en una conferencia sobre liberación de las mujeres para tratar cuestiones relacionadas con las mujeres y sus cuerpos, pero en seguida se dieron cuenta de lo poco que sabían sobre su salud, sexualidad o reproducción. Sus esfuerzos por conseguir información fueron vanos. Ni siquiera los médicos deseaban contestar cuestiones impor-

tantes para sus vidas, que iban desde la anatomía y la fisiología a la menstruación, la maternidad, la anticoncepción o la sexualidad, y menos sobre el aborto, por lo que decidieron intentar averiguarlo por si mismas, de biblioteca en biblioteca, leyendo todo lo escrito hasta entonces – en general escrito por ilustres varones a lo largo del tiempo pero, a la vez y sobre todo, compartiendo experiencias personales. Allí empezaron los llamados grupos de autoconciencia.

Siempre me ha impresionado el relato que les oí una vez, de cómo empezó todo. El libro que comentaban ponía: La menstruación es un acontecimiento normal en la vida las mujeres. Y una de ellas dijo: ¿Normal?... para a continuación relatar la sorpresa y el susto de su primer sangrado, para lo que no estaba advertida por nadie, puesto que el tema era casi un tabú entonces.

Pronto más y más mujeres se interesaron en el proceso de intercambiar su información y sus experiencias con otras, lo que las llevó a decidir publicar un relato colectivo primero en panfletos que corrieron como la pólvora llegando a venderse 250.000 ejemplares y , poco después, a recibir la llamada de Simon and Shuster, una de las editoriales más potentes del país.

Al principio el libro se llamó "Women and their Bodies" (Las Mujeres y sus cuerpos) y luego lo cambiaron por "Our Bodies, Ourselves" (que fue enseguida traducido al castellano para las mujeres Latinas en USA como *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*).

La venta de más de 4 millones de ejemplares permitió al grupo financiar nueve revisiones hasta 2011, tanto de información científica rigurosa y "no contaminada " como de nuevos temas, como la diversidad sexual (incluyendo una publicación sobre personas "trans") o las nuevas tecnologías reproductivas, profundizando siempre en su énfasis en la promoción de derechos de inmigrantes y personas de diversas razas y condiciones sociales en Estados Unidos y en el mundo. Y también permitió estimular y ayudar a grupos de mujeres en distintos países para realizar sus propias versiones.



Foto reciente del grupo

ENTREVISTA A
NORMA SWESON.
co-fundadora del
colectivo de Boston

Las mujeres tienen motivos para temer Los gestos impulsivos de Trump.

por Leonor Taboada Spinardi

Hace cuarenta y nueve años comenzasteis una revolución mundial. En España, como en el resto del mundo, vuestros libros han iluminado a las mujeres conectándolas con sus cuerpos y sus mentes, brindándoles información veraz, sin interferencia de intereses económicos, liberándolos de tabúes y prejuicios, introduciendo el género en la salud, creando conciencia y conocimiento. Ahora empieza una nueva era, una era diferente, con el anuncio de una transición desde un grupo con medios para sostener personal pagado hacia el voluntariado.

¿Cómo te sientes ante los cambios del Colectivo?

En este momento estamos implementando gradualmente los cambios que consideramos necesarios para reorganizar nuestra estructura y nuestros programas. Estoy muy contenta de que estemos haciendo este tipo de cambios ahora, pero pasará algún tiempo antes de que sepamos cómo funcionarán en la práctica real.

¿Cómo planeas continuar tu activismo?

La mayoría de las coautoras fundadoras del Colectivo Our Bodies, Ourselves, como yo, también hemos estado realizando a lo largo de los años otro tipo de trabajos fuera de la organización que comenzamos. En mi caso, esto supuso un regreso a la academia, primero como estudiante y luego como profesora, en Harvard y en el MIT, donde ayudé a presentar a los estudiantes los conceptos feministas de la salud de las mujeres y a fomentar el activismo a favor del movimiento de salud de la mujer.



Recientemente, muchas de nosotras, como fundadoras del Colectivo, hemos sido convocadas para hablar y participar en el creciente activismo que nos rodea. Como directora de la Iniciativa de Salud Latina de OBOS, actualmente mantengo un estrecho contacto con grupos feministas sin ánimo de lucro que aún se ocupan de la crisis humanitaria y política en Puerto Rico después del huracán

María, y hago un seguimiento de la situación de las mujeres latinas en muchos otros países y comunidades que viven entre nosotras. Documentar tanto el legado del Movimiento Mundial de la Salud de las Mujeres como el legado de OBOS será un foco principal de mi activismo y atención en el porvenir. También espero poder seguir apoyando a los grupos de mujeres que en otras partes del mundo desean diseminar conocimientos y crear centros de aprendizaje y activismo en torno a las mujeres y los problemas de salud. Como siempre lo he hecho, continuaré apoyando iniciativas de justicia social cada vez que surjan.

¿Cómo afecta el gobierno de Trump los derechos de las mujeres, sus vidas y su salud?

Como lo han demostrado las noticias del mundo, la Administración Trump ha seguido intensificando la Guerra contra las Mujeres iniciada por los Republicanos durante la Administración del Presidente Obama.

Por ejemplo, la necesidad de obtener abortos seguros y legales para todas las mujeres, pese al activismo de grupos como SASS y múltiples Ong's, se está reduciendo. Los compromisos de aportar recursos de salud tanto aquí como en el extranjero probablemente también se verán disminuidos porque Trump ahora controla el Congreso republicano. Puesto que las mujeres son la inmensa mayoría de los usuarios del sistema de salud en todo el mundo, es probable que continúen las reducciones en la ayuda exterior de los Estados Unidos [incluida la salud]. Los recortes de presupuestos en los programas de alimentación y nutrición para las mujeres pobres y sus hijos dejan esto en claro: tragedias recientes, como la separación de niños de sus padres en la frontera con Estados Unidos, muestran claramente que el presidente Trump no duda en infligir castigos crueles e inusuales a inocentes mujeres y niños si él cree que pueden traerle alguna ventaja política o financiera. Ya tenemos evidencia de que el racismo aumenta el riesgo de que acciones como estas vuelvan a ocurrir. Todas las mujeres tienen motivos para temer sus gestos impulsivos.

¿El feminismo tiene un papel importante en la sociedad estadounidense para promover un cambio en el mapa político de los Estados Unidos pronto?

Creo que el feminismo, como se entiende generalmente, tiene un papel abierto y otro encubierto en la política estadounidense. La capacidad de cambiar los mapas políticos es un tema muy serio aquí, ya que la mayoría de los mapas son trazados por los partidos políticos a nivel estatal. [Este asunto será decidido pronto por la Corte Suprema de los Estados Unidos.] A pesar del número récord de mujeres que ahora se postulan para un cargo público, un número significativo de estas mujeres no son feministas. Los resultados generales no serán definitivos hasta las elecciones de noviembre de 2018.

¿Qué es lo más positivo que nos puedes decir en este momento?

Está claro claro que hay que convertirse en activistas políticas, movilizar y organizar a otras; la política ya no se puede ver como algo que otros hacen, sino algo que las mujeres deben hacer si se preocupan por su futuro, si quieren tener un trabajo significativo, si quieren tener hijos que puedan crecer y vivir en una sociedad segura y justa. Simplemente votar ya no es suficiente. Sabemos desde hace mucho tiempo que es esencial romper el aislamiento y hacer una causa común en solidaridad con otras mujeres.

La política ya no se puede ver como algo que otros hacen, sino algo que Las mujeres deben hacer si se preocupan por su futuro

AL CIERRE: IMPORTANTE

Justo antes de cerrar este número de la revista recibo un mensaje urgente de Norma.

“Acaba de anunciarse la noticia de la renuncia de Anthony Kennedy, Magistrado de la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos. Esto significa que de ahora en adelante las feministas y la gente progresista en general tendremos que trabajar más que nunca para mantener los derechos sobre el aborto, la igualdad de las mujeres y la inmigración. Las próximas elecciones tendrán más consecuencias de las que hemos podido imaginar. Los próximos meses serán cruciales y la solidaridad global será más importante que nunca.”

Según varios medios, “Un juez elegido por Trump muy probablemente crearía una sólida mayoría conservadora de cinco miembros que podría contener temas de inmigración, poner en peligro el derecho a abortos legales y ampliar los derechos en casos relativos a la tenencia y porte de armas”.

Según Univisión, “Aborto, derechos LGBT, inmigración: las repercusiones del retiro de Anthony Kennedy de la Corte Suprema”

Los avances más preciados durante el último medio siglo pueden estar amenazados ahora que no contarán con el ‘voto péndulo’ de Kennedy y se perfila una corte de sólida mayoría conservadora.





Carlos Llano Gómez

Estudiante de medicina y miembro de Farmacriticxs

Son las cinco de la tarde: ya estamos metidos de lleno en el atardecer. Esta vez hemos tenido suerte. Nos ha tocado ventana. Al mirar a través de ella se descubren cosas. Por ejemplo, que los tejados de los edificios también son distintos según el barrio. A estos concretamente se les notan los años. Asimétricos y descoloridos, algunos están, literalmente, cayéndose a pedazos y difícilmente sostienen las aparatosas antenas de televisión y las viejas chimeneas que rellenan el horizonte. Aguantar, en general, no es nada fácil. Especialmente si eres un tejado.

Llevamos en el hospital desde el lunes. Hoy es viernes, o lo que es lo mismo, fin de semana. Y, como en todas partes, el ambiente se nota distinto. La gente se quiere ir. Aunque probablemente no lo consigan, necesitan intentar olvidarse un par de días del trabajo. Los trabajadores de los hospitales, que no tienen superpoderes, aceleran la faena todo lo que pueden. Ya se sabe: los partos se disparan los viernes. Casualidades. El pasillo empieza a vaciarse. Aquí nos quedamos pringando los que vinimos ya pringados de casa.

En ocasiones uno empieza a examinar detenidamente la vida con la intención de encontrar alguna certeza a la que agarrarse. Busca y busca y, al final, como a nadie le gusta irse con las manos vacías, se sorprende sosteniendo unas cuantas obviedades. Una de ellas, es que no hay nada que permanezca igual para siempre. Por muy estable o robusto que algo parezca a primera vista, si uno se fija detenidamente, siempre descubre las marcas del tiempo. Las personas no son una excepción a este inexorable proceso. Mi abuela, que ahora descansa a mi izquierda entre tubos, vías, máscaras y goteros, está ya en la última etapa del viaje, perdón por la metáfora manida.

Amada Esther se está muriendo. Su cerebro lleva ya unos años en ello. La enfermedad de Alzheimer nos remueve los huesos a los que ya la conocemos. Hay una visión extendida sobre la enfermedad que es casi cómica: la mujer mayor que se olvida dónde ha dejado las llaves. La realidad es dolo-

Aguantar no es fácil si eres tejado*



rosamente diferente. Es un proceso de destrucción brutal y despiadado de la identidad. Todo lo que una persona hizo y fue en su vida se desvanece, sin, por el momento, freno ni paliación posible, ante la impotente mirada de los que sí recuerdan, y que en ocasiones casi preferirían no hacerlo. Mi abuela ha ido olvidándolo todo: hablar, reír, andar, controlar sus movimientos y esfínteres. Desde el lunes está ingresada en el hospital porque su cuerpo ha olvidado cómo tragar. O traducido al lenguaje médico: porque tiene una neumonía por broncoaspiración. Desde hace un año, todo lo que normalmente ingiere tiene que ser líquido y muy denso. Para conseguir eso necesitamos un polvo espesante que le receta el médico en un número fijo al mes. Hace tiempo que esa cantidad dejó de ser suficiente, y el sistema público se niega a financiar más. Unos ciento cincuenta euros por caja (lo que casi equivale a su pensión mensual) impiden que nosotros lo podamos adquirir por nuestra cuenta.

Para mi abuela, vivir supone la entrega completa de su hijo —mi padre—, la ayuda de sus nietos (y de la madre de estos —mi madre—) y la labor públicamente remunerada de dos mujeres. Decir que el trabajo comprometido y gratuito de los cuidados es sobre lo que se sostiene el sistema capitalista y que supone un freno (la última esperanza, en realidad) para su expansiva estructura injusta, devastadora e intrínsecamente antidemocrática no es ninguna novedad. Que se lo digan a las madres y a las abuelas.

El maratón del Alzheimer termina agotando a cualquiera. Son muchos años de sufrimiento que también sirven de entrenamiento. Y tiene algunas cosas positivas: el cuidado desinteresado y comprometido (radicalmente opuesto al egoísmo), es, a su vez, profundamente terapéutico. Enseña a valorar las cosas en otro nivel. Se aprende a rebajar expectativas y aclarar prioridades. Crea lazos y vínculos que nos sujetan, construyen

*Texto original en NoGracias. www.nogracias.eu/2018/04/09/aguantar-no-facil-tejado-carlos-llano-gomez/

lo común y nos devuelven a la vida. Puede parecer paradójico, pero el proceso de morir es también, en ese sentido, un proceso de re-vivir. También hay momentos agradables: mi padre ha rechazado varias propuestas de matrimonio de mi abuela. Debe ser su forma de agradecerle todo lo que hace por ella. Sin embargo, la cotidianidad es dolorosa: hoy ha emitido algunas palabras más que ayer, esta semana ha abierto más o menos los ojos que la anterior, mañana seguro que responderá a su nombre con más probabilidad que hoy... Mi abuela entiende lo que se le dice. Con la capacidad motora de emitir sonidos cada vez más reducida, es día a día más difícil conseguir respuestas verbales. Pese a ello, sus ojos dicen todo lo que sus gritos nocturnos no aciertan a convertir en palabras. Ella intenta comunicarse con la mirada (o eso queremos creer). Si algo queda claro es que está completamente justificada la obsesión de los poetas con este órgano. Sin duda.

Mientras escribía me he girado muchas veces para ver si seguía respirando. Se ha convertido ya en un hábito. Es terrible pensar que una de esas veces, ya no seguirá. Un par de médicos han propuesto abrirle un agujero para introducir directamente la comida en su estómago. Convertirla, sin base científica que lo sustente, en una especie de botella que rellenar de forma automatizada periódicamente. Seguir torturándola. Nos negamos. Mi abuela algún día cerrará los ojos para ya no volver a abrirlos. Ese solo será un momento más. No será el comienzo de la muerte, sino su final. Por mucho que lo intentamos, no conseguimos separar la muerte y la vida. Ambas empiezan y terminan en los mismos instantes. Al fin y al cabo, son dos puntos de vista desde los cuáles intentar dar explicación a una misma cosa: nosotros. Eso se me acaba de ocurrir, pero intuyo que no soy el primero que lo ha dicho o pensado. Ya está anocheciendo.

Escribir esto es difícil. Supone aceptar muchas cosas y reprimir, al menos temporalmente, otras. A pesar de todo, merece la pena. Es una obligación bucear en la memoria cuando aún está. Dejar constancia por los que la han perdido y por los que no son recordados. Vivir para contarla, en definitiva. Por las personas que han conseguido con su esfuerzo que yo pueda estar aquí sentado con el ordenador. Por mi abuela y por mi otra abuela, Josefa, que por culpa de la misma enfermedad no pudo terminar toda una vida de esfuerzo, sacrificio y amor con dignidad. También, ya que estoy, para que todos, independientemente del dinero que tengan y del tejado (o, en demasiadas ocasiones, ausencia de él) bajo el cual hayan nacido, puedan recibir los cuidados que merecen en los momentos de mayor debilidad. Reivindicaciones al aire. Es fácil compartirlas y muy difícil dar pasos para hacerlas reales.

Ya termino.

Me giro una vez más. Esther sigue respirando: tiene los ojos completamente abiertos. El horizonte se funde en el negro de la noche.

Los tejados siguen ahí.

[y nosotros también]

¡¡¡BUENAS NOTICIAS!!!



Carme Valls Llobet

Acostumbradas a denunciar discriminación, invisibilidad, olvidos o prohibiciones (como la de no permitir amamantar a las médicas en los Congresos de Pediatría, donde, al parecer, no pueden entrar los bebés pero sí los laboratorios farmacéuticos para hacer negocio), creo que deberíamos poner el dedo también en las señales de recuperación de las llagas, de las úlceras y heridas del sistema sanitario y de las ciencias de la salud en general.

Una primera buena noticia, ha sido el anuncio por parte de la nueva ministra de Sanidad, Carmen Montón, (exconsejera de la Comunidad Valenciana que consiguió desprivatizar los servicios hospitalarios de Alzira), de la recuperación de la Sanidad Universal en España, abolida por decreto del anterior gobierno del PP, el cual excluyó de la sanidad pública a los emigrantes sin papeles, como si por el hecho de estar en situación de ilegalidad no fueran seres humanos necesitados de asistencia sanitaria. Seguro que Ernest Lluch pondría su media sonrisa, al saber que su Sanidad para toda la ciudadanía estaba recuperada.

Una segunda buena noticia, nos la ha dado la OMS, cuando ha comunicado que la transexualidad dejará de estar contenida en el apartado de las enfermedades mentales, y será incorporada al de los comportamientos sexuales, para que las personas transexuales puedan obtener ayuda sanitaria, cuando la necesiten, en igualdad de condiciones del resto de la población y, añadido, puedan ser atendidas teniendo en cuenta sus diferencias. Se ha modificado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya revisión ha tardado una década, y que no se había revisado desde hace 28 años. Ha costado pero la transexualidad ya no es, desde ahora, una enfermedad mental. Eso ya lo sabíamos, pero ahora es "oficial". Veremos si las asociaciones de psiquiatría piensan lo mismo.

Una tercera posible buena noticia o que deseo que llegue a serlo. ¿Va a revitalizarse el Observatorio de Salud de las Mujeres, que organizó la recordada Concha Colomer? Vamos a intentarlo.

A ver si podemos seguir sumando buenas noticias para ir curando llagas y cerrando heridas.



Ibone Olza

Profesora Asociada en la
Universidad de Alcalá
Directora del Instituto Europeo
de Salud Mental Perinatal
<https://saludmentalperinatal.es>

CONSIDERACIONES PARA QUIENES PIENSEN EN ALQUILAR un útero para gestar un bebé

Si quieres o consideras ser padre o madre por gestación subrogada, necesitas conocer esta información sobre algunos aspectos que reiteradamente omiten las agencias que promueven la subrogación y que tiene que ver con la salud del bebé, tu posible hijo-a. Permíteme explicarte brevemente algunos puntos importantes basados en la evidencia científica¹:

- **Lo que vivimos en el útero de nuestra madre afecta profundamente a nuestra salud** física y psíquica. Si durante el embarazo la madre sufre mucho estrés, está deprimida, consume tabaco, alcohol u otras sustancias tóxicas, el desarrollo del bebé se verá afectado de diferentes maneras². Igualmente, si la madre no desarrolla un vínculo con el bebé desde la gestación, se cuidará peor, y el bebé padecerá las consecuencias de esa falta de vínculo y amor^{3,4}. Los que defienden la gestación subrogada dicen que las gestantes no se vinculan con los bebés durante el embarazo, lo afirman como si fuera algo bueno, cuando en realidad eso es un drama para el bebé en el útero (¡Incluso ofrecen asistencia psicológica para lograr que la madre gestante no se vincule con el bebé!). Si la madre no se vincula, si no siente al bebé como su hijo, **el bebé lo percibirá y se sentirá poco o nada querido** durante el embarazo: esto afectará a su desarrollo y puede marcar el desarrollo de su personalidad. Los obstetras y matronas que atienden a las embarazadas se preocupan mucho cuando una embarazada no se siente conectada con su bebé: saben que eso es una señal de alerta de posibles problemas serios y complicaciones del embarazo.
- La psicología prenatal lleva más de cien años investigando la huella que deja la vida uterina en todo ser humano. Hay muchos testimonios e investigaciones al respecto: **los bebés que no se sintieron queridos durante el embarazo a menudo han sufrido las consecuencias** de esa falta de cariño hasta la edad adulta. Otto Rank, Nandor Fodor, Francis Mott, Donald Winnicott, Stanislav Groff, Lloyd de Mause, Alesandra Piontelli, David Chamberlain y muchos más lo han investigado a fondo. El psiquiatra Thomas Verny afirma que el período prenatal es el más importante de toda nuestra vida. Los que afirman que a tu

futuro hijo o hija no le va a marcar lo que viva en el útero, te están mintiendo. Afortunadamente, la probabilidad de que la gestante no se vincule con el bebé es muy baja.

- El embarazo conlleva una transformación biológica muy potente y en cierto sentido irreversible. El cerebro de la embarazada cambia definitivamente para favorecer que pueda cuidar a su bebé⁵. Hay un intercambio de células, sustancias e información continuo entre la gestante y el bebé en el útero. Incluso si el óvulo no es de la mujer que gesta al bebé, **la embarazada puede interferir en la expresión genética del bebé**, haciendo que se expresen unos genes u otros por mecanismos de epigenética. Es decir, no es cierto que si el óvulo no es de la gestante no va a haber conexión genética entre la mujer embarazada y su bebé. (Por cierto, el embarazo con ovodonación conlleva un mayor riesgo de algunas complicaciones obstétricas como la preeclampsia, que puede ser muy grave).
- Desde hace unas cuantas décadas también sabemos **que el nacimiento es muy importante para nuestra salud**. Nacer por cesárea programada, por parto inducido o prematuramente, aumenta el riesgo de tener complicaciones importantes a largo plazo, como obesidad, asma, TDAH, trastornos del aprendizaje, etc...⁶. Aunque en la subrogación es práctica habitual programar el parto para que los futuros padres y madres puedan estar presentes cuando se produce el nacimiento, lo cierto es que inducir o programar un parto o cesárea tiene muchos riesgos, tanto para la madre como para el bebé que va a nacer.
- **El bebé no sabe de dónde vienen el óvulo o el espermatozoide que le han dado la vida**, pero si sabe quién es su madre: la que lo ha gestado. El bebé no conoce otra madre y cuando nace sólo espera encontrarse con ella. Todos los recién nacidos llegan al mundo esperando ese encuentro y estar con su madre o cerca de ella la mayor parte del tiempo los primeros meses de vida.
- Para **todos los recién nacidos es altamente estresante ser separados de su madre nada más nacer**, por eso todas las recomendaciones actuales tanto de la OMS como de Unicef o las asociaciones médicas van en



la línea de promover el parto natural o respetado y sobre todo de no separar al recién nacido de su madre. Ese estrés de la separación es mayor cuanto más se prolongue la separación y además es neurotóxico, es decir, cuando al bebé le separan de su madre sufre, llora, y libera altas dosis de cortisol que pueden a su vez dañar su sistema nervioso.

- Es abrumadora la evidencia científica que **demuestra los beneficios de la lactancia materna**, especialmente los seis primeros meses de vida⁷.

La lactancia artificial desde el inicio de la vida multiplica el riesgo de padecer alergias, asma, diabetes tipo I, infecciones varias e incluso algunos tipos de cánceres infantiles.

Por todo ello, aunque las agencias que promocionan la subrogación lo nieguen y oculten, es importante saber **que el recién nacido por gestación subrogada está expuesto a toda una serie de factores que pueden condicionar seriamente su salud** física y mental a corto y largo plazo. Por el estrés que supone el embarazo para la madre, por la posible exposición a tóxicos, por la falta de vínculo prenatal, por el parto programado o inducido casi siempre antes de tiempo y sin causa médica, por el estrés de la separación de la madre, por su ausencia, y por la falta de lactancia materna. No va a ser sencillo criar a ese bebé, aunque algunas **de las consecuencias de todo lo sucedido en el embarazo y parto pueden aparecer años más tarde**.

El bebé gestado por subrogación no conoce otra madre que la mujer que le ha gestado. Incluso si el óvulo proviene de una ovodonación, él o ella no sabe eso. Ser separado de su madre nada más nacer, y casi no volver a verla, equivale a que su madre muera en el parto. Es decir, son **bebés que nada más nacer tienen que afrontar la muerte metafórica de su madre**, por así decirlo. Imagina por un instante lo que tiene que ser perder a la madre en el parto, así podrás hacerte una idea de la suma de pérdidas que conlleva la gestación subrogada. Incluso si otros madres

o padres que lo han sido por esta vía te dicen que sus hij@s están perfectamente, eso no asegura que no vayan a tener serios problemas de salud en etapas más tardías de la vida como consecuencia de lo vivido en la etapa pre y perinatal. Hay muchos otros argumentos para posicionarse en contra de la subrogación, como la explotación que conlleva para las gestantes, pero en este caso me he centrado en lo que más suele preocupar a todos los futuros padres y madres: tener un bebé sano.

Por eso, si estás considerando ser madre o padre por gestación subrogada sólo puedo decirte que te informes bien y pedirte que no lo hagas. Hay otras maneras de ser madre o padre, y sobre todo, de cuidar.

Este texto se ha realizado dentro del proyecto de investigación, FILOSOFÍA DEL NACIMIENTO: REPENSAR EL ORIGEN DESDE LAS HUMANIDADES MÉDICAS (FILNAC), FI2016-77755-R, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Ministerio de Economía y Competitividad, 2016-19, (AEI/FEDER/UE).

BIBLIOGRAFÍA

- 1-World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO 2018.
- 2-Lewis AJ, Austin E, Knapp R, Vaiano T, Galbally M. Perinatal Maternal Mental Health, Fetal Programming and Child Development. Healthcare (Basel, Switzerland) 2015;3(4):1212-1227.
- 3-Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Dev 1991 Oct;62(5):891-905.
- 4-Claudia Patricia Roncallo, Manuel Sánchez de Miguel, Enrique Arranz Freijo. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana (Maternal-foetal bonding: implications for psychological development and proposal for early intervention). Escritos de Psicología 2015 Sep 1,;8(2):14-23.
- 5-Hoekzema E, Barba-Muller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, Garcia-Garcia D, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. Nat Neurosci 2017 Feb;20(2):287-296.
- 6-Peters LL, Thornton C, de Jonge A, Khashan A, Tracy M, Downe S, et al. The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. Birth 2018 Mar 25,.
- 7-Trivedi D. Cochrane Review Summary: Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Prim Health Care Res Dev 2018 Mar 25,;1-2.



Consuelo Catalá Pérez

Formó parte del comité de personas expertas para la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2010.
catalac@telefonica.net

SOBRE LA gestación por sustitución

Algunas cuestiones previas

Vaya por delante el agradecimiento a mis *compañeras de vida* del MyS por la oportunidad de expresarme, sin cuestionar mi feminismo, en este espacio "de libertad".

No provengo del campo del derecho ni de la filosofía, pero me ha sorprendido que uno de los puntos sobre el que se ha centrado el debate sobre la Gestación por Sustitución (GS) sea si el derecho a ser madre o ser padre está contemplado "en la norma", circunscribiendo el debate al ámbito jurídico. Una cuestión interesante y a tener en cuenta pero que, si se generaliza como argumento, abre una vía peligrosa porque en pleno siglo XXI ni la anticoncepción, ni el aborto voluntario, etc... gozan únicamente de la categoría de derecho autónomo, sino que incardinan y se desarrollan en el marco de otros derechos (salud, libertad, vida familiar...).

Por ello, a lo largo de estas líneas voy a seguir utilizando los términos en el sentido amplio, que habitualmente he usado cuando me he referido a los derechos sexuales y reproductivos. Es cierto que los deseos no son Derechos, pero la lucha de las personas para que sus deseos, sueños y anhelos se hagan realidad, es lo que va constituyendo los Derechos.

Las mujeres poseemos el poder de La reproducción de La especie

El poder de las mujeres para reproducir la especie es el eje sobre el que pivota el mandato patriarcal por excelencia y su construcción social. Por ello, la aparición de la anticoncepción hormonal como método científico y fiable para separar sexualidad de reproducción supuso un antes y un después en la vida de las mujeres (y también de los hombres). Un avance científico en el campo de la reproducción que significó el inicio de la lucha por los derechos sexuales y reproductivos, despenalizados en nuestro país en 1978 y cuyo reconocimiento explícito en el ámbito político y democrático no se inició hasta el año 1994 (Conferencia de El Cairo).

La libre decisión de la mujer en torno a su capacidad reproductiva es lo que diferencia a la anticoncepción, -por extensión al resto de las prestaciones ligadas a los derechos sexuales y reproductivos (Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); Ligadura de

trompas /Vasectomía...)-, de otras formas coercitivas y de control demográfico.

La anticoncepción también implicó redefinir la maternidad, introduciendo, por parte de la mujer y/o la pareja, la decisión consciente de querer tener descendencia en el marco de un proyecto vital, y en términos más allá del proceso biológico de la reproducción y más cerca del deseo y del amor, de la co-responsabilidad y el compromiso.

En España, para garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo, se promulgó la Ley Orgánica 2/2010, actualmente en vigor y cuyas prestaciones forman parte de la cartera de servicios del sistema nacional de salud. En el art. 3.3 "se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida". El avance real de poder separar la reproducción de la sexualidad y de la maternidad, tuvo también su influencia en la aceptación "social" de la adopción como vivencia de parentalidad/parentalidad, iniciándose, sobre todo a partir de los años 80 en nuestro país, un aumento significativo de las adopciones, especialmente las internacionales. La adopción supone la primera modalidad de separación entre gestación y maternidad-crianza.

Las nuevas tecnologías de reproducción asistida

Cuarenta años después del nacimiento de Louise Brown (1978), el avance de las Técnicas de Reproducción Humana



Asistida (TRHA) y su práctica se ha generalizado exponencialmente, estando la medicina en condiciones de resolver la demanda de casos que posibiliten la gestación para mujeres y/o parejas con problemas de esterilidad, mujeres solas, parejas con opciones sexuales no coitales, incluyendo a varones. Y ello se ha reflejado a nivel médico, social y legal.

España, de entre los países de nuestro entorno cultural y geográfico, fue uno de los primeros en legislar sobre esta materia estando en vigor, en la actualidad, la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA). En su art. 10, dedicado íntegramente a la Gestación por Sustitución, indica que los contratos de GS serán nulos de pleno derecho, así como que la filiación de los hijos nacidos mediante GS será determinada por el parto.

En la actualidad, existen 491 centros autorizados para realizar TRHA, de los cuales el 69% son privados (340) y el 31% públicos (151)¹. En 2015, del total de nacimientos ocurridos en nuestro país (420.290), el 8,6 % nacieron mediante TRAH (36.318).

España ocupa el primer lugar en tratamientos de Reproducción Humana Asistida de Europa y el 3^a del mundo detrás de Japón y EEUU². El 40% de las donaciones de óvulos de Europa se producen en España y según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), nuestro país lidera tanto la donación como la fecundación con óvulos de donante.

gestación por sustitución

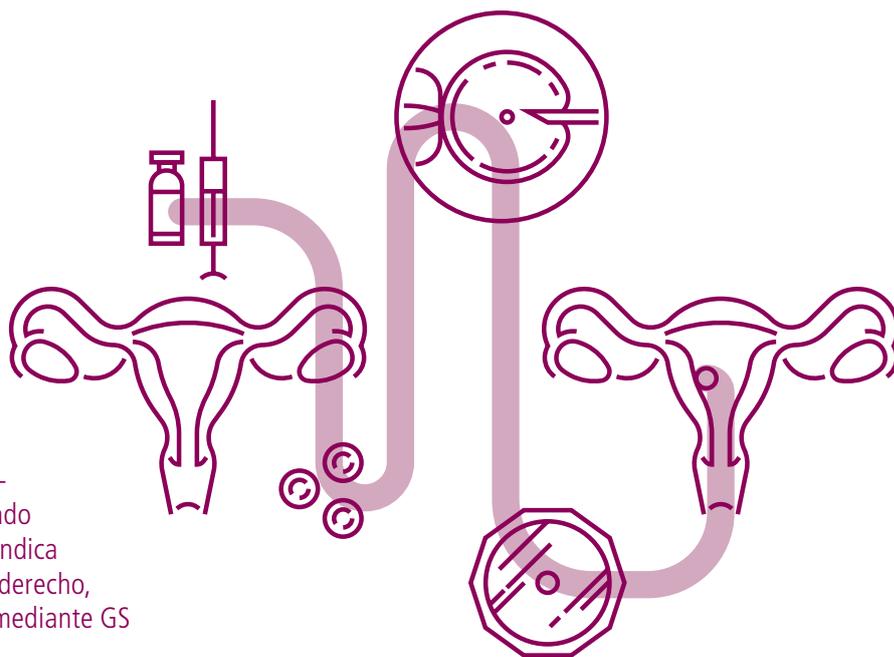
La GS está legalizada en numerosos países, siendo el caso más destacable Inglaterra, cuya legislación data de 1985, actualmente en proceso de revisión para adecuarla a nuevas técnicas y nuevas formas de familia (parejas homosexuales). El debate sobre la GS es muy amplio y solo voy a referirme a tres grandes cuestiones, en donde se concentran las distintas posiciones.

a) Libertad de decisión de la mujer gestante.

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad, y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, principalmente de aquellos que garantizan la integridad física y moral, y la intimidad personal y familiar.

La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos que las personas afrontan a lo largo de sus vidas; integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual.

Y también de cómo tenerlos, ya que antes de la aparición de las TRHA y de la Gestación por Sustitución, ante dificultades



reproductivas, la modalidad empleada para tener hijos, por parte de la madre y/o padres de intención, era la adopción; y más tardíamente, la adopción internacional. De hecho, en la actualidad ambas modalidades conviven, y según el Informe de la ONU de marzo de 2018³, los últimos datos indican que el aumento de niños/as por GS va paralelo al descenso en las adopciones internacionales.

La libre decisión se puede cuestionar desde el ámbito filosófico y lo comparto, pero en el área de la salud sexual y reproductiva, se llame como se llame, debe significar que cuando una mujer decide sobre si quiere desarrollar su capacidad reproductiva o no, se debe respetar dicha decisión y el Estado garantizar que la lleve a cabo sin poner en peligro ni su vida ni su libertad.

Es evidente que las mujeres vulnerables y de países sin garantías democráticas están expuestas a ser nuevas esclavas sexuales, y ello debe obligarnos a defenderlas, denunciando dichas prácticas y prohibiendo y castigando a quienes acudan a ellas.

b) El periodo gestacional en la vida del bebé

El avance científico en conocimientos del periodo prenatal del bebé ha sido también espectacular. Se sabe que, durante la gestación, la mujer embarazada modifica en cierto modo la expresión genética del bebé a través de la actividad epigenética, aunque el óvulo gestado no sea suyo. Estamos ante la creación de una nueva criatura entre tres personas, dos mujeres y un hombre, en el caso de la GS.

Igual ocurre en la Terapia de Reemplazo Mitocondrial. Para evitar que algunas mujeres transmitan enfermedades mortales en las mitocondrias de su óvulo, se utiliza el óvulo de otra mujer con las mitocondrias sanas, y se le introduce el núcleo genético de la mujer afectada. Otra gestación entre tres, dos mujeres y un hombre. También es así en las FIV con óvulos de



donante o en las FIV con adopción de embriones. En todos estos casos intervienen dos mujeres y un hombre, y siempre las dos mujeres imprimen cambios genéticos en el futuro ser humano.

También podemos asegurar que el tipo de nacimiento influye en la salud que desarrolla una persona a lo largo de su vida. Las cesáreas programadas, la inducción del parto y otras prácticas médicas innecesarias tan extendidas en muchos países, incluido el nuestro, se han demostrado que pueden afectar a largo plazo a la salud de los bebés.

El acceso a la información sobre los avances en salud perinatal y pautas saludables en torno al embarazo, parto y nacimiento debería ser obligado para las embarazadas y sus familias, incluidas las que acceden a las Técnicas FIV, adopción o Gestación por Sustitución (allí donde sea legal).

Las argumentaciones en torno a la no separación de la madre y del bebé para negar la GS tal como propone el Informe del Comité de Bioética de España⁴ deberían, en puridad, hacerse extensivas a las adopciones, porque se plantean desde las consecuencias de la salud para los bebés y no respecto a la filiación de los mismos.

La maternidad abarca el proceso de embarazo y parto, pero lo trasciende, y en ello tiene que ver la voluntad de criar y cuidar a los hijos/as. Una voluntad a la que renuncia la mujer gestante en el proceso de adopción y de GS, y que es asumida en coordenadas de amor y responsabilidad por la mujer y/o parejas adoptantes, incluidas las formadas solo por varones. Obviar la importancia, para la salud y el bienestar de las criaturas, de saberse queridas y cuidadas; y centrar ese bienestar exclusivamente en el proceso biológico de la reproducción, es volver a transmitir con nuevas formas el viejo mandato patriarcal de que las únicas madres son las mujeres que paren, y volver a cargar sobre ellas toda la responsabilidad de los cuidados y de la salud de sus hijos e hijas.

c) Algunas cuestiones de debate en torno a los niños/as nacidos por GS

Todo lo referente a los derechos de los bebés y de los niños tiene un valor añadido, en tanto estamos hablando de personas especialmente vulnerables. Y en el caso de la GS, existe el peligro de venta y tráfico de las y los menores.

El Informe de la Relatora Especial de la ONU³, dedica gran parte del mismo a analizar la situación de los menores nacidos mediante GS y el peligro de la venta de niños, siendo especialmente interesantes las Recomendaciones finales tanto a nivel nacional como internacional para garantizar el bien superior del menor y evitar dicha venta.

En relación al pago por GS, debemos reseñar que varias legislaciones solo reconocen la modalidad "altruista" que contempla para la mujer gestante *compensación económica resarcitoria*. Una compensación similar a la contemplada en el art. 5 de la Ley 14/2006 (respecto a la donación de óvulos, gametos y preembriones). Transacción económica que también se produce, sin que la reciba la mujer gestante, en la adopción internacional⁵.

Otro tema, en relación al bien superior del menor, tiene que ver con el registro de éste como hijo/a de la pareja de intención al llegar a nuestro país. El criterio de que, dado que la GS está prohibida en nuestro país, se niegue su inscripción y el niño pase a ser tutelado por el Estado y pueda ser dado en adopción, como forma de desincentivar esta práctica, tal como apunta el Comité de Bioética, no fue entendido así por la Dirección General del Registro y el Notariado, en la Instrucción que dictó en octubre de 2010. En la actualidad la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil⁶ (que entró en vigor el 22 de julio de 2014) se muestra favorable al reconocimiento del derecho a la inscripción.

Asimismo, y respecto a la publicidad de la GS, prohibida en algunos países donde está legislada, resaltar que, en relación al cumplimiento del art. 5 de la Ley 14/2006 de no alentar la publicidad que incentive la ovo-donación, estamos asistiendo a campañas masivas de publicidad entre las universitarias españolas, con precios que oscilan entre los 800 y 1000 euros. Reseñar, por último, que el Tribunal Supremo ha reconocido en dos sentencias (881/2016 y 953/2016)⁷ la maternidad por subrogación o sustitución como situación protegida a los fines de la prestación por maternidad, adopción o acogimiento, fundamentando las sentencias *en la interpretación integradora de las normas aplicadas contempladas a la luz de la sentencia del TEDH de 26 de junio de 2014, en la aplicación que efectúa del artículo 8 del Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, que invoca el interés superior del menor cuyo respeto ha de guiar cualquier decisión que les afecte, de los artículos 14 y 39.2 de la Constitución*, entendiéndose que dichas prestaciones, la de

maternidad y paternidad, redundan en el interés del menor, puesto que gracias a ella se facilita, entre otras cosas, el mejor cuidado de los niños en sus primeros meses de vida y el afianzamiento de los vínculos físicos y afectivos entre padres e hijos.

Finalmente

Aunque no hay cifras oficiales que lo corroboren, se contempla que hay alrededor de 800 a 1000 criaturas nacidas por GS, anualmente, en España. A su vez, los datos del Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad⁸, reflejan una caída del 80% en los últimos años de menores adoptados en el extranjero, pasando de 2.891 (año 2010) a 567 (año 2016). Unos datos coincidentes con la situación en general de otros países y que en el propio Informe de la ONU se relaciona con incremento de la GS.

Es evidente que debemos garantizar los derechos de los menores nacidos por GS que viven en nuestro país, así como defender los derechos de las mujeres que dan a luz, evitando la venta y tráfico de bebés, así como otras prácticas esclavistas sobre las mujeres.

Pero tan importante como lo referido en el párrafo anterior es defender la libre elección de las mujeres sobre su capacidad reproductiva. Seguimos siendo las únicas que tenemos el poder de reproducción de la especie y por ello el control sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas sigue siendo vital para la supervivencia del patriarcado. Y más en un mundo como el actual, en el que la destrucción medioambiental, junto con prácticas nocivas para la salud pública, están afectando gravemente la fertilidad de mujeres y hombres.

Debemos articular un debate serio y riguroso sobre la GS en aras a defender los derechos de las mujeres y de los menores; ya existen legislaciones en países de nuestro entorno que nos ofrecen suficientes ejemplos que analizar. Dada la importancia del tema, reclamo las mismas garantías de debate y reflexión que en su día tuvieron la prostitución, la violencia de género e incluso la interrupción voluntaria del embarazo. No podemos dejar en manos de las redes sociales, tertulias y artículos de opinión, el debate sobre la GS y en definitiva sobre la maternidad. Considero necesario que el Parlamento constituya una **Comisión Especial de Estudio sobre Maternidad y TRHA**, que analice, de forma integral, el funcionamiento y evaluación de las actuales normas, incluida la relativa a la adopción internacional, entendiendo finalmente, que la existencia de la Comisión paralizaría cualquier iniciativa legislativa en torno a la GS.



BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida [Internet]. Cnrha.msssi.gob.es. [consultado 10 May 2018]. Disponible en: www.cnrha.msssi.gob.es/registros/centros/home.htm
2. Iborra D. Sefertilidad.net. 2017 [consultado 11 May 2018]. Disponible en: www.sefertilidad.net/docs/noticias/notaPrensa.pdf
3. Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños (A/HRC/37/60)
4. Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada [Internet]. 2017
5. Relación de ECAIS que han solicitado autorización de funcionamiento en el Reg. de Centros, estado actual de su tramitación y precios 2.104 Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia.; 2014.
6. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-12628>
7. El Tribunal Supremo, unifica doctrina en relación con la baja maternal de padres por gestación subrogada - Ineste [Internet]. Ineste. 2017 [consultado 11 May 2018]. Disponible en: <http://ineste.com/el-tribunal-supremo-unifica-doctrina-en-relacion-con-la-baja-maternal-de-padres-por-gestacion-subrogada/>
8. BOLETIN MATERNIDAD SUBROGADA [Internet]. Jueces y jueces para la democracia. 2018 [consultado 10 May 2018]. Disponible en: www.juecesdemocracia.es/wp-content/uploads/2018/04/Boletin-Maternidad-Subrogada.pdf

extracto de La:

Declaración conjunta 2018 de Las víctimas de Las vacunas contra el VPH

Japón, 26 de abril de 2018

En nombre de las víctimas afectadas por la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en el Reino Unido, España, Irlanda, Colombia y Japón, el 24 de marzo de 2018 se celebró en Tokio el simposio internacional **“Estado actual del daño causado en todo el mundo por la vacuna contra el VPH”**.

La reunión se convocó para clarificar el estado real de este daño y investigar formas de aliviar los síntomas y promover la recuperación de las víctimas.

Una de las principales características clínicas de los eventos adversos notificados después de la vacunación contra el VPH, es la diversidad de síntomas y el desarrollo de los mismos de forma solapada durante un período prolongado. Los efectos adversos incluyen síntomas multisistémicos complejos, como:

- Dolor sistémico, incluyendo dolor de cabeza, mialgia y artralgia
- Disfunción motora como parálisis, debilidad muscular, movimientos involuntarios y convulsiones
- Entumecimiento y alteración sensorial
- Síntomas autonómicos, que incluyen mareos, hipotensión, taquicardia y diarrea
- Disfunción respiratoria
- Trastornos endocrinos como alteraciones menstruales e hipermenorrea
- Hipersensibilidad a la luz y al sonido
- Síntomas psicológicos como ansiedad, alucinaciones y tendencias suicidas
- Trastornos del sueño, incluyendo hipersomnia y narcolepsia

Las características clínicas de estos efectos adversos son comunes a las víctimas de los cinco países participantes y también muy similares a las de víctimas de otros países.

El número de efectos adversos notificados por la vacuna del VPH en cada país es abrumadoramente más alto que el de otras vacunas. Sin embargo, las autoridades sanitarias nacionales y los profesionales sanitarios continúan negando

cualquier relación causal entre la vacuna del VPH y los eventos adversos. Su enfoque epidemiológico no está diseñado adecuadamente para detectar las señales del daño de la vacuna del VPH, que se caracteriza por diversos síntomas solapados durante un largo período de tiempo.

Quizás aún más sorprendente, y profundamente inquietante, es el maltrato social sufrido por las víctimas. Tanto las Autoridades Sanitarias como los profesionales sanitarios de todos los países participantes niegan cualquier relación causal con la vacuna y consideran que los efectos adversos postvacunación son bien de naturaleza psicógena o una forma de discapacidad funcional o trastornos de simulación. Como consecuencia, las víctimas de la vacuna del VPH deben soportar no solo el sufrimiento físico sino también angustia emocional, al ser frecuentemente abandonadas sin poder recurrir a un tratamiento médico adecuado.

Además, pese a que las víctimas y sus padres dieron su consentimiento para la vacunación del VPH confiando en las autoridades sanitarias, ahora son acusados de ser un “grupo anti-vacunas”. Ante esta tragedia médica, que está ocurriendo ahora a escala mundial, apelamos a los medios para crear conciencia sobre las nefastas consecuencias de este crítico problema social y sanitario, e instamos a los gobiernos, a los fabricantes de vacunas y a los expertos en salud a:

- Llevar a cabo un estudio de seguimiento prolongado, por un tercero neutral, del estado de salud de todas las personas que han recibido la vacuna contra el VPH.
- Promover investigaciones para el desarrollo de terapias efectivas para el tratamiento de los efectos secundarios de esta vacuna.



- Proporcionar tratamiento y apoyo a las víctimas de la vacuna del VPH en sus actividades diarias, educación y empleo.
- Difundir información sobre TODOS los posibles efectos secundarios, mediante un folleto informativo para el paciente que se entregará a niñas, adolescentes y padres para que puedan tomar una decisión informada respecto a la vacunación contra el VPH.
- Cesar todas las campañas publicitarias que promueven la vacunación contra el VPH sin resaltar completamente los riesgos.
- Suspender la recomendación de la vacuna contra el VPH para la inmunización rutinaria, hasta que se establezca un sistema de seguridad que garantice la prevención de los efectos secundarios graves.
- Abstenerse de acciones que discriminen o calumnien a las víctimas de la vacuna contra el VPH.

Firmado:

Asociación Reconstruyendo Esperanza.
Asociación de víctimas de la vacuna del VPH en Colombia.

AAVP. Asociación de Afectadas por la Vacuna del VPH en España.

AHVID (UK Association of HPV Vaccine Injured Daughters)

REGRET (Reactions and Effects of Gardasil Resulting in Extreme Trauma, in Ireland)

National Network of Cervical Cancer Vaccine Victims in Japan

National Plaintiffs Association for the HPV Vaccines Lawsuits in Japan

Ver declaración completa en: <https://asociacion.aavp.es/index.php/2-portada/115-declaracion-conjunta-2018-de-las-victimas-de-las-vacunas-contra-el-vph>

EL culebrón sueco



Margarita López Carrillo

Documentalista de salud y
activista antimedicalización
redcaps@pangea.org

I. Historia de una persecución

*"Algo grave está pasando cuando científicos que cuestionan la seguridad de la vacuna del papiloma tienen que publicar sus datos e hipótesis con pseudónimo"*¹

Así empieza la entrada de NoGracias del 18 de mayo. Hace referencia al culebrón en que se ha convertido la publicación primero y rechazo después (tras un periplo digno de una novela de Le Carré) de un artículo que plantea, partiendo de datos epidemiológicos publicados, la posibilidad creíble de que la vacuna contra virus del papiloma (Gardasil) podría estar provocando, paradójicamente, un aumento del cáncer que pretende prevenir.

1- La historia empieza el 30 de abril de este año. La revista *The Indian Journal Medical Ethic*, una publicación científica de prestigio, incluida en el *Index Medicus*, publicó un artículo con el explícito título de "Aumento de la incidencia de cáncer de cuello uterino en Suecia: posible relación con la vacunación contra el VPH"², firmado por un investigador del Instituto Karolinska (Estocolmo) llamado Lars Andersson (como si dijéramos, Pepe López, ya que tanto el nombre como el apellido son muy comunes en Suecia).

2- En el segundo acto, 15 de mayo, el Director del Instituto Karolinska, Ole Petter Otterson publica en su blog una entrada titulada "Engaño, desconfianza y falta de respeto"³ en la que niega enérgicamente que Lars Andersson sea miembro de su institución, y carga contra el autor "enmascarado" y contra la publicación (el IJME) que ha dado cobijo a su artículo sin comprobar sus credenciales. Expresa prolijamente su repulsa ante el engaño y detalla los enormes perjuicios para la investigación y el prestigio de las publicaciones si, como es evidente, hay revistas donde cualquiera puede publicar bajo pseudónimo. Sin embargo, en ningún momento, durante ese despliegue de santa indignación, hace referencia al contenido del artículo. Esta omisión es interesante en sí misma ya que, de haber podido, a buen seguro hubiera aprovechado esa munición para intensificar el ataque.

3- La razón de esta omisión se entiende al leer la respuesta del IJME del 19 de mayo (publicada en el mismo blog⁴), donde su editor, Amar Jesani, dice:

"El IJME ha decidido no retractarse de dicho documento. El documento usa datos de acceso público y utiliza un análisis muy simple que podría ser realizado por cualquiera".

Comenta con ironía que el engaño del autor no es nuevo ya que lleva años publicando con ese nombre y esa filiación, y el

Karolinska no había dicho ni mu. Y añade un tanto amenazador (en plan "¿nos hacemos daño o no nos hacemos daño"): *"Por cierto, el KI no es inmune a los escándalos de ética; no necesitamos traerlos aquí."*

Termina su carta con estas razonables palabras:

"Por último, la forma correcta de preguntarnos es analizar si en el presente la medicina y la ciencia están tratando la vacuna como vaca sagrada y creando un complejo de miedo tal que, incluso aquellos que apoyan la vacuna y la vacunación pero al mismo tiempo quieren realizar un pensamiento científico crítico, tengan miedo de salir en abierto."

4- La respuesta a esta carta de Otterson, en la misma entrada del blog, insiste en rasgarse las vestiduras sobre lo insoportable del engaño y sigue, significativamente, sin hacer la menor mención del artículo en sí.

5- El siguiente y último episodio del culebrón llega el 26 de mayo, cuando el IJME, imagino que tras sufrir unas presiones del lobby farmacéutico de a kilo (en su nota las llama "valiosos consejos"), emite una nota final⁵ anunciando que retira el artículo por haber llegado a la conclusión de que el engaño del autor sobre su nombre era, después de todo, algo demasiado grave.

Epílogo- A pesar de este acto de sumisión, la revista no renuncia a dejar constancia de lo acontecido, aportando en la nota una información inquietante:

"...el autor nos informó que había usado un pseudónimo además de una afiliación falsa. Luego dio a conocer su identidad al editor de IJME con la promesa de una estricta confidencialidad. Al verificar su identidad, el editor confirmó que (a) el autor tenía las calificaciones, experiencia y experiencia de investigación necesarias sobre el tema del artículo; y (b) el autor había sufrido una amenaza creíble de daño, por lo que era necesario no ser nombrado públicamente."

Y en un último acto de rebeldía y amor propio, supongo, incluye el enlace al artículo en pdf justo debajo. Aunque el texto lleva sobreimpreso el letrero "retracted" en todas sus páginas, se lee perfectamente, de modo que cualquiera que lo busque en internet lo va a poder encontrar y, tras leer la nota que



explica todo el proceso, seguro que va a sentir mucho interés (y morbo) y va a inclinarse por dar credibilidad al contenido del artículo por muy "retracted" que esté, o precisamente por eso.

II EL cuerpo del delito (el artículo)²

He aquí la exposición comprimida del artículo de Lars Andersson, pero recomiendo la lectura del artículo completo.

Básicamente **los hechos** de partida son:

- 1- "El Centro para la Prevención del Cáncer Cervicouterino de Suecia ha observado en su informe anual un aumento sustancial en la incidencia de cáncer invasivo de cuello uterino, durante los años 2014 y 2015".
- 2- Este aumento se dio en la franja de edad de 20 a 49 años, mientras en la de >50, que es la de incidencia habitual de este cáncer, no se observó aumento.
- 3- En los ensayos clínicos remitidos a la FDA para aprobación de comercialización ya se vio que en las mujeres expuestas al virus antes de ser vacunadas "hubo un aumento en los cambios celulares premalignos en comparación con los controles con placebo".
- 4- "Existe relación temporal entre el inicio de la vacunación y el aumento de la incidencia de cáncer de cuello".

La discusión

Ante estos datos, y ante el hecho de que las autoridades sanitarias no saben a qué atribuirlos, el autor plantea que "Existe la posibilidad de que la vacuna actúe como facilitador en un proceso de cáncer en curso", y expone cómo puede ser el mecanismo de acción.

- Señala que los estudios previos demostraron que la vacuna era eficaz para prevenir las infecciones de VPH, tipos 16/18, sólo en personas que no estuvieron previamente expuestas a ellos (los llamado individuos ingenuos).
- Durante la revisión de Gardasil por la FDA, también se evaluó la eficacia de la vacuna en mujeres que sí hubieran estado expuestas. Este subgrupo mostró un mayor nivel de cambios premalignos de células (CIN 2/3) que el placebo. Lo que hizo que la FDA expresara su "preocupación". El autor reflexiona que puesto que, en su análisis de este grupo, la FDA incluyó solo casos con HPV 16/18, tal vez "Si se hubieran incluido en el análisis casos con oncogenes distintos de HPV 16/18, los datos podrían haber sido aún más desfavorables".
- Por otro lado, el autor plantea una cuestión sumamente inquietante:
"El VPH lo pueden contraer chicas no sexualmente activas. Puede transmitirse de madre a hijo, por contacto con

artículos infectados, por infección adquirida en el hospital, por vía sanguínea..."

Por tanto, ¿cómo saber si una niña que va a ser vacunada es un sujeto "ingenuo"? Es por esto que Andersson considera que "es posible que la vacuna haya facilitado el desarrollo de cánceres de cuello uterino nuevos o cánceres ya existente entre las mujeres que no eran ingenuas en el momento de la vacunación" y ni ellas ni nadie lo sabían.

- Además, a parte de las niñas vacunadas dentro del calendario vacunal, en toda Europa se está vacunando a demanda a mujeres adultas. De estas vacunaciones no hay datos, pero el autor cree que quizá el aumento tan significativo de los cánceres se deba, especialmente, a este grupo.

Termina el artículo con un llamamiento a estudiar a las mujeres ya infectadas para llegar a "estimar correctamente el beneficio-riesgo de esta vacuna".

Mi comentario:

Dejando a un lado la importancia de replantearse la vacunación contra el VPH por los motivos ya anteriormente expuestos en MyS, de este artículo y su peripecia lo que más me ha escandalizado es que la FDA (y las agencias vasallas: la EMA y las de cada país europeo), sabiendo que la vacunación de mujeres ya expuestas al virus es totalmente ineficaz para la prevención, y que puede ser incluso peligrosa, no haya hecho una gran campaña de información para profesionales y usuarias para que no se use la vacuna en este grupo de mujeres, y permanezca muda ante la propaganda del laboratorio y las presiones a los profesionales que, como Lars Andersson, intentan, como dice la nota del JIEM, llevar a cabo un análisis científico crítico.

REFERENCIAS

- 1- Juan Gervás. Vacuna del papiloma: posible relación con el incremento de cáncer de cuello de útero en mujeres vacunadas que han tenido infección previa.
<http://www.nogracias.eu/2018/05/18/vacuna-del-papiloma-posible-relacion-incremento-cancer-cuello-utero-mujeres-vacunadas-tenido-infeccion-previa-juan-gervas/>
- 2- Lars Andersson. Increased incidence of cervical cancer in Sweden: Possible link with HPV vaccination. Indian Journal of Medical Ethics Online First Published April 30, 2018.
<http://ijme.in/articles/increased-incidence-of-cervical-cancer-in-sweden-possible-link-with-hpv-vaccination/?galley=pdf>
- 3- Ole Petter Ottersen. Deception, distrust and disrespect. 14/05/2018
<http://blog.ki.se/rektor/deception-distrust-and-disrespect/>
- 4- Ole Petter Ottersen. Comments from Indian Journal of Medical Ethics on "Lars Andersson". 19/5/2018. "<http://blog.ki.se/rektor/comments-from-indian-journal-of-medical-ethics-on-lars-andersson/>
- 5- <http://ijme.in/articles/increased-incidence-of-cervical-cancer-in-sweden-possible-link-with-hpv-vaccination/?galley=html>

CÁNCER DE CÉRVIX: cribado sí, pero cómo y para qué



Carmen Mosquera Tenreiro

Médica epidemióloga

carmenmasturias@gmail.com

Comentario al plan del gobierno de la comunidad de Navarra de implementar, para 2020, un programa de cribado del cáncer de cérvix¹.

(Cribado: en medicina, estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. Wikipedia)

En primer lugar, es importante recordar la magnitud del problema de salud que nos ocupa: (a) el **Cáncer de cérvix** tiene una incidencia muy baja en nuestro país, es el tercer país europeo con la frecuencia más baja, siendo Europa el lugar del mundo con menores frecuencias; (b) tiene una evolución muy lenta (de 20 a 40 años) y no siempre progresa; (c) una vez diagnosticada la enfermedad (el cáncer) el tratamiento es muy efectivo y, por todo ello, la mortalidad es muy baja.

Sin conocer el programa de Navarra, ya que, de momento, no es más que un anuncio en rueda de prensa del **Director General de Salud**, en mi opinión, lo más llamativo y preocupante de la noticia es que no se trata sólo de ORDENAR ("carácter organizado y poblacional", dice la nota) la detección precoz (¡que no prevención!) del cáncer de cérvix con la citología periódica. Ordenamiento que consideramos muy necesario y que venimos reclamando desde hace décadas² pues, como bien sabemos, hay mujeres que se hacen citología/s cada año mientras otras no se han hecho una NUNCA (en Asturias el 58% de las mujeres de 65 años o más, según la encuesta de salud de 2002, y el 26%, según la de 2012), y es en estas mujeres precisamente, con menor nivel de estudios y de clase social baja, en las que se dan los tumores más avanzados y la mortalidad más alta por cáncer de cérvix. Pero no, me temo que el objetivo del nuevo protocolo vaya más allá de ordenar, tal como se declaró en la rueda de prensa, **"...incorporar la detección del virus del papiloma como prueba de cribado"**, y ésta es la amenaza que, creo, merece nuestra atención.

Tomando como ejemplo Navarra, estos serían algunos datos derivados de esa intervención:

- 191.000 mujeres entre 25-69 años sería la población diana.
- 156.000 de ellas, de 35-69 años, serían la población a la que se haría citología +detección del VPH (ya que, aunque la noticia no lo aclara, habla de "todas las mujeres en edad objetivo").

Pues bien, aunque sólo se hiciera a las de 35 y más años, con una prevalencia de infección estimada en población general de un 4%-7% (hay poblaciones de riesgo con prevalencias hasta del 40%) se diagnosticarían de 4.000 a 11.000 infecciones por VPH.

¿Qué se haría con ellas?

Sabemos que la mayor parte de todas las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente, produciendo inmunidad natural; pero un diagnóstico de infección VPH provocaría en la mujer una enorme ansiedad-yatrogenia, incrementaría la demanda-presión-gasto sobre el sistema sanitario y aumentaría la clientela hacia la medicina privada...

Se estima que sólo un exiguo 1-2% de las infecciones por VPH podrían derivar –como se ha dicho ya, en un período de 20 a 40 años- en un cáncer in situ o invasivo, el cual PUEDE Y DEBE ser detectado precozmente con la CITOLOGÍA; durante ese período de desarrollo del tumor se harían de 6 a 10 citologías (una cada tres o cinco años, según la edad de la mujer).

Todo ésto suscita algunas preguntas que considero necesario plantear:

- ¿Qué sentido tiene anticipar el diagnóstico de una infección, de un virus común circulante que no tiene tratamiento, con un alto grado de resolución natural y con una probabilidad de provocar un cáncer tan baja, cuando disponemos de una prueba de detección precoz -citología- sencilla, fiable y económica? La cual es necesario ordenar, sí, para que llegue equitativamente a todas las mujeres.
- ¿No sería más necesario, eficaz y equitativo-corresponsable dedicar esos dineros a PREVENIR realmente la infección VPH y otras ITS (que están en aumento), así como embarazos no planificados, con la promoción del preservativo gratuito?
- ¿A quién interesan-benefician esas propuestas cribatorias³, los modelos sanitarios intervencionistas que promueven y los patrones de masculinidad que esconden?

REFERENCIAS

1. Navarra implementará en 2020 el nuevo Programa Poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix. ConSalud.es, 30/01/2018. https://www.consalud.es/autonomias/navarra/navarra-implementara-un-programa-deteccion-precoz-de-cancer_46508_102.html
2. Carmen Mosquera Tenreiro. ¿Es la gestión sanitaria racionalizar y ordenar? Gac Sanit 2004; 18(Supl 3):11-148
3. Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández. Cribados: una propuesta de racionalización. Gac Sanit. 2013;27(4):372–373

DOSSIER: Las mil caras del dolor

Que a las mujeres nos duele el cuerpo más que a los hombres es algo que todas sabemos sin necesidad de que nos lo confirmen las estadísticas (que lo confirman). Pero por qué nos duele y qué se hace con ese dolor (y qué relación establecemos nosotras con él) es algo que sigue necesitando estudio, reflexión y diálogo, sobre todo, diálogo.

En 2002, para nuestro MyS número 10, hicimos un dossier de fibromialgia con el sugestivo título "Doctora me duele todo". Distintas compañeras de la Red-Caps, desde sus respectivas disciplinas, escribieron interesantísimos artículos sobre diversas formas de abordar/entender el dolor de las mujeres, ese dolor que, aunque parezca sólo corporal, involucra a todo el ser, a la mujer entera y su vida, "cuando duele la vida" que diría Victoria Burgos (MyS 43).

Ya entonces nos salió un dossier coral, poliédrico, donde cada aportación añadía una faceta al prisma, donde no se contraponían los planteamientos sino que se sumaban, fue un diálogo entre mujeres profesionales (mujeres que, además, eran profesionales), entre la medicina y otras miradas sobre la salud que nos permitió empezar a comprender "las mil caras del dolor de las mujeres", como hemos llamado a este nuevo dossier.

Volvemos pues al tema del dolor del cuerpo de las mujeres dieciséis años después para seguir dialogando. Las colaboradoras de este dossier nos aportan, desde su experiencia profesional (todas ellas estrechamente ligadas a la práctica directa con mujeres), sus descubrimientos, análisis y reflexiones: **Carme Valls y Mercè Botinas** actualizan todo lo surgido/aprendido en los últimos años sobre problemas orgánicos que producen dolor, **M José Hernández** nos desvela el peculiar comportamiento del cerebro respecto al dolor crónico, **Sara García** nos habla de cómo los mandatos socio/culturales de género condicionan la vivencia/negación del dolor en las mujeres, **Tere Gonzalo** explora la diferencia esencial entre dolor y sufrimiento en el parto, **Montse Catalan** se interroga sobre la razón oculta de que a las mujeres nos duela todo lo relacionado con la reproducción y **Pilar de la Cueva**, en fin, nos aporta la sorprendente evidencia de que la danza es el mejor analgésico, no sólo para el cuerpo, también para el alma.

De modo que este dossier es un diálogo que continúa el comenzado en 2002 (cuya lectura recomiendo vivamente). Sumamos y seguimos.

¡Que lo disfrutéis!

Margarita López Carrillo (redacción de mys)



Afrontando Las causas del DOLOR CRÓNICO

*Todo esto está inscrito, aunque nadie lo vea,
En ese claroscuro que revisa tu médico.*

Ya se sabe, los años...

Sí señor, mi esqueleto

Ha vivido conmigo cada instante

Y hoy me pasa factura. Pues los huesos,

Mejor que en un diario,

Registran nuestra historia como nadie.

Juana Castro

¿EL dolor crónico tiene sexo?

En la mayoría de estudios sobre dolor muscular, articular o de determinadas regiones del cuerpo, en que se ha aplicado la perspectiva de género, los resultados sobre prevalencia muestran que las mujeres son el sexo que predomina en todos los casos.

La prevalencia del dolor crónico en España, ha sido la patología que más días de actividad habitual perdidos ha provocado en 2017, según las Encuestas de Salud. Con pequeñas variaciones entre autonomías, la prevalencia de dolor crónico moderado es de un 23,4% en mujeres y de 15,9% en hombres, y la presencia de dolor intenso es de un 4,8% en mujeres y de un 1,6% en hombres. El dolor en la zona de la cintura escapular, zona posterior del cuello y hombros afectó, en algún momento del año pasado, a casi la mitad de la población femenina estudiada. Y las cefaleas, incluyendo las migrañas, afectan al 52% de la población femenina frente al 27% de la masculina.

Los estudios efectuados en población infantil ya aprecian un 10% de dolor lumbar en población femenina inferior a 16 años, y un 20% en mujeres entre 16 y 20 años, y en estos casos no se puede atribuir a condiciones laborales. A partir de esta edad el dolor lumbar afecta al 27% de la población femenina mayor de 50 años, frente al 20% de la masculina. Los factores de riesgo y las causas de este dolor deberían ser estudiados, ya que, aunque el dolor regional aumenta con la edad, el hecho de que se presente una prevalencia elevada ya en la infancia y primera juventud, debería provocar un replanteamiento de las estrategias de prevención. El dolor de espalda y columna, el dolor de cuello, la osteoartritis de rodilla, de manos, la artritis reumatoide y la fibromialgia se dan predominantemente en mujeres en todos los estudios y aumenta su frecuencia con la edad. No, no hay ninguna duda de que todos los tipos de dolor tienen sexo.



Carme Valls-Llobet
Médica endocrinóloga



Mercè Botinas
Médica de primaria

¿Ha sido visible y valorado el dolor crónico por la ciencia médica?

La ciencia médica, nacida fundamentalmente de la experiencia hospitalaria, no se ha preparado para atender patologías crónicas, sino que ha acumulado experiencia en el tratamiento de enfermedades agudas de predominio en el sexo masculino. Esto contrasta con la pobreza de recursos destinados a la investigación de las causas del dolor crónico. Esta falta de ciencia y de recursos, ha hecho que no se preste atención a los primeros síntomas y se considere que las quejas del sexo femenino son psicosomáticas en un 25% de casos frente a un 9% de las de los hombres, y que no se hayan elaborado protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivos que tengan en cuenta las más de cien enfermedades que pueden producir dolor.

Además, durante siglos el dolor crónico de muchas mujeres, ha sido acallado y soterrado bajo capas de ciencia escasa, incomprensión y duda profunda de si sus síntomas se deberían a algún problema "nervioso". La duda sobre ellas, sobre su credibilidad, sobre sus síntomas, ha convertido el silencio sobre las propias dolencias, debido a la baja autoestima que años de discriminación han colaborado en cultivar, en la base de la vida de muchas mujeres. Sólo se confesaban a la amiga, a la madre o a las compañeras de trabajo pero con sordina, sin alzar la voz, para no ser tachadas de neuróticas o histéricas, calificativos que se han alzado como los grandes prejuicios de la ciencia médica y del abordaje social del malestar de las mujeres.

Las muchas capas del dolor de las mujeres

El dolor, durante siglos silenciado e invisible, como la misma historia de las mujeres, se ha encarnado en sus cuerpos. Ha ido penetrando en ellos hasta los huesos: a través de abusos y agresiones psíquicas, físicas y sexuales en la infancia, a través del "cuerpo trabajado" desde los nueve años, por ejemplo, transportando leche o cuidando los hijos de la propia madre que trabaja de sol a sol para alimentar a los su-

vos, a través de condiciones ergonómicas de trabajo torturadoras por la monótona repetición de movimientos, a través de la represión emocional que contrae la musculatura del trapecio hasta producir cambios en los discos vertebrales... Y se ha introducido a través, también, del sesgo de género en la investigación médica del dolor crónico, que ha producido una falta de ciencia en el diagnóstico diferencial de las enfermedades biológicas que pueden causar dolor (que son muchas), y a través de la falta de escucha, del error de diagnóstico y del tratamiento que acaba silenciando con psicofármacos la queja, el malestar, el dolor que se encarna, capa tras capa, en lo más profundo de los músculos y de los huesos de las mujeres. Como dice la psicoanalista Regina Bayo, llega un momento en que la mujer ya no tienen palabras para expresar su profundo malestar, que ella misma no acierta a entender, y entonces, es el cuerpo el que habla¹.

Dado que el dolor se ha introducido capa a capa en el cuerpo de las mujeres y de algunos hombres, y ha sido causado por múltiples factores, el abordaje ha de ser también individualizado y deshaciendo las capas una a una. En las causas se combinan aspectos psicológicos, biológicos y sociales. El dolor más agudo se puede desencadenar en un momento dado a raíz de una intervención quirúrgica, un accidente o la muerte o enfermedad grave de un familiar, pero anida en un cuerpo que ya había sentido dolor y lo había ocultado. Esta ocultación del dolor acaba provocando síntomas a distancia ya que todo el cuerpo tiende a compensarlo y ocultarlo.

¿Las mujeres presentan más dolor crónico o simplemente tienen un menor umbral de dolor?

Precisamente, la falta de ciencia sobre las diferencias entre mujeres y hombres, ha dado lugar a múltiples opiniones sobre el predominio del dolor en las mujeres, e incluso se ha aceptado, sin una demostración previa, que estas mujeres tienen tan solo una sensibilidad de dolor aumentada y un (supuesto) déficit de serotonina. Por ello es frecuente la utilización de antidepresivos, analgésicos y opiáceos para tratar el dolor, antes de diagnosticar las causas cuando es posible hacerlo.

¿Quién puede distinguir si sienten más dolor o tienen mucho dolor?, ¿si ha sido una sobrecarga laboral, la anemia crónica o un estrés crónico el que ha alterado sus neurotransmisores? ¿Con quién comparamos el umbral del dolor, con otras mujeres o con el sexo masculino? ¿No sería más científico, y



eficaz, empezar el trabajo con el diagnóstico de las enfermedades, estados metabólicos o carencias individuales, en lugar de recetar psicofármacos desde la primera visita?

La literatura médica no empieza a estudiar las diferencias en el dolor en función del sexo y del género hasta mediados de los años 90 del siglo pasado. En Abril de 1998 se realizó una primera conferencia organizada por el Centro nacional de Investigación en salud de estados Unidos (NIH) sobre dolor y género: "Gender and Pain: A Focus on How Pain Impacts Women Differently than Men" y en el año 1999, se constituyó en Viena el grupo de interés sobre sexo, género y dolor: "Sex, Gender and Pain". Dos grandes revisiones de la literatura médica que han intentado contestar a la pregunta de si las mujeres presentan más dolor crónico por ser más sensibles al dolor. Greenspan (2007)² y Fillingim (2009)³ al revisar las diversas enfermedades que pueden producir dolor observaron que las mujeres presentan unas 42 entidades que pueden producir dolor y que son de predominio en mujeres frente a 18 entidades que pueden producir dolor en hombres; además de que existían 24 entidades que podían producir dolor sin diferencias en los dos sexos. Por lo tanto más que pensar en una mayor sensibilidad al dolor, lo que está ocurriendo es que las mujeres padecen mayor número de enfermedades que pueden producir dolor crónico. Tienen una mayor frecuencia de enfermedades crónicas.

Además, sí se han podido demostrar diferencias en el metabolismo y efecto de los analgésicos, opiáceos y psicofármacos según el metabolismo hepático de mujeres y hombres, bastante desconocidos por las y los profesionales que los recetan⁴.

Demasiadas mujeres conviven con el dolor y con el cansancio. La elevada prevalencia de estas quejas supone su normalización en nuestra sociedad y en consecuencia, en nuestro sistema sanitario. La queja, en demasiadas ocasiones, no se convierte en el síntoma que debe estudiarse y queda reducido a una queja 'normal' entre las mujeres.

dolor muscular generalizado crónico: principales causas biológicas

Son muchas las enfermedades que pueden causar dolor muscular generalizado y articular y todas ellas han de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor crónico. La mayoría presenta una mayor frecuencia y prevalencia en el sexo femenino como vemos en el cuadro adjunto. Sin embargo, desde la publicación en el año 1990, por la Sociedad Americana de Reumatología, de los criterios para definir la Fibromialgia, se ha atribuido a esta enfermedad, que no tiene pruebas objetivas para definirla, todo tipo de dolores musculares a los que no se encontraba explicación.

El análisis detallado del estudio realizado por el American College of Rheumatology en 1990 (Wolfe 1990) sobre los criterios para la clasificación de la fibromialgia, ponen de manifiesto que tanto los casos definidos como Fibromialgia primaria o secundaria presentaban las siguientes patologías subyacentes: Artritis reumatoide, Esclerodermia, Conectivitis mixta, Eritema nodoso, Sarcoidosis, Lupus eritematoso sistémico, Dolor columna lumbar, Dolor en cuello, Tendinitis; Síndromes regionales y Artralgias diversas. ¿Es una enfermedad primaria o es secundaria a muchas otras entidades que pueden producir dolor muscular crónico? ¿Si fuera o fuese una entidad aislada, por qué sólo se trata con psicofármacos? Creemos que faltan trabajos de investigación que estudien en las mujeres, que han sido diagnosticadas de fibromialgia, si en realidad presentan alguna o algunas de las entidades descritas en el diagnóstico diferencial adjunto. Asignatura pendiente que esperamos resolver con los grupos de la Red-CAPS.

| Enfermedad | Prevalencia | Ratio M/H |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| Artritis reumatoide | 3% | 30/1 |
| Lupus erimatoso sistémico | 1/1000 | 9/1 |
| Síndrome de Sjögren | 1/1000 | 9/1 |
| Miopatía hipotiroidea o hipertiroidea | 20% | 50/1 |
| Deficiencia subclínica de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario | 38% | 3/1 |
| Artrosis por malas condiciones ergonómicas de trabajo y vida | 30% | 3/1 |
| Contractura musculoesquelética por estrés mental | 30% | 3/1 |
| Osteopenia por anovulación o Déficit fase luteínica | 30% | Sólo mujeres |
| Miopatías derivadas de enfermedades virales o Síndrome de fatiga crónica | ? | 3/1 |
| Síndrome afectación neuromuscular y Miopatía mitocondrial por sustancias químicas | ? | 3/1 |
| Anemia y/o deficiencia de hierro | 73% (M) | 50/1 |
| Osteoporosis | 30% | 3/1 |
| Polimialgia reumática | 5% | 2/1 |
| Arteritis temporal | 5% | 2/1 |
| Administración Estatinas | ? | 30/1 |

En este diagnóstico diferencial existen muchos aspectos que hasta la fecha han sido poco valorados o directamente invisibles, como la contractura musculoesquelética, que se puede producir, por estrés mental y por riesgos psicosociales. Lundberg y Frankenhaeser (1990) han demostrado que es precisamente el estrés mental y los trabajos con componente emocional (trabajadoras y trabajadores de la sanidad, de enseñanza) el que produce más alteraciones por contractura de la musculatura sobre todo del trapecio. El estrés mental más que el físico se refleja en la contractura muscular de la parte superior del cuerpo y por esta razón puede ser detectada con un electromiograma de trapecio que en este momento no se hace ni de forma frecuente ni como chequeo laboral.

La causa más frecuente de dolor muscular crónico: el déficit de vitamina D

El diagnóstico diferencial del dolor generalizado (widespread pain) debe incluir el déficit de vitamina D^{5,6}. La deficiencia de vitamina D produce como síntoma principal, el dolor muscular generalizado y la debilidad muscular, además de dolor en la placa muscular y en los puntos de inserción de los tendones al periostio, dolor en las zonas pretibiales y remodelación de los huesos, con arqueamiento de las piernas, aunque se esté en la vida adulta. Además la Vitamina D puede modular las enfermedades autoinmunes, porque tiene un efecto diferenciador en positivo (ver MYS 38 y 39). El tratamiento con vitamina D mejora los síntomas de déficit de vitamina D con o sin hiperparatiroidismo y permite evitar un diagnóstico (sentencia) de fibromialgia que, desgraciadamente, no acostumbra a ir acompañado de un tratamiento efectivo, y ni siquiera, de una mirada compasiva por parte de la sociedad ni de los propios sanitarios. La resolución de síntomas gracias al tratamiento con vitamina D, debería hacernos reflexionar sobre la auténtica naturaleza de la fibromialgia. Su diagnóstico debería realizarse sólo después de haber excluido cualquier otra patología que genere dolor generalizado.

Existen ya múltiples estudios, incluso algunas revisiones de la literatura, que relacionan el déficit de vitamina D con la fibromialgia⁷, en los que se refleja que la presencia de receptores de 25OH vitamina D3, y su hidroxilación en múltiples áreas del Sistema Nervioso Central, está relacionada con la fisiopatología de la fibromialgia y la fatiga crónica.

La vitamina D participa en la regulación del dolor a través de diversos mecanismos incluyendo el papel que tiene sobre la modulación de los neurotransmisores como GABA, N-metil-D-aspartato, acetilcolina, dopamina, serotonina y la producción de factor de crecimiento neural (NGF). Además, la vitamina D reduce la inflamación a través del aumento de interleukina-4 y TGB-β1, así como de la supresión de citoquinas como interferón-σ, TNF-α, interleukina-1 e interleukina-2. La vitamina D también parece inhibir la NOS (sintasa de



ácido nítrico) y disminuir la producción de NO (óxido nítrico) que afecta a la neurotransmisión y vasodilatación. Niveles disminuidos de vitamina D también se encuentran como causa de miopatía e infiltración grasa de células musculares que causan sintomatología compatible con fibromialgia.

Actualmente, por tanto, existe evidencia de la regulación por parte de la vitamina D de las vías del dolor. Y existe, además, nuestra experiencia clínica en consulta, la observación de la mejora de los síntomas en nuestras pacientes.

Y a pesar de todo ello, hay en este momento una gran controversia sobre la conveniencia de mirar o no el nivel de vitamina D en personas "sanas". En algunas organizaciones sanitarias los facultativos han sido invitados, incluso, a no realizar estas determinaciones, sin entender que es una herramienta de diagnóstico profundo de los estados carenciales y metabólicos. Entendemos el problema del coste, pero un solo mes de tratar con psicofármacos un dolor muscular generalizado, cubre las determinaciones anuales de vitamina D, una vez al año, durante tres años, de una persona. No podemos estar de acuerdo en que se impida a los profesionales de atención primaria su determinación y en cambio se les permita tratar con opiáceos el dolor, sin límites claros. Si no miramos la vitamina D, invisibilizamos una de las principales causas tratables de dolor crónico. ¿Prohibirán tratar bien y alentarán la medicalización?

conclusión

Se abren caminos de esperanza. Necesitamos elaborar por consenso, entre los profesionales de atención primaria y otros especialistas que intervienen en el abordaje multidisciplinar del dolor, un protocolo eficiente de diagnóstico diferencial del dolor. Por el momento, aceptemos que el tratamiento debe ser individualizado, y que el tratamiento y la

rehabilitación deben seguir un proceso multidisciplinar, tal como veremos en las alternativas que plantea este dossier y en la introducción de este artículo sobre el dolor y el malestar en el cuerpo de las mujeres.

La OMS define el estado de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Jordi Gol —el gran impulsor de la atención primaria en nuestro país, y cofundador del CAPS- incluye en la definición de la salud la presencia de alegría: el gozo que se siente con la salud. Y Barbara Starfield —la impulsora de la atención primaria a nivel internacional- nos enseñó que el centro de la Medicina debe situarse en el paciente, nunca en la enfermedad. La atención, para Starfield, debería incluir la globalidad del paciente y su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Regina Bayo-Borrás. Cuando no hay palabras para decirlo, hay un cuerpo para expresarlo. MyS 10, 2002.
2. Greenspan JD et al- "Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report". Pain 2007 . (221 Citas bibliográficas).
3. Fillingim R et al. "Sex, Gender and Pain : A Review of recent clinical and experimental findings". J Pain 2009.
4. Begoña Calvo Hernández, Paloma Gómez López-Tello, María Dolores Ruiz de Alegría López. Diferencias farmacocinéticas entre hombres y mujeres. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria, ISSN 1134-2072, Vol. 20, Nº. 6, 2013, págs. 351-357
5. Carme Valls Llobet. Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. Anuario de Psicología 2008, vol. 39, nº 1, 87-92, Facultat de Psicologia UB.
6. Soriano, Suárez, Gelado, Girona. Fibromialgia: un diagnóstico centocienta. Atención Primaria. Vol. 26. Núm. 6. 15 de octubre 2000
7. Yong, Sanguankee, Upsala. Effect of vitamin D supplementation in chronic widespread pain: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol 2017 Dec; 36(12) 2825-2833.



María José Hernández Ortiz
Médica y Quiropráctica
mjhernandezortiz@yahoo.com

DICEN QUE LA DISTANCIA ES EL OLVIDO Reflexiones en torno al dolor crónico

"La tarea de aliviar el dolor es divina"
Hipócrates

La importancia de sentir dolor

A nadie le debería quedar ninguna duda de lo importante que es para nuestra supervivencia y nuestro bienestar la capacidad de detectar estímulos dañinos para poder reaccionar ante ellos. Nadie está libre de dolor excepto algunas personas portadoras de raras anomalías genéticas y por ellas sabemos que las consecuencias de la falta de sensación de dolor ante una quemadura, un golpe e incluso un hueso roto representan una dramática amenaza para la vida.

Paradojas del dolor

El dolor agudo y el dolor crónico no tienen nada en común, salvo el nombre "dolor". Por tanto será su apellido el que nos va a definir su origen, su mecanismo de acción, su función, los centros nerviosos que afecta, y será también por su apellido que lo tratemos de una manera u otra.

El significado biológico de ambos tipos de dolor por tanto, es diferente. El dolor agudo es una experiencia adaptativa, una señal de alerta biológica que ocurre como consecuencia de un daño tisular real, que tiene una función de aviso para originar bien un comportamiento defensivo o, a corto plazo, la inmovilidad protectora del área dañada con el objetivo de promover la curación. La intensidad del dolor agudo generalmente es proporcional al daño tisular.

Por el contrario el dolor crónico, aquel dolor que dura más de 3-6 meses y que no responde a las terapias convencionales, no es adaptativo, de hecho hay poca o ninguna correlación entre el dolor y el daño tisular. Este tipo de dolor ya no es un síntoma sino que se puede considerar una enfermedad en sí mismo en la que el dolor ha perdido la función de alerta biológica y además implica, por razones que veremos más adelante, una experiencia de sufrimiento subjetiva y compleja que afecta al individuo en áreas de su vida como las emocionales y psicosociales, pudiendo tener hasta consecuencias económicas.

Desafortunadamente el dolor crónico es un fenómeno que empieza a alcanzar en el mundo proporciones epidémicas. Por ejemplo en España según la última encuesta nacional

de salud (2012) 25,4% de las mujeres y 18,3% de hombres sufren de dolor crónico, con una misteriosa variabilidad entre comunidades autónomas siendo Murcia con 16,83% la que menor tasa de dolor tiene en la población y Canarias, con 30,82%, la que más.

EL dolor crónico o cuando lo que duele es el sistema nervioso

El mecanismo fisiopatológico que subyace en el dolor crónico se llama sensibilización central. Esta sensibilización podría deberse a la lesión de las terminaciones nerviosas en el daño tisular inicial o a la "sopa inflamatoria" liberada durante el proceso de daño del tejido, lo cual podría producir cambios en las neuronas del asta posterior de la médula que provocarían que las alteraciones se hicieran independientes del trauma inicial. La **sensibilización central** es una suerte de fenómeno similar al del aprendizaje, la **plasticidad sináptica**, pero produciendo en este caso, un cambio funcional negativo en la red neuronal, que "facilita" el dolor, lo que conlleva mayor intensidad del estímulo doloroso (hiperalgesia). Lo que la plasticidad sináptica provoca en el sistema nervioso son cambios en la estructura y función de las neuronas y esto a su vez en los mapas neuronales. Cuando se estudian estas áreas del cerebro se observa una reorganización, es decir, un cambio en los núcleos neuronales en donde las áreas de tejido dañadas pasan a tener una mayor representación. La mejor analogía para entender este concepto puede ser la de un mapa territorial en el cual los límites de los territorios pudieran crecer o menguar en función de su utilización (memorizar algo, ejercitarse en alguna habilidad) o, en este caso, en función de las señales dolorosas.

Esta reorganización provocada por el "incremento de tamaño" de la representación de las áreas dañadas, puede llevar aparejado el aumento de la respuesta al dolor mencionado antes como hiperalgesia, que el dolor se independice de la causa (como si se hubiera memorizado) e incluso que haya dolor ante otro tipo de estímulos no dolorosos como la estimulación táctil (fenómeno llamado alodinia). Este fenómeno



puede ocurrir a todos los niveles del sistema nervioso relacionados con el procesamiento del dolor, en los llamados "7 niveles de lesión".

No he investigado suficientemente este aspecto pero presupongo que la sensibilización central que puede ocurrir en los diferentes niveles del sistema

nervioso podrían tener también consecuencias en la percepción dolorosa de la persona, habiendo una gradación entre dolor crónico localizado (p.ej. el dolor de una cicatriz), más o menos extendido (dolor de un hemicuerpo) o el dolor crónico generalizado en el cual, presumiblemente serían los mapas neuronales más "elevados" dentro del sistema nervioso los que estarían afectados.

Además hay que tener en cuenta que, a diferencia de otras funciones, no existe un área cerebral dedicada al dolor, sino que las neuronas relacionadas con el dolor tienen conexiones amplias en el cerebro que llegan hasta el sistema emocional o la formación reticular, donde se le añaden al dolor las connotaciones emocionales, la depresión, las alteraciones del sueño, la ansiedad, los cambios en el humor y en la personalidad que en conjunto pueden conducir hasta a cambios en las relaciones sociales.

¿cuales son Las causas de esta forma de memorización?

Al analizar las causas de la cronificación del dolor tenemos que hacer frente a la realidad de que en muchos casos es un fenómeno que tiene que ver con la forma en que la medicina (mal) trata el dolor. El sistema sanitario puede ser responsable de esta cronificación por exceso, como sería el caso de las cirugías innecesarias (por ejemplo el tratamiento quirúrgico del dolor de espalda, que ha sido hasta ahora uno de los sobre-tratamientos más extendidos) en los que además no se ha sabido, o no se ha tenido en cuenta, lo importante que es tratar agresivamente el dolor agudo para que la persona no sienta dolor (por ejemplo en los postoperatorios) para evitar las consecuencias negativas de la sensibilización del sistema nervioso. Pero también por defecto, como es tratar el dolor solo farmacológicamente o no ser lo suficientemente cono-

cido para los profesionales de la salud que determinadas carencias metabólicas o bioquímicas pueden ser responsables de la sensación dolorosa aumentada y mantenida en el tiempo, las que tan bien nos ha sabido explicar Carme Valls a lo largo de todos estos años.

EL tratamiento del dolor crónico: La aceptación y el olvido

La experiencia del dolor persistente casi siempre produce una búsqueda incesante para saber el porqué y encontrar un tratamiento. A menudo es esta una búsqueda infructuosa que lleva a las personas a estados de medicalización extrema (con gran pérdida de la calidad de vida asociada a efectos secundarios de fármacos o a la creciente epidemia de adicción a opiáceos que comienza a campar también en nuestro territorio), desesperación y retraimiento.

En la actualidad existe una corriente que promueve la aceptación de la realidad como una forma de tratamiento (aunque la palabra "aceptación" inicialmente provoca, comprensiblemente, un rechazo vehemente). La necesidad de aprender a convivir con el dolor implica en primer lugar la disposición para implicarse en actividades a pesar del dolor, reconocer que el intento de evitar y controlar el dolor no es una realidad factible, creer que, a través del cambio de nuestros propios pensamientos y creencias frente al dolor, existe la posibilidad de que este sea más fácil de controlar y reconocer que el dolor es crónico y puede no cambiar. No debemos olvidar que el dolor es una percepción subjetiva, en la que los procesos fisiopatológicos de percepción, transducción, transmisión y modulación son influidos por factores psicológicos, expectativas, atención, sugestión y factores sociales y culturales de la persona y su entorno, y por tanto es fundamental entender que el empleo consciente de estos factores también puede modificar o modular la experiencia dolorosa.

Se ha demostrado que cuando se produce esta aceptación las personas parecen conseguir un funcionamiento emocional, físico, social y laboral mucho mejor, disminuyendo la intensidad del dolor, la ansiedad y la depresión.

En este sentido también se ha investigado la meditación, la terapia psicológica, especialmente la terapia cognitiva, el biofeedback y la hipnosis que han resultado ser buenas terapias para el dolor crónico. Estos resultados esperanzadores han hecho pensar que el dolor crónico es un problema físico que tiene que ver con la reverberación continua de redes neuronales las cuales podemos modular si conscientemente evitamos su activación, como si de una forma consciente de olvido se tratara. Como dice la canción parece que poner distancia (con el dolor) puede llevar al olvido (y por tanto a la curación).



Montserrat Catalán Morera

Médica experta en parto natural

montse@migjorn.net

DEL DOLOR de Las mujeres al PLACER en Libertad

¿Por qué nos duele el cuerpo a Las mujeres?

¿Por qué nos duelen con frecuencia excesiva las funciones fisiológicas sanas relacionadas con la reproducción de la especie?, la ovulación, la menstruación, las relaciones sexuales asociadas a las primeras penetraciones coitales, el parto, el pecho, las mastitis... la menopausia. ¿Por qué son tan frecuentes los diagnósticos de ovarios poliquísticos, mastopatía fibroquística, endometriosis...?

Las funciones fisiológicas vitales sanas, saludables, necesarias para el cuerpo humano no duelen sino todo lo contrario, cuando son satisfechas recibimos como recompensa una sensación de PLACER.

Cuando el cuerpo necesita líquidos, nuestro organismo siente sed y BEBEMOS, al saciar la sed sentimos alivio: un placer. Cuando necesita alimentos, sentimos hambre, si COMEMOS de forma sana y sencilla, las personas nos sentimos satisfechas. Cuando nuestro organismo está cansado, el DESCANSO permite que nos recuperemos y nos recargamos. Es un placer.

Cuando las personas nos sentimos agotadas emocionalmente por circunstancias mil (exceso de estrés emocional, laboral, social, familiar...) la ESCUCHA, el APOYO, la AYUDA MUTUA de personas amigas, de nuestra tribu nos reconforta. Es un placer. Son necesidades vitales asociadas a las funciones fisiológicas de supervivencia de cada persona. Son requerimientos fisiológicos necesarios para mantenernos en VIDA.

Son funciones que garantizan la supervivencia de cada organismo individualmente.

Hay otras funciones fisiológicas que se relacionan con la garantía de la supervivencia de la especie. Son las funciones relacionadas con la reproducción. La especie humana, en nuestro caso, requiere la colaboración de individuos de los dos sexos. Cada sexo tiene su función.

En el sexo femenino, desde el inicio de la vida, se desarrollan óvulos incipientes que tras su proceso madurativo darán lugar a los óvulos fecundables, y tras las ovulaciones, a la

menstruación... En el sexo masculino, los espermatozoides, también tras su propio proceso, evolucionan hasta su madurez y la eyaculación. La reproducción de la especie requiere de la colaboración de ambos. En el sexo masculino esta contribución a la reproducción de la especie se acompaña desde su inicio de sensaciones de placer. Pero, en el sexo femenino su contribución se encuentra acompañada con excesiva frecuencia de la presencia de dolor.

¿Por qué?

Esta pregunta me la he hecho miles de veces a mí misma y a tantas mujeres cuando me han contado sus episodios de dolor con la menstruación, la penetración, el parto...

No existe razón "médica-científica" que justifique estos dolores de las mujeres. Ninguna otra función fisiológica que se desarrolla satisfactoriamente duele. Solamente duelen con frecuencia excesiva las funciones fisiológicas sanas y saludables que desarrolla la mujer en relación con la reproducción de la especie. Podría decir que las excepciones confirman la regla (aunque afortunadamente las excepciones existen).

He buscado respuestas...

Respecto a otros dolores he aprendido a preguntarme y a preguntar: ¿Qué te está diciendo, qué te sugiere este dolor de cabeza, de estómago, este lumbago...?

Diversas medicinas alternativas o complementarias me han enseñado a reflexionar: ¿Por qué este dolor concreto, en este momento concreto, en este lugar concreto de mi cuerpo?

Desde ahí me he preguntado: ¿Por qué estos dolores de regla, en la penetración, en el parto... en la menopausia, en el cuerpo de las mujeres?

Tras realizar círculos de mujeres, cursos-ciclos de preparación al parto, nacimiento, talleres para "sanar el dolor menstrual", y poder observar como muchas mujeres constatan que sus dolores van perdiendo intensidad, que la vivencia de sus ciclos se hace más satisfactoria, más vital, que la autoestima de su "ser mujer" crece..., me atrevo a formular una hipótesis:



Cuando (según antropólog@s, historiador@s) durante el período neolítico, de esto hace de ocho a diez mil años, se instauró la propiedad privada de la tierra, de la agricultura y la ganadería... ahí se inició la práctica de la guerra y los dolores de las mujeres.

La propiedad privada de la tierra y el ganado se extendieron a la propiedad sobre la reproducción de la especie, se desarrolló la herencia... (hasta nuestros días en los países anglosajones las mujeres adoptan incluso el apellido de su marido tras el matrimonio). El progresivo desarrollo de la agricultura y la ganadería requerían hijos abundantes dedicados al trabajo del campo y el ganado. Creadas las cercas a la propiedad privada, y más allá las fronteras, crecieron las guerras y las cruzadas que requerían hijos para defenderlas, soldados para las guerras. Las madres han parido y paren hijos para el trabajo, hijos para los ejércitos y también hijos para sacrificios religiosos.

Y también paren hijas para que se ocupen de todos ellos. Diferentes relatos nos han hablado de las huelgas de sexo de las mujeres que no querían parir hijos para la guerra, para los vencedores, para los colonizadores... Los ejércitos han llevado a cabo la violación de las mujeres durante las contiendas bélicas. Las mujeres han sido violadas y fecundadas por la fuerza y han dado a luz y criado a sus hijos e hijas.

Las mujeres, propiedad privada de sus maridos a través de los más variados contratos matrimoniales, religiosamente obligadas a cumplir con sus deberes matrimoniales tras llegar vírgenes al altar en todas las culturas. Y han parido, criado y amado los hijos e hijas fruto de estas relaciones sexuales contratadas pero no fruto de su propio y libre deseo.

La sexualidad de las mujeres ha sido privatizada, dominada, doblegada con extrema violencia que todavía hoy perdura en nuestros pueblos y ciudades. Su sexualidad ha sido encerrada

entre leyes que han determinado lo legal y lo ilegal. En España se despenalizaba el adulterio para las mujeres en 1978, hace tan solo 40 años.

La sexualidad de los hombres ha sido reconocida como derecho a ejercer por encima del deseo y la voluntad de las mujeres.

Es muy reciente la proclamación de la sexualidad libre y la satisfacción a placer de las mujeres. Son miles de años de sumisión al deseo del otro, de sometimiento del propio deseo, hasta casi no reconocerlo y hacerlo desaparecer.

En mi opinión, en todo esto radica al menos una explicación del porqué nos duele con tan excesiva frecuencia la sexualidad a las mujeres.

Pero la VIDA es espectacular, lo vemos en cada criatura que nace.

Por ello la humanidad sigue VIVA a pesar de todo.

Por ello con cada criatura que nace revive el deseo, la tendencia al placer, a la elección de una sexualidad dispuesta al encuentro, no a la sumisión.

La respuesta está en nosotras, en nuestras redes de apoyo, en nuestra tribu, en nuestros círculos. Ahí es donde a mi entender sanaremos por lo menos gran parte de los dolores de las mujeres y daremos el paso al PLACER EN LIBERTAD.

Placer en libertad que podemos tímidamente imaginar, porque todavía llevamos grabada en nuestras células la experiencia de sufrir en silencio y de la culpa. No existe en nuestro imaginario colectivo el deseo y el placer femenino genuino, en libertad, aún es demasiado reciente la presión, la violencia del sometimiento. Pero me llena la ESPERANZA y la CONFIANZA en que las mujeres, y la humanidad toda, avanza hacia unas relaciones capaces de sanar tanto la tierra como el dolor de las mujeres.



Sara García Parra

Diafreoterapeuta

sarita21@hotmail.com

*"No sabe cómo irá hoy a clase.
No se ha podido levantar de la comadrita.
Cada vez que lo intenta,
un dolor agudo en la zona de la cadera,
y más adentro, en el sacro,
y más adentro, mucho más adentro,
un dolor tan fuerte y tan profundo que ya no parece un
dolor de mi cuerpo,
sino un dolor de mi alma,
un dolor del mundo"*

Abilio Estévez "Tuyo es el Reino"

Según el diccionario de la RAE, Dolor: 1- Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior; 2- Sentimiento de pena y congoja.

Y cuánto no tiene cada definición de la otra.

El dolor, a nivel fisiológico es una función corporal con un objetivo: informar del daño sufrido en uno o varios tejidos, o de la posibilidad del mismo, para que se produzca una respuesta que impida que ese daño vaya a más.

Si nos cortamos con un cuchillo la rotura de las células libera mensajeros químicos que activan receptores del dolor, pero si nos acercamos demasiado a una fuente de calor, otro tipo de receptores son activados para que tomemos medidas y el daño no llegue a producirse.

Tenemos receptores del dolor por todo el cuerpo, en el interior y en la superficie, que nos informan de si un tendón ha sido dañado, si hemos sobreutilizado un músculo, si hemos ingerido alimentos que nos han intoxicado, si una articulación está dañada y llena de líquido ...

Pero ¿qué hacemos con esa información?, ¿cómo la digerimos y actuamos? o ¿qué hace que a veces ignoremos esos avisos ocasionándonos así daños mayores?

Me vienen dos frases a la cabeza de mujeres a las que he tratado:

Belén, "*Perdóname, es que yo no aguanto el dolor, estoy mal acostumbrada*", y Estrella, "*En mi casa no se creen que me duela, que no puedo seguir cargando bolsas y haciendo mi vida normal*", y yo añado, "*por lo tanto, no dejaré de hacerlo*",

IGNORAR EL DOLOR: un aprendizaje

con lo que el dolor deja de cumplir su función, pues entre el aviso y la respuesta media la socialización; el dolor ya no garantiza que no se siga causando daño a los tejidos.

Y no es sólo una cuestión de permiso externo sino de cómo la respuesta de quienes me rodean influye en qué hago con mi dolor, es decir, de si he podido interiorizar la idea (o no) de que tengo derecho a apartarme de la fuente del daño, a descansar cuando me duele la espalda, a tomarme un tiempo después de un esfuerzo físico para que mi organismo se recupere, y tal vez, yendo más allá de lo meramente físico, llegar a tomar ese dolor como indicador, como termómetro de una construcción más profunda que me hablaría de dónde, en mi vida y en mi cuerpo, he colocado a la autoridad.

Vuelvo al primer caso: "*No aguanto el dolor*". Es cierto que Belén estaba hipersensibilizada, una pequeña presión producía una respuesta desproporcionada de dolor y alerta del cuerpo (cuál es la proporción correcta de respuesta sería otro cuestión) y, otro aspecto que en Diafreo tenemos muy en cuenta, la respiración: Belén no acababa de soltar el aire, y la respuesta dolorosa iba en aumento. "*¿Qué vas a pensar de mi si me quejo tanto?*" Aunque hasta el momento no se ha quejado, se disculpa por sentir mucho dolor y todo su cuerpo se tensa: cuello, espalda, interior de los muslos; su cuerpo se acoraza para rechazar mi presión mientras su educada palabra se disculpa por sentir. Por fin suelta el aire, y con él lo que contenía: llanto, queja, dolor, pero del otro, del del alma, del que se siente cuando eres obviada en el trabajo, acosada por una compañera que te boicotea y a quién consideraste cercana y confidente... El vientre se libera, la espalda cae y las palabras salen. El dolor en este momento desaparece. El cuerpo se había armado para contener el llanto y la queja, soltar la musculatura pasaba, en este caso, por liberar lo que contenía, y el dolor de esa contención. Ni siquiera hablo aquí de somatización, sino del dolor que informa de que la musculatura está sobrecargada de aguantar el llanto y la palabra. Y volviendo a la fisiología, dependiendo del tipo de daño, nuestro cuerpo activará diferentes vías de información, para generar diferentes tipos de respuesta. En caso de un dolor agudo, a través de las fibras rápidas, la información pasará a la médula para generar una respuesta rápida de movimiento,



por ejemplo, retirar una mano de la llama. No nos han tenido que enseñar las consecuencias negativas que puede tener para nuestra piel mantener una mano sobre el fuego. Sin embargo, con buena educación y entrenamiento duro, cual faquir, puedo llegar a aprender a quedarme encima de la llama, total no es para tanto, soy una exagerada que no aguanto el dolor, ¿qué voy a conseguir en la vida si ante una llamita de nada me retiro corriendo?

Cuanto dolor oculta esta ironía.

Otra vía de información es la de las fibras lentas, que no informan de un dolor agudo para generar una respuesta rápida sino que mantienen la señal de dolor, generando una molestia continua, cuyo objetivo es lo contrario, que descansemos, que paremos la actividad para que el cuerpo pueda reparar los daños. Y como ejemplo recojo el del principio, me he cortado con un cuchillo, los días siguientes, hasta que cure, seguirá posiblemente doliendo, la intención es que la zona no se siga moviendo, no la siga utilizando para dar al cuerpo tiempo a cicatrizar.

Con todo esto no busco la repuesta fácil: *"ya está, escucha tu cuerpo y todo sanará, tu dolor te dará la respuesta, todo está ahí"*. Ay, me encantaría, pero no, sólo pretendo esbozar la importancia de nuestra construcción social, de lo que hemos interiorizado que somos y, por lo tanto, las posibilidades de acción que tenemos, y tender un puente con nuestra fisiología, siempre con la intención de encontrar en nuestro cuerpo un aliado, un cálido lugar de referencia, tan vapuleado por exigencias y objetivos.

Estrella vino a tratarse un dolor de espalda, episodios de lumbalgia que le acompañaban durante años, diagnóstico: espondilolistesis, es decir, la última vértebra lumbar se ha desplazado hacia delante por encima del sacro, presionando los nervios que salen de la columna. Estos nervios informan de la sensibilidad de las piernas, además de llevar las señales motoras hacia las mismas. Cuando tenía crisis el dolor

le impedía levantarse de la cama. Durante el trabajo que hicimos juntas fueron apareciendo los pasos previos que se daban en su cuerpo antes de las crisis agudas: una sensación de fatiga en las piernas, y antes, sensación de pérdida de fuerza en la espalda, y antes, tensión generalizada en la musculatura paravertebral y dorsal, y al principio de todo, cansancio y dolor, un dolor agudo, como un pinchazo, que luego se transformaba en sordo y continuo, pero no intenso, un dolor que le era familiar y con el que había aprendido a vivir, tanto que ya no era dolor sino algo integrado en su percepción corporal, que

recordaba desde niña, como quien cojea porque tiene una pierna más corta que otra. Era el dolor que le avisaba del cansancio, de que su cuerpo había llegado al límite de la tarea física, que necesitaba descanso, pero había aprendido a integrar (ignorar) este aviso, a no escucharlo como tal, para poder continuar con la tarea.

Para que podamos cumplir los objetivos que nos imponemos, el cuerpo tiene sus recursos: tensión paravertebral y dorsal, tensar la espalda para ir un poco más allá... Consecuencia: acortamiento de la musculatura disminuyendo así el espacio entre vértebras, deslizamiento anterior de la quinta vértebra lumbar, pinzamiento nervioso y pérdida de espacio en el canal medular.

Estrella enfrentaba a estas alturas una operación que fijaría estas últimas vértebras.

Un límite corporal, un dolor-aviso no escuchado, un mecanismo corporal que se arma para continuar hacia delante, ... un dolor paralizante y, finalmente, la lesión que el primer dolor anunciaba.

Fueron años hasta poder atender la importancia de ese primer aviso, ese dolor que podía ser tan fácilmente ensordecido por la voces internas, que dan por hecho que lo realmente importante es mover este mueble, terminar una obra, cargar un saco, cargar con la compra... Años, hasta que apareció la capacidad de elección como un ingrediente más, *"Si duele puede ir a peor, puedo llegar a lesionarme. Ahora elijo, con toda mi información: ¿qué puedo y quiero hacer en este momento?"*

Referencias

- Casi todas las menciones a los aspectos fisiológicos son del libro *"¿Por qué las cebras no tiene úlcera? Una guía del estrés"* Robert M. Sapolsky. Alianza Editorial



Pilar de la Cueva Barrao

Médica ginecóloga y Facilitadora de Biodanza SRT

www.pilardelacueva.com

www.biodanzaragoza.com

BIODANZA: otra forma de tratar el dolor



“Llego a la clase con dolor, y consigo olvidarme de que lo he traído, no solo me duele menos sino que partes de mi cuerpo que estaban contraídas se van desbloqueando poco a poco, es como si todo fuera otra vez un cuerpo en el que puedo habitar. Sigo necesitando medicación pero tomo menos, y me siento más viva”. Testimonio

Biodanza es una herramienta de autogestión de la salud que **facilita la integración** de nuestros aspectos físicos y emocionales, rescatando funciones originarias instintivas olvidadas que nos permitan reducir los bloqueos psicósomáticos y tensiones físicas y psicológicas a través de un abordaje que conecta mente y cuerpo. No es una terapia, porque se dirige a potenciar las capacidades saludables, pero tiene efectos terapéuticos. Toda persona la puede practicar, sin necesidad de estar en forma ni saber bailar; incluso personas con diferencias de capacidad física o psíquica, o en silla de ruedas.

La persona que facilita propone una secuencia de ejercicios simples que favorecen el movimiento instintivo, lejos de la coreografía o representación estereotipada. Se busca un estado llamado **vivencia**, al que se llega poco a poco, reduciendo el control racional, con la música, el movimiento, el juego..., con la respiración espontánea y no bloqueada, en un espacio cálido y protegido. Todo esto permite que surja un movimiento natural y la inducción de experiencias de alegría, paz, erotismo, creatividad, potencia, percepción amplificada, placer..., reorganizando nuestras respuestas frente a la vida diaria, creando armonía, liberación e integración. Nos inundamos de sustancias endógenas beneficiosas, algunas de ellas con efecto analgésico.

Cosas tan simples como estirarse con placer con una música concreta, después de una secuencia de ejercicios, músicas e

interacción con el grupo, que preparan el cuerpo y reducen las tensiones, produce una sensación de intenso bienestar y autopercepción cenestésica muy diferente de un estiramiento a solas en el salón de tu casa. Las personas relatan, y se ha documentado en estudios científicos, mejor autoestima, capacidad de descansar, de poner límites, de valorar lo que es bueno o no para nuestra salud y bienestar. También sucede una búsqueda del placer en lo cotidiano. Es un rescate del ser instintivo en el que cada uno está de nuevo conectado con su inocencia.

Utilizamos música de distintos tipos y estilos, pero muy seleccionada según los efectos que buscamos, orgánica, y una secuencia concreta de ejercicios diferentes cada día, destinada a poco a poco reducir el control racional y la tensión, sin que la persona participante se dé cuenta o haga un esfuerzo consciente. La clase se realiza una vez por semana, y en ella cada ejercicio dura de 1 a 3 minutos. La persona empieza a moverse a partir del momento en que realmente tiene sensaciones internas. En ese punto de conexión consigo misma el movimiento ya no parte de una orden externa sino de una necesidad interna de reajuste con herramientas que ya tenemos diseñadas en nuestro propio cuerpo y cerebro.

El grupo es un elemento necesario para alternar entre el contacto con mi intimidad, con otras personas en ejercicios simples a dos y con todo el grupo en movimiento. A través del vínculo, la mirada, y poco a poco, el contacto respetuoso, en grupos en los que hay confianza entre los participantes, siempre respetando las necesidades y progresividad de cada uno, se flexibiliza mi modo de comunicarme, mi movimiento y mi vida, y aumenta mi capacidad de escucha y feedback con los demás, mejora la relación con mi cuerpo.

Una sesión que acabe con una sencilla caricia de manos, por ejemplo, tras músicas y ejercicios agradables que hayan libe-

rado tensiones, puede tener un efecto más sanador que un gotero de analgésicos, y el efecto se prolonga en el tiempo. Muchas personas necesitan no solo reducir dolor en un punto o músculos concretos, sino ser miradas, cuidadas, sentir que lo merecen. Para muchas mujeres que cuidan, esas dos horas para ellas en la semana son un abismo reparador. Grabar esa información en la memoria del cuerpo, desde el cerebro a cada célula, tiene poco a poco efectos asombrosos. Porque también comienzan a cuidarse ellas, a poner límites, a descubrir qué dice o grita su cuerpo, qué necesita, qué le da placer de vivir, y qué es lo que sobra. Y toma fuerzas en esa matriz de crecimiento que es el grupo para salir y actuar en su vida.

La autorregulación entre reposo y acción está frecuentemente alterada en las personas con dolor. Muchas veces no hemos parado a tiempo. Biodanza ayuda a rescatar esa función innata. Regula la actividad neurovegetativa, los procesos homeostáticos celulares, las funciones del sistema límbico hipotalámico, el equilibrio físico, con reducción del estrés, ansiedad y cansancio. Más allá, las personas relatan sobre todo motivación y alegría de vivir, armonía, no solo relajación.

La producción de endorfinas y sustancias opioides se favorece por una serie de acciones que sabemos que las potencian, lo mismo que la dopamina, serotonina, oxitocina, etc.

Los movimientos segmentarios que utilizamos trabajan las **corazas caracterológicas** descritas por W. Reich de forma específica, y permiten reducir dolores de tipo osteomuscular debidos a somatizaciones. Se trabaja sobre la zona oro facial y cervical, pecho hombros y brazos, y pelvis. Vamos liberando palabras reprimidas, rabia, dolor emocional que generó dolor físico... mediante la búsqueda de placer. Los ejercicios de fluidez, nos ayudan a reaprender el movimiento lento sin chocar con los obstáculos, una metáfora de la vida. Gastar más energía de la que tenemos nos agota. Buscamos recuperar la conexión con el ritmo orgánico, que hemos perdido por aceleración en base a ideas de lo que debemos hacer y no lo que el cuerpo necesita. Ejercicios de ritmo y percusión rompen estados de tensión crónica, en los que no respiramos con fluidez y llega menos oxígeno al cerebro y los músculos.

Biodanza ha resultado eficaz en estudios científicos en reducción del dolor y mejora de la calidad de vida en personas con fibromialgia, Parkinson y otras situaciones clínicas. A nivel fisiológico y clínico se ha demostrado mejora de la función inmunológica, y de parámetros de reducción de estrés, niveles de cortisol en sangre, estrés cutáneo, reducción de la hipertensión.... En psiquiatría hay resultados espectaculares y esperanzadores, tanto en grupos específicos como en integración de personas afectadas en grupos regulares: reducción de ansiedad y depresión, menor necesidad de fármacos y mejora de calidad de vida.

Mirar con amor y respeto la diferencia crea la magia, sin palabras, sin etiquetas. Existen muchos estudios en marcha, cualitativos y cuantitativos, en todos los continentes. Están también en estudio la producción de hormonas y neurotransmisores que intervienen especialmente en el vínculo, contacto y caricias, como la oxitocina y otras con efecto analgésico, y un estudio con mujeres con endometriosis.

El dolor pélvico puede tener diversos orígenes. La endometriosis es uno de ellos, muy frecuente. Independientemente de su origen, a partir de cierto tiempo el dolor se convierte en un reflejo neurológico de tipo central, una especie de círculo automático, con un componente vasovagal y emocional intenso.

La práctica regular de Biodanza puede facilitar la reducción del dolor pélvico también. En primer lugar mediante el trabajo directo sobre el segmento pélvico. Nuestra cultura ha reprimido tanto los instintos como la movilidad de la pelvis y el útero de las mujeres desde la infancia; con frecuencia albergamos sucesos cotidianos de violencia o invasión, traumas vividos, y sedentarismo o posiciones poco anatómicas durante muchas horas. Biodanza estimula nuestras capacidades adormecidas o truncadas por una educación represiva. Dictámenes interiorizados como "no te muevas, no muevas la pelvis, estate quieta, siéntate con las rodillas juntas..." producen rigidez crónica en nuestra musculatura. La ausencia de movimiento pélvico implica una menor vascularización de la zona que puede sobreañadirse a cualquier dolor por un problema clínico, con menor oxigenación de los tejidos y menos reparación de procesos inflamatorios. En clase, sin observadores externos, podemos mover la pelvis desde el placer, rescatar el movimiento sinuoso espontáneo, después de varias músicas y ejercicios previos en los que se facilita una libertad y desinhibición del juicio y la autocrítica.

Ese contacto con el propio placer a nivel de movimiento sensorial cenestésico, posibilita una reducción de la tensión adrenérgica, desaceleración del movimiento con relajación muscular pero además tiene un elemento añadido de estímulo de la producción de mediadores y neurotransmisores que generan analgesia y sensaciones placenteras. Esto ejerce un efecto muy beneficioso a nivel de la sensibilización dolorosa e hiperalgesia autopropetuada. La desinhibición de cierta parte del control del córtex cerebral y la liberación de la expresión instintiva mamífera nos conecta con esa búsqueda del bienestar. En ocasiones utilizamos también **la voz para liberación** desde la zona pélvica.

Para acabar, Biodanza trabaja potenciando habilidades que permitan aumentar las funciones de bienestar más que trabajando sobre las dificultades. Mejorando la memoria mamífera y ancestral del autocuidado, se van reduciendo muchos problemas, sin resultados espectaculares en un día, pero sí asombrosos a lo largo de semanas de práctica, como relatan las participantes.



Tere Gonzalo del Moral

Comadrona de parto en casa

Cooperativa Titania-Tasco

www.titania-tasco.com

EL PARTO NATURAL: un camino entre el placer y el dolor con- sentido

El parto es dejar partir, separarse, abrirse a la otra o al otro, apertura a lo nuevo, entregarse a la vida, en la que a veces se goza y otras se adolece.

En el parto la mujer se nombra a sí misma, nombra al bebé y también nombra lo innombrable, el devenir, la incertidumbre de no saber qué sentirá o cómo será este viaje. La mujer espera la llamada, ese momento que anuncia la llegada de su criatura; las contracciones, todo su cuerpo se lo dice y ella ha de estar dispuesta para emprender el camino. El cuerpo es palabra. Cada contracción va dejando constancia de la verdad viva y sincera, de todo su Ser. El parto es una experiencia íntima, sexual, como dice Sheila Kitzinger en su concepción psicosexual del proceso de nacimiento. Una mujer pare como es, como vive, con su forma de estar en el mundo, con la relación que tiene con su cuerpo y con los o las demás; con sus instintos, su genitalidad, su erotismo, con el placer, el dolor, la alegría, la tristeza, con su capacidad de dar y recibir... Una mujer pare con toda su historia vivida, así que haga lo que haga, decida lo que decida, sienta lo que sienta, su historia siempre es genuina.

DOLOR CON-SENTIDO

El dolor en el parto es un aspecto muy relevante en nuestra sociedad. Desde la condena bíblica, "Parirás con dolor", los condicionamientos culturales, los relatos negativos de otras mujeres, el continuo discurso sanitario y social de que sin anestesia no se puede vivir ese "dolor insoportable"..., es difícil que una mujer pueda concebir el parto también como una experiencia gozosa y elegir libremente como quiere vivirlo.

Hay que diferenciar el dolor del sufrimiento. En el parto hay tensión, contracción, dolor... pero es diferente del sufrimiento que tiene lugar cuando hay miedo, el que ensombrece la experiencia: miedo a lo desconocido, a sentirse sola, a no saber, a no poder, a no soportarlo, a defraudar, a no cumplir sus expectativas, a que haya un problema en el parto, a la muerte, a la vida; miedo a todo y a nada a la vez.

Una mujer decide un parto natural no porque quiera sentir dolor propiamente, no es el centro de su deseo, pues su deseo es

tener a su criatura. El dolor que implica es un dolor con-

sentido, tiene un sentido que es parir a su hija o hijo, y lo consiente y acepta porque forma parte del proceso: sostengo el dolor porque tiene un sentido. Cada contracción, ese vaivén rítmico, ondulante y regular, anuncia la llegada, marca el camino, le hace saber que avanza, guía a la mamá y al bebé, y a quien acompaña. La experiencia de las contracciones prepara, acerca, conmueve y renueva (a ella y a todas y todos los presentes). El dolor le invita a salir del mundo exterior, de lo mental, y entrar en un espacio íntimo, en las entrañas y lo entrañable, espacio de conexión con una misma y con su criatura.

Es importante no quedarse atrapada en el dolor, éste forma parte del proceso pero no lo es todo, hay que trascenderlo, transitarlo, entenderlo. Atravesar el dolor desde el amor. Dejar que el cuerpo haga lo que tiene que hacer, no controlarlo, vivir el momento presente minuto a minuto, hay que entregarse, no resistirse.

Muchas veces la duda aparece, el cansancio te invade, el límite está próximo, parece que las fuerzas flaquean, entonces necesitas recuperarte, descansar, apoyo, recogimiento, aliento, saber que está cerca el bebé, necesitas decir no puedo más, volver a la confianza en ti misma y recobrar la energía. Necesitas parir y acoger a tu criatura.

Es importante también encontrar alivio, aliviar la vida cuando duele. Sentir la palabra amable de quien te acompaña, que te informa, te orienta, te tranquiliza, te escucha; sentir la ternura dedicada, el deseo respetado, el Saber reconocido, el grito escuchado, la alegría compartida, el empoderamiento lúcido, el cansancio apaciguado... Sentirte libre, poder seguir el movimiento espontáneo del cuerpo, estar en un ambiente relajado e íntimo, ayudarse con el agua caliente, con la respiración, la relajación, los masajes, visualizaciones, el canto, la danza, los silencios, la penumbra; sentir el apoyo de la pareja, amigos o familiares.





Reconocer y entregarse al placer. Porque además de dolor, en el parto hay placer, a veces simultáneo, a veces alternado, el placer de percibir y recorrer cada rincón del propio cuerpo, de conectar con la propia sensualidad, el placer del cuerpo en su plenitud, cuerpo a cuerpo con el bebé, sentirlo en la vagina

y como va apareciendo a través de la vulva, sentir el gozo, la excitación.

Pero tanto en la entrega al placer como al dolor una encuentra su camino, cómo ir de lo uno a lo otro, es un pasaje donde se pare y se nace.

PALABRAS REGALADAS: EXPERIENCIAS DE MUJERES

"El parto es la experiencia más intensa, transformadora, dolorosa, la más hermosa que he tenido"...

Relato de Emma:

"El dolor en el parto... pues lo viví sin sufrimiento. Siento la llegada de la ola de intensidad creciente, la respiro, a veces la vocalizo... aaaaaa, oooooo, uuuuuu... El movimiento suave, ligero también me ayuda, las caderas liberadas, sin tensión, circulando o dibujando un infinito. El calor del agua caliente en la piscina o una simple bolsa de agua me alivian. No es un dolor que me bloquea, es un dolor que me conduce, me lleva, no me paraliza, me atrae. No lo deseo, pero no lo rechazo, lo acompaño porque sé adónde me dirige, No es sufrimiento porque tiene sentido, porque entiendo su utilidad..."

Relato de Mónica:

"El parto de mi primera hija lo recuerdo como un ascenso a una gran montaña con caminos irregulares, placas de hielo, pasos estrechos... pero, sobre todo, recuerdo la llegada a la cumbre: una explosión de plenitud, bienestar, magia... Con mi segunda hija me dispuse a sentir el dolor, que me invadiera, se expandiese por todo el cuerpo... Estaba preparada No recuerdo cuánto dolor tuve, sólo que me dispuse a "partirme por la mitad" sabiendo que no moriría. ¿Tiene sentido el dolor? No en sentido pragmático y racional, pero creo que es necesario para poder desplazar la mente y hacer el viaje más instintivo y visceral de la humanidad. Para recuperar, por unos instantes, nuestra naturaleza más real: la animal. Yo, repetiría de nuevo."

Relato de Mercè:

"A mi parir me duele, y mucho, pensaba que no podría en los dos partos, no es agradable, pero prefiero eso que tomarme fármacos que no me permitan sentir la experiencia. Porque quiero estar al cien por cien, con todos los sentidos, pues la sensación final cuando sale el bebé es el "subidón" más grande del mundo, pariría mil veces más por aquel instante. El acompañamiento de mi pareja, Jose, me fue muy importante. Que estuviese en todo momento a mi lado, cogerle de la mano, apretársela. Pero en ningún parto quise que me tocasen, me gustaba estar en "mi mundo", yo con el dolor, sabía que era pasajero."

Relato de Pepi

"Yo no sentí dolor, sí unas sensaciones extrañas, muy raras, como si me "vaciasen" por dentro. Me pasé todo el parto esperando el dolor, no sabía que había la posibilidad de no tenerlo. Sólo notaba que se me ponía la panza muy dura, notaba que me goteaba líquido tibio por las piernas, pero no me dolía nada. Fue muy curioso, incluso en la etapa del expulsivo hablaba por teléfono con una amiga."

Relato de Alexandra

"En mi parto no sentí dolor, aunque fue largo e intenso, con horas de estar estirada en una camilla del hospital y sin poder moverme con libertad. Una experiencia de gran aprendizaje... Fueron la aceptación, la entrega y la confianza mis aliadas al dolor y las que me permitieron un parto sin epidural en un hospital convencional. No tenía dolor ¡porque no tenía resistencia!"

Relato de Nuria

"En relación al dolor no es que yo me deje doler, es más la idea de "dejarse", dejarme tocar por la vida, dejarme tocar por la experiencia de estar viva. Lo más significativo del parto fue dejarme Ser y dejar que la vida pasase a través de mí, ser canal de vida, notar que mi hija salía de mis entrañas, tenía la sensación que estaba llegando a través de mí, era mi hija, sí, el cuerpo chiquito de una niña preciosa que estaba naciendo, pero era toda la vida que se presentaba."

"Si las mujeres fueran conscientes de la inmensa fuerza que habita en ellas, no solo cambiarían el escenario del nacimiento, sino la sociedad entera"
Verena Schmid

REFERENCIAS

- El dolor del parto. Verena Schmid. Ed OB STARE. 2010
- Guía del nacimiento. Ina May Gaskin. Ed. Capitán Swing. 2016
- Nacimiento en casa, Sheila Kitzinger. Ed. Icaria. 1996
- El parto: crónica de un viaje. Frédéric Levoyer. Ed. Alta Fulla. 1996
- El parto instintivo. Atendiendo a tu voz interior. Val Clarke. Ed Gaia, 2005



Enriqueta Barranco

Ginecóloga

ebc@ugr.es

Abordar el vaginismo en La consulta ginecológica

En el problema del vaginismo, descartados las anomalías anatómicas de los genitales externos, se reconoce sin duda un factor psíquico asociado al temor y al desconocimiento de nuestros propios genitales, a los que todavía muchas mujeres miran de reojo.

Expongo aquí un posible abordaje desde la consulta ginecológica del aspecto físico del problema (el psicológico lo aborda una/n terapeuta sexual):

1. Se le explica a la paciente, someramente, la anatomía sexual, deshaciendo mitos sobre el himen y otras herencias culturales asociadas a nuestra cultura judeo-islámica.
2. Después se acuerda verbalmente con ella explorar los genitales de forma compartida, sin violencia y llegando hasta dónde la mujer lo desee, no más. Pueden necesitarse dos o más sesiones según el caso.
3. Una vez que la mujer acepta, ella misma se introduce el dedo índice de su mano dominante hasta dónde "puede", algo que generalmente hacen con mucho temor. Puede necesitarse varias sesiones.
4. Se invita a que la mujer, en su casa, con ayuda de una linterna y un espejo se autoexplora, hasta dónde ella pueda o desee.
5. De vuelta a la consulta, relata hasta donde ha llegado en sus autoexploraciones. En caso de haber logrado progresos se la invita a la autointroducción de un espéculo y, con ayuda de un espejo, autoexplorase la vagina y ver el cuello uterino, para que



- se dé cuenta de que no hay obstáculos a la penetración, desde el punto de vista físico.
6. Entonces, introduciendo un dedo en su vagina, se la invita a que relaje y contraiga el músculo pubocóccigeo, que es el que rodea la entrada de la vagina. Cuando contrae ella percibe que la introducción del dedo o del espéculo es dolorosa, todo lo contrario cuando se relaja. Se la invita a que haga los ejercicios de Kegel para tomar conciencia de la musculatura de su suelo pélvico, así se podrá desensibilizar ante situaciones que le parecen potencialmente dolorosas
 7. Se le entrega un espéculo y se la invita a que se autoexplora en su casa, en privado y lo intente cuándo y cómo le apetezca.

Cuando conseguimos que todos estos pasos se cumplan, el problema físico

de la contractura de los músculos del suelo pélvico, involuntaria por desconocimiento o miedo, desaparece.

Si hay otros problemas psicológicos añadidos será la terapeuta sexual la que deberá seguir trabajándolos.

Conclusión:

Hacer del vaginismo una cuestión mecánica y por lo tanto susceptible de dilatación es excesivamente simplista y mecanicista, además de un poco atrevido, porque deja a la mujer con la sensación de una estrechez que no es tal, pues la vagina, para bien o para mal, es complaciente, solo está inervada en su tercio externo, los dos tercios superiores no lo están y por eso cuando parimos hasta que la cabeza de nuestros bebés no llega abajo no duele la vagina.

FUERA TABÚS, hablemos de vaginismo



Rosaura Delgado

Médica - Ex-afectada de vaginismo
todaslasvaginasseabren@gmail.com

No sabía cómo empezar a escribir este artículo. Pero luego, me digo: *"Sólo tienes que contar tu historia, nada más"*.

Empiezas a salir con chicos y el día que intentas tener penetración no puedes, te duele. Intentas introducirte un tampón y es imposible, acudes a la consulta del ginecólogo y éste no puede explorarte. Te sientes rara, diferente e incluso culpable. Una culpabilidad que pasa a formar parte de tu estructura mental del día a día y que te hace sentir pequeña. ¿Por qué a mí?

No te atreves a decírselo a nadie, sientes que te van a juzgar, que no te van a entender, o incluso que se van a burlar de ti. Cada vez que tienes relaciones sexuales te dices *"¿Y si hoy puedo? No, seguro que me dolerá y no entrará, bueno, mejor lo intentamos en otra ocasión"*

Y así va pasando el tiempo hasta que sin darte cuenta "normalizas" la situación, aunque no poder tener penetración y no poder complacer a tu pareja (como tú crees que la tienes que complacer) se convierte en algo que te angustia y te preocupa profundamente, e incluso puede que te llegues a cuestionar tu sexualidad.

Aún hay días que no me lo creo y es él (mi pareja) quien me recuerda que lo hemos conseguido. Tengo 28 años y el 23 de junio tuve mi primera relación sexual con penetración, algo que años e incluso meses atrás era impensable.

Harta de pensar que todo estaba en mi mente, de sentirme culpable y sentir vergüenza por lo que me pasaba, empecé a buscar y encontré a mi hada madrina, Pilar, una fisioterapeuta especializada en suelo pélvico que ha tratado a cientos de mujeres con vaginismo, y lo ha hecho basándose en tres pilares fundamentales: desensibilización, hidratación y, lo más importante, **dilatación**.

En sólo 3 meses y medio lo conseguí. Lo conseguimos.

La rutina de entrenamiento con los diferentes tamaños de dilatadores, ejercicios de Kegel para fortalecer el suelo pélvico y la correcta hidratación pasan a formar parte de tu día a día y todo el miedo que sentiste un día se esfuma.

Introducirte el dedo por primera vez, el primer tampón, aumentar el tamaño del dilatador, dejar que tu pareja lo haga también. Cuando miras atrás y ves todo lo que has ido consiguiendo, sólo puedes sentirte muy orgullosa de ti y seguir. Recordaré siempre mi primera visita con Pilar. Creo que fue tan importante o más que el día del primer coito porque, el día que tienes sexo con penetración por primera vez ya te lo has imaginado, te has visualizado haciéndolo, pero el día que entra algo en tu vagina por primera vez no te lo terminas de creer. Lloras, ríes, haces ambas cosas...

Cuando empecé a contarlo empecé a normalizarlo, y así os pasará a todas las que padezcáis esta afección. De hecho, yo no dejo de hacerlo, es muy terapéutico y liberador explicar lo que te ha pasado o te está pasando sin juzgar, sin que te juzguen. Contar tu historia te ayudará a sentirte normal, porque en el fondo nunca has dejado de serlo.

Nunca hemos sido anormales, puede que nos hayamos sentido así, pero el tener penetración no te hace más normal, ni más mujer, ni mejor. El tener penetración te da la libertad de escoger, de saber lo que te gusta, de conocerte. El vaginismo me ha fortalecido, me ha hecho más valiente, me ha dado autoconocimiento, y fortalecido mi relación de pareja, nos ha hecho crecer a los dos, porque, además, durante el tratamiento tienes que afrontar miedos e inseguridades que salen a la luz con más fuerza que nunca.

A mitad del tratamiento Pilar me habló de **ANVAG (Asociación para la normalización del vaginismo)**, que está empezando a dar sus primeros pasos. La formamos un grupo de mujeres afectadas. Tiene el propósito de guiar, informar y ayudar a otras chicas que lo padezcan, hacerlas ver que no están solas y por supuesto que **TIENE tratamiento**.

Poder compartir con otras mujeres tus emociones, tus miedos y ver que a ellas les ocurre lo mismo que a ti, aunque cada una en su proceso, te hace sentir que todo lo que sientes es normal, siempre ha sido así.

Yo he tardado muchos años en hacerlo, algunas mujeres incluso más. Y es simplemente por el miedo irracional que nos domina debido, en parte, a la falta de información sobre el tema, y al paternalismo médico que conlleva la errónea derivación de estas pacientes.

Soy estudiante de medicina y he sido cómplice de ello, y me he sentido indignada cuando he visto que en ninguna especialidad se habla del clítoris o de la sexualidad femenina en general. Pero sobre todo que se siga insistiendo en que el vaginismo es una afección psicológica.

Poder compartir con todas vosotras mi historia, me acerca a la idea de imaginar que un día las mujeres hablaran del vaginismo con toda naturalidad. Se lo contarán a sus padres, a sus amigos, y pedirán ayuda en el momento que crean que pueden padecerlo. Y si con este testimonio consigo ayudar a una sola mujer, habrá merecido la pena.



María Jesús Soriano Soriano

Psicóloga Clínica - Psicoterapeuta

majeso@dtinf.net

Las compañeras de MyS me han pedido si podía aportar mi opinión sobre el tema del vaginismo. He aceptado porque, a pesar de que en mis treinta y pico años de profesión no me han solicitado consulta o tratamiento expresamente por este problema, sí que ha aparecido ese malestar en algunas mujeres en el transcurso de la psicoterapia: en algunos casos formando parte del pasado, en otros como una preocupación del presente y en otros como parte de su experiencia sexual. Y es desde ese contexto que os muestro los relatos de algunas de estas mujeres.

Expongo los casos sin interpretación ni valoraciones clínicas. Los planteo desde la reflexión para seguir investigando sobre una molestia mucho más extendida de lo que se piensa aunque, paradójicamente, no disponemos de información al respecto que muestre su alcance real.

Por otro lado, en mi búsqueda de material teórico sobre vaginismos tuve la suerte de encontrarme con la tesis "Sexualidad y cuerpos en relatos de mujeres con vaginismo" de Manuela Cisternas, a ella debo las explicaciones teóricas sobre vaginismo que me han ayudado a tener una mayor comprensión de este problema tan silenciado y ocultado. Intercalo en el texto algunas citas textuales.

ANDREA

Mujer de 55 años que solicita atención psicológica por diferentes conflictos por los que dice sentirse desbordada. Va relatando su vida y aparece el vaginismo.

El vaginismo se manifiesta como una reacción psicósomática ante la penetración, que consiste en una contracción o espasmo involuntario de los músculos de la vagina¹.

Empezó el noviazgo a los 18 años. La relación sexual desde el principio fue mal. Ella no quería tener relaciones con penetración. En algún momento lo intentaron pero ella tenía mucho dolor y dejaron esta práctica.

En el DSM-V se define el vaginismo junto con la dispareunia (dolor durante el coito) fusionándose ambos conceptos bajo la categoría "trastorno de dolor genito-pélvico/penetración¹". Ella tenía muy claro su deseo de ser madre. Visitaron a un ginecólogo que le informó que su vaginismo no tenía causas fisiológicas. Tuvo que ser intervenida quirúrgicamente para que sus músculos dejaran de estar tan agarrotados y poder

Relatos de vaginismo

tener relaciones coitales y quedarse embarazada. Tuvieron una niña.

Algunas mujeres sufren el vaginismo en su intimidad, junto a sus parejas de toda la vida, y solo deciden dar un paso al frente cuando quieren quedarse embarazadas¹.

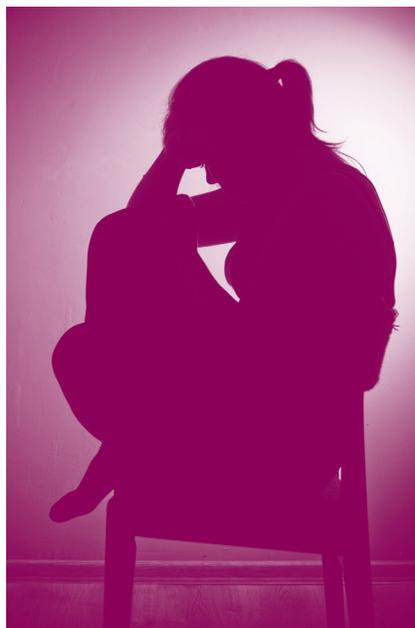
La relación de pareja no funcionaba. Deciden divorciarse. Después de la separación, tuvo otras parejas en las que sus relaciones sexuales fueron satisfactorias sin vaginismo y sin dolor en la penetración.

Andrea explica cómo su estructura familiar se rompió a la muerte de su madre. Ella tenía doce años y su hermano seis. Y empezaron los abusos sexuales de su padre. Se lo dijo a su tía. No la creyó. Ella iba parando a su padre como podía. Estuvo un tiempo internada en un colegio en donde se sintió protegida. Salió y volvió al horror. Fue cuando lo conoció a él. Y se hicieron novios. Sintió que la podía proteger, cuidar. Depositó su confianza y él siempre estuvo a su lado como un gran amigo al que se siente muy agradecida.

Desde diversos estudios de psicología se han planteado diferentes factores culturales que inciden en la prevalencia del vaginismo y se trabajan como hipótesis explicativas de su aparición. Incluyen: inadecuada información sexual, permanencia de mitos y creencias erróneas sobre el sexo, educación sexual negativa (educación religiosa muy estricta) o situaciones traumáticas relacionadas con la vivencia sexual en la biografía (violación o abusos sexuales)¹.

BERTA

Mujer de 35 años. Dice sentirse con baja autoestima, insegura y deprimida. Después de varias sesiones me dice que hace



unos años había ido con otro psicólogo. Le pregunté por qué no retomó la psicoterapia con él. Me explica que fue a este psicólogo porque sufría por "ser virgen" y le daba temor y vergüenza decirse a posibles hombres con los que pudiera salir. Temía la penetración. Le asustaban las relaciones sexuales pero quería tener pareja. Le expuso el problema al psicólogo y este le dijo que le ayudaría a perder la virginidad. La desvirgó. Según me explica se lo hizo lentamente, después de varias sesiones, con mucho cuidado. Pero no le ayudó con el tema. Sigue teniendo los mismos miedos.

En una investigación cualitativa de 89 mujeres con vaginismo se establece que los 3 factores contribuyentes más comunes e influyentes según las mismas entrevistadas eran: 1) el temor al dolor durante el sexo, 2) la creencia de que el sexo es malo o vergonzoso, 3) experiencias traumáticas en la niñez. En este mismo estudio, las mujeres adjudican mayor relevancia a la influencia de mensajes intrusivos, inadecuados y negativos sobre el coito asociados a su vaginismo, mientras que el abuso sexual fue considerado lo menos relevante¹.

Le costó entender, cuando se lo explicaba, que no era ética la actuación de ese psicólogo. Que abusó de su rol profesional y que abusó sexualmente de ella al no respetar los límites entre paciente/psicoterapeuta y que podía denunciarlo a la comisión deontológica del COPC.

CAROL

Mujer de 43 años. Solicita atención por el gran sentimiento de culpabilidad que le está generando cuidar de su madre. Esta se quedó viuda y se ha visto en la obligación de llevarla a vivir a su casa. Le han diagnosticado demencia senil con rasgos persecutorios y alucinaciones. Carol se fue a los 20 años de casa de sus padres que vivían en un pueblo y se vino a la ciudad. Ella dice claramente que huyó. Su madre siempre le decía que era fea, que no servía para nada, que estaba gorda que no le gustaría a nadie y que siempre estaría sola. Además de todo eso le traspasó sus miedos. Su madre tenía miedo de todo y de todos. Ahora siente hacia ella mucho rechazo, rencor y todo ello le hace sentirse muy culpable. Padece de fuertes crisis de angustia.

Y aparece otro problema. Tiene 43 años y no ha tenido relaciones sexuales. Va retrasando posibles encuentros sexuales porque le da mucha vergüenza. Siempre le ha dado mucho miedo la penetración.

El vaginismo usualmente afecta al funcionamiento sexual general, por lo cual es habitual encontrarlo asociado a otros "trastornos" como desinterés, indiferencia o inapetencia hacia las relaciones sexuales y generando problemas de ansiedad y depresión en las mujeres¹.

Hace poco y a través de internet conoció a un hombre. Era muy abierto, extrovertido, alegre, desenfadado. La sedujo. Él le habló claro y le dijo que lo que quería de la relación era

sexo. Ella tenía miedo de decirle que no había tenido nunca relaciones sexuales y que la penetración le daba miedo. Finalmente se lo dijo. Empezaron los encuentros sexuales pero a ella llegar "hasta el final" le daba miedo. Accedía a todo lo que él le mandaba hacerle. Se sentía sucia, como una puta. Ella se quejaba que a ella no le daba placer. Al final la ha dejado por correo electrónico. Está obsesionada con él. Está pendiente de si está conectado a internet. La ha bloqueado. Se siente abandonada y enfadada con ella misma, porque dice que es un hombre casado, manipulador, mentiroso que la está utilizando y que le está haciendo daño.

Las mujeres con vaginismo suelen provenir de contextos familiares y culturales con fuertes perspectivas negativas sobre la sexualidad lo que incluye asociar la sexualidad a ciertos "peligros" (embarazos no deseados, infección de enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual), como también restricciones de la libertad sexual femenina¹.

DELIA

Mujer de 55 años: Consulta por problemas laborales.

Me habla de su sexualidad y de sus inicios. Empezó sus relaciones sexuales a los 19 años. Tenía miedo a quedarse embarazada, tenía miedo a la penetración. Tuvo relaciones sexuales primero con hombres y después con mujeres. En ningún caso con penetración. En ese momento el eslogan feminista de los ochenta de "no a la penetración" le iba muy bien para justificar sus miedos.

Ha tenido diversas parejas. En este momento no tiene pareja y mantiene relaciones sexuales esporádicas con mujeres.

Sobre la construcción cultural e ideológica del sexo (Dides, 2006) nos explica que aunque la sexualidad se encuentra ligada a la fisiología y morfología, no se encuentra constreñida a ello; emerge en un contexto cultural y está influenciada por variables como lo psíquico, lo económico, la diferencia sexual, el sistema sexo-género, etc., por tanto no existe una única sexualidad como tampoco una sola práctica sexual. Cada cultura regirá los comportamientos sexuales, dirimiendo lo permitido, lo prohibido, lo deseable y lo real, estableciendo restricciones de quienes son parejas adecuadas según edad, género, raza, clase, parentesco, etc. y lo que tiene que ver con los órganos que usamos, los orificios que se pueden penetrar, el modo de relación sexual y de coito; qué podemos tocar, cuando podemos tocar, con qué frecuencia, y así sucesivamente¹.

He aquí algunos relatos que durante estos años de práctica profesional me he encontrado en que el vaginismo era un malestar entre otros malestares...

¹ <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142338>



Noemia Loio Marqués

Médica Residente de
Medicina del Trabajo
nenacata@gmail.com

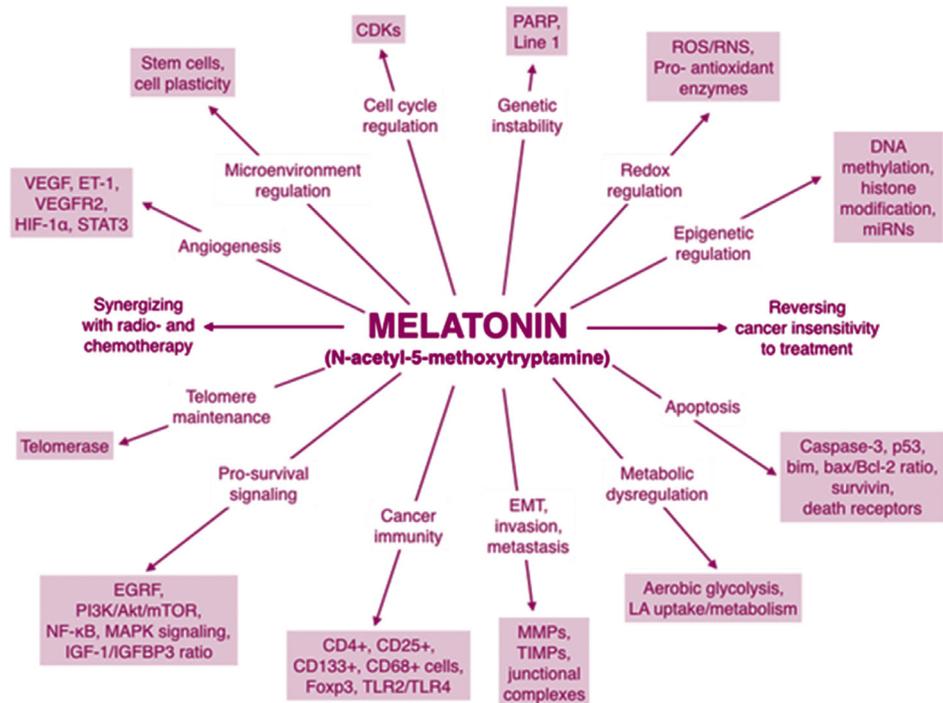
La palabra melatonina proviene de un neologismo híbrido compuesto del griego *melas* (negro), del griego *tonos* (tono), la raíz latina *ten* (estirar, tender) y el sufijo latino *ina*, usado para describir sustancias como proteína o vitaminas.

Para la ciencia natural la melatonina (N-acetyl-5-methoxytriptamina) es una hormona endógena sintetizada en la glándula pineal a partir del aminoácido esencial triptófano. Tras pasar por varias enzimas hasta su formación final, es liberada al torrente sanguíneo y llega a varios fluidos corporales como bilis, humor vítreo, líquido amniótico, líquido cefalorraquídeo, etc.

Se sabe desde hace tiempo que participa en la regulación de diversos procesos tales como la fisiología de la reproducción o el ciclo circadiano, y más recientemente se ha comprobado que es un potente antioxidante usado con efectos positivos como protector frente a los efectos indeseados de las terapias contra el cáncer.

Respecto al ciclo circadiano, juega un papel regulador del sueño -con producción máxima en el periodo nocturno y mínima en el diurno-, mejora la latencia, la calidad y el tiempo del sueño total tanto en niños como en las personas adultas y, al ser un agente natural, no presenta los efectos secundarios, como dependencia del fármaco o intolerancia, que provocan la mayoría de los ansiolíticos utilizados para dormir¹. Los suplementos de melatonina son especialmente recomendables para las personas que hacen trabajo nocturno ya que esta actividad altera el ciclo circadiano natural lo que debilita el sistema inmunitario. En el caso específico de las mujeres, se ha visto que el trabajo nocturno es un factor de riesgo para cáncer de mama. Aquí la administración de melatonina

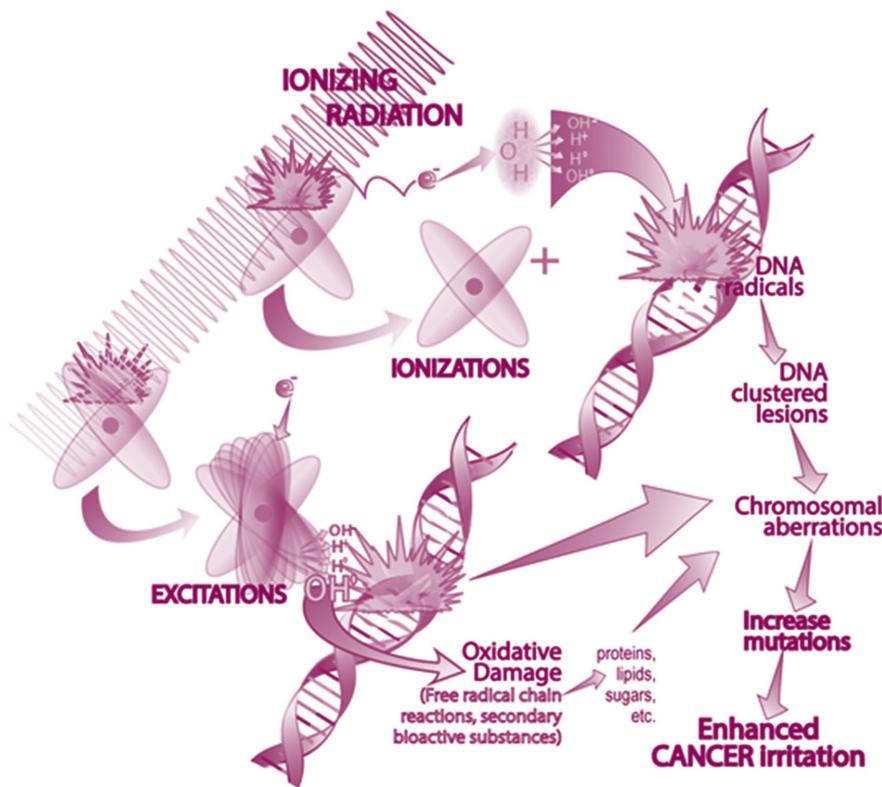
MELATONINA, algo más que La hormona del sueño



representa un buen protector ya que, por un lado, interfiere en la formación estrogénica (el exceso de estrógenos es el responsable de la mayoría de los cánceres de mama) y, por otro, actúa directamente sobre los receptores mamarios.

melatonina como protectora en La radioterapia y La exposición a radiaciones ionizantes

La radiación ionizante, con longitudes de onda inferiores a 100nm, pero con frecuencias y energía superiores al espectro visible, tiene la capacidad de, en contacto con la materia, provocar ionización en la configuración de las moléculas y alterar la parte genética de las células, como el ADN. Este es el mecanismo de acción terapéutica de la radioterapia: la destrucción del ADN de las células cancerígena. Lo malo es que, al mismo tiempo, la radioterapia afecta a los tejidos adyacentes al tumor, y este daño causado al ADN y otras lesiones celulares a células sanas aumenta la posibilidad de mutaciones genéticas y aberraciones cromosómicas, lo que



Todo lo cual induce a recomendar el consumo de suplementos de melatonina para las personas que reciben radioterapia así como para las y los profesionales que utilizan la radiación laboralmente.

El Doctor Blickenstaff y su equipo relataron que la mitad de los ratones irradiados con una dosis normalmente letal de radiación ionizante que fue tratado con melatonina se libró de la muerte, mientras el grupo que no la recibió murió a los 30 días de exposición.

Además, la melatonina no produce citotoxicidad (daño a las células normales). Actúa directamente sobre el receptor MT1 para suprimir las proteínas L1 y la ORF1, implicadas en procesos cancerígenos. Por la noche, la producción de melatonina es elevada, si este proceso es interrumpido, como ocurre a las personas con trabajo nocturno o a las personas mayores, se

contribuye a un mayor riesgo de desarrollar cáncer y, por tanto, limita la ganancia terapéutica.

produce una mayor expresión de L1 aumentando así el riesgo de daños sobre el ADN.

Este riesgo existe tanto para las personas sobre las que se realiza la radioterapia, como para las y los profesionales que utilizan esta radiación en sus actividades laborales. Los profesionales de salud, especialmente las que manejan la radiación ionizante tanto en bloques quirúrgicos como en las salas de realización de la radioterapia o en las salas donde se realizan los exámenes complementarios con uso de radiación, en su mayoría técnicas de radiología, son un tipo de profesional que por su actividad laboral presentan un riesgo profesional elevado que necesita de mayor vigilancia de salud por parte de los servicios de salud ocupacional de sus instituciones. Tanto en España, como en Portugal, las personas expuestas a la categoría A (exposición superior a 6mSv por año), la vigilancia de salud es anual.

otros beneficios de La melatonina

Otra forma de protección celular de la melatonina es su acción como antioxidante directo. Estimula la actividad de las enzimas que metabolizan el H₂O₂ (una de las principales sustancias prooxidantes). Hay estudios que reflejan que estas enzimas (glutacion peroxidase (GPx), glutacion reductasa (GRd), catalasas,...) aparecen alteradas en personas con fibromialgia, sensibilidad química múltiple y sensibilidad electromagnética.

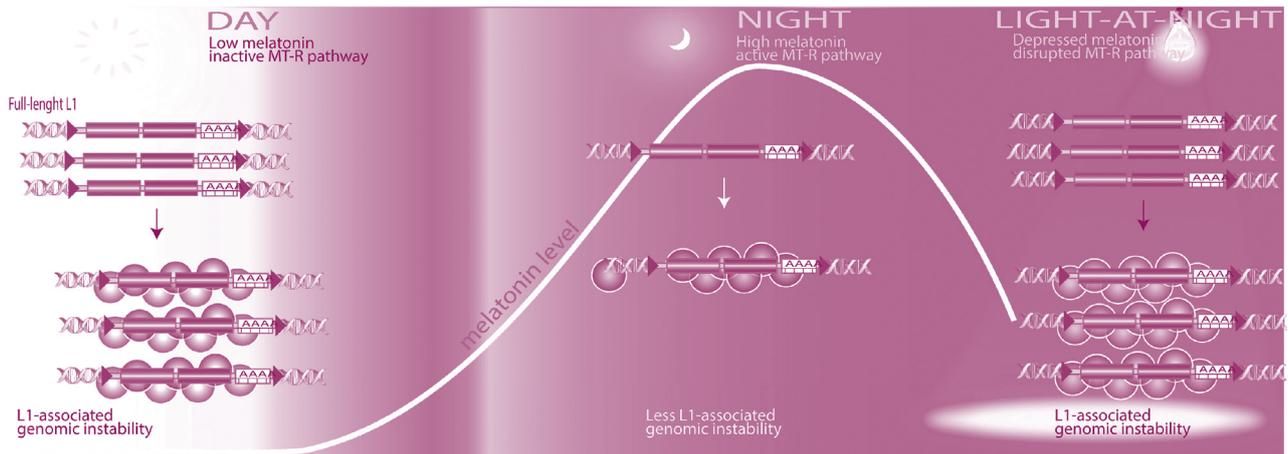
Pues bien, los últimos estudios están apuntando que la melatonina desempeña un papel importante en la prevención de las diversas fases de desarrollo de un cáncer: iniciación, progresión y metástasis, actuando sobre el núcleo, el citosol y la membrana de la célula.

También limita la destrucción de los telómeros, reduciendo así el envejecimiento celular. Estimula la autoinmunidad y la actividad anti tumoral de algunas sustancias como son la interleucina L2 y otros factores de crecimiento³.

- Inhibe procesos moleculares asociados a las metástasis, limitando la entrada de células cancerígenas en el sistema vascular
- Reduce las consecuencias tóxicas de la quimioterapia, cuando ésta crea inflamación local
- Neutraliza los radicales libres, sobre todo el hidroxílico (muy tóxico)².

Para acabar. Hay prometedores estudios recientes que indican que la melatonina de efecto retardado, al regular el ciclo circadiano, puede facilitar la retirada de benzodiazepinas (ansiolíticos) tomadas durante largos periodos de tiempo^{4,5}.

En resumen, la melatonina sincroniza la actividad biológica con el ciclo luz-oscuridad, protege el sistema inmune y antioxidante del organismo, limita el envejecimiento celular, disminuye el daño celular cancerígeno y limita los efectos secundarios de la quimioterapia y de la exposición a radiaciones.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ferracioli-Oda E, Qawasmí A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. PLoS One. 2013
2. Shirazi A, Ghobadi G, Ghazi-Khansari M. A radiobiological review on melatonin: a novel radioprotector. J Radiat Res. 2007 Jul;48(4):263-72.
3. Reiter RJ, Rosales-Corral SA, Tan DX, Acuna-Castroviejo D, Qin L, Yang SF, Xu K. Melatonin, a Full Service Anti-Cancer Agent: Inhibition of Initiation, Progression and Metastasis. Int J Mol Sci. 2017 Apr 17;18(4).
4. Kunz D, Bineau S, Maman K, Milea D, Toumi M. Benzodiazepine discontinuation with prolonged-release melatonin: hints from a German longitudinal prescription database. Expert Opin Pharmacother. 2012 Jan;13(1):9-16.
5. Baandrup L, Fasmer OB, Glenthøj BY, Jennum PJ. Circadian rest-activity rhythms during benzodiazepine tapering covered by melatonin versus placebo add-on: data derived from a randomized clinical trial. BMC Psychiatry. 2016 Oct 13;16(1):348.



IDEAS PARA UN SUEÑO REPARADOR:

He aquí varias recomendaciones para favorecer la secreción de melatonina y, por tanto, un sueño verdaderamente reparador:

1. Duerme lo suficiente. Se recomienda de 7 a 9 horas cada día en adultas.
2. Procura oscuridad completa en el dormitorio.
3. Exponte todo lo posible a la luz natural durante el día (y un rato al sol de medio día).
4. Saca del dormitorio móviles, teléfonos inalámbricos, interfonos de bebés y cualquier dispositivo electrónico.
5. Si aún usas wifi (en lugar de cableado), desactívalo por la noche.
6. No mires el ordenador, el móvil o la tele desde una hora antes de irte a dormir. En su lugar: lee, medita, pasea, oye música suave...
7. Pon el despertador eléctrico a un metro de tu cama. Y que no tenga luz permanente.
8. Reserva la cama para dormir (ni trabajar, ni ver la tele...)
9. Considera tener "una habitación propia" (duerme sola)
10. Mantén un horario regular para acostarte y para levantarte (también los fines de semana).
11. Cena suave (en torno a las 8h pm) al menos dos horas antes de acostarte. Evita granos y azúcares.
12. Deja de trabajar dos horas antes de acostarte, o al menos una (incluido poner lavadoras, preparar comidas para el día siguiente, planificar...)
13. No uses luces LED, ni de bajo consumo ni fluorescentes en tu casa. Usa bombillas incandescentes: dan una luz mucho más saludable (especialmente en tu cuarto).
14. Y ¡MUÉVETE! Al margen de si haces o no deporte, mueve el cuerpo durante el día todo lo posible. Haz cosas en casa, ve andando a los sitios, levántate con frecuencia cuando estés sentada trabajando, leyendo o viendo la tele, usa la actividad cotidiana como ejercicio físico.

¿qué es La electrosensibilidad?



Carlos Álvarez Berlana

Afectado y Activista de Electrosensibles

por el derecho a la salud

<https://electroyquimicosensibles.org>

Soy Carlos Alvarez Berlana, afectado de sensibilidad química desde hace 14 años y de electrosensibilidad desde hace 6. Mis condiciones de vida son duras, pero, gracias a los adaptadores, puedo utilizar ordenador e internet. A través de mi trabajo en la asociación *Electrosensibles por el derecho a la salud* he podido acceder a información de primera mano sobre el tema de la electrosensibilidad.

Para los afectados una de las principales necesidades es que se divulgue información fiable sobre esta enfermedad que a veces se enfrenta al negacionismo de sectores vinculados a los intereses tecnológicos, de cara a poder facilitar las adaptaciones necesarias en nuestro entorno y conseguir de las administraciones ayuda en nuestra difícil situación.

Aunque no hay datos al respecto de la prevalencia por sexos de la electrosensibilidad, la Sensibilidad Química Múltiple y el Síndrome de Fatiga Crónica, con los que se engloba, son patologías mayoritariamente de mujeres, en cuya desatención a veces se mezclan las cuestiones de género.

¿qué es La electrosensibilidad?

La electrosensibilidad, hipersensibilidad electromagnética, electro hipersensibilidad o síndrome de intolerancia a los campos electromagnéticos (SICEM) es una respuesta de intolerancia del organismo frente a los campos electromagnéticos a dosis por debajo del límite máximo establecido por las actuales reglamentaciones.

CAUSAS

Pensamos que el actual debate existente respecto a las causas de la electrosensibilidad no es ajeno a las implicaciones tecnológicas e industriales.

Aunque la OMS baraja diversas hipótesis como causa para la electrosensibilidad, y afirma que no está demostrada su relación con los campos electromagnéticos, hay diversos investigadores con experiencia con personas afectadas y profesionales con experiencia en bioelectromagnetismo que sí consideran que se trata de una enfermedad de carácter ambiental que está originada por los campos electromagnéticos (CEM).

Respecto a los estudios de provocación, es decir, aquellos en que se expone a las personas al agente que les causa supelementalmente la sintomatología, algunos investigadores sostienen que los de índole subjetivo (en que el paciente sabe que está siendo expuesto) apoyan la teoría de que la electrosensibilidad podría estar causada por el efecto nocebo (sufrir síntomas ante la expectativa, consciente o no, de padecer efectos negativos por exposición a un agente determinado).

Sin embargo otros autores niegan esta posibilidad y hay estudios subjetivos de provocación que demuestran la capacidad de los electrosensibles de detectar los CEM.

También, hay autores y autoras que consideran que este tipo de estudios subjetivos de provocación no son válidos para demostrar el carácter psicológico de la electrosensibilidad, puesto que la capacidad de distinguir los CEM y padecer la patología pueden ser cosas diferentes.

Al mismo tiempo, hay autores y autoras que consideran que son los estudios objetivos de provocación sobre variables somáticas los que apoyan el punto de vista de que la electrosensibilidad es un trastorno de carácter fisiológico.

Y también hay estudios más recientes que investigan biomarcadores para esta patología, e investigaciones que desarrollan variables analíticas que se ven alteradas en los electrosensibles y que tienden a estabilizarse cuando los pacientes pasan un periodo de alejamiento de campos electromagnéticos.

Así mismo, organizaciones de personas afectadas en todo el mundo consideran que el punto de vista psicológico no es adecuado para abordar la electrosensibilidad y que se trata de un trastorno fisiológico causado por los campos electromagnéticos.

Por otro lado, hay una abundante literatura científica sobre efectos biológicos adversos de los campos electromagnéticos dentro de los límites de las actuales reglamentaciones; lo que también viene a apoyar el punto de vista fisiológico para la electrosensibilidad.

SÍNTOMAS

Los posibles síntomas, relacionados con los observados en las proximidades a las antenas de telefonía y los experimentados por los trabajadores de radar, son:

| | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| Fatiga | Alteraciones del sueño |
| Dolores de cabeza | Malestar general |
| Dificultad para concentrarse | Depresión |
| Pérdida de memoria | Alteraciones visuales |
| Irritabilidad | Alteraciones auditivas (tinnitus) |
| Erupciones cutáneas | Palpitaciones |
| Mareos | Pérdida de apetito |
| Dificultades motrices | Náuseas |

PREVALENCIA

No hay registros oficiales y por tanto no hay información precisa sobre cuantas personas puedan estar padeciendo esta patología. Según diferentes encuestas, porcentajes de población que van del 1.5%, encontrado en California, pasando por un 3%, detectado en Suecia, hasta el 5% en Suiza, podrían estar experimentando síntomas relacionados con la electrosensibilidad, y según estimaciones de asociaciones de afectados un 0.001% de personas podría estar padeciendo electrosensibilidad en grado severo.



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El Colegio de médicos de Austria considera que cuando se sospecha que los problemas de salud puedan estar relacionados con los campos electromagnéticos, el diagnóstico debe realizarse mediante cuestionario estableciendo la posible correlación entre la Historia de los problemas de salud y la exposición a los campos electromagnéticos, además de excluir todas las otras posibles causas.

El principal método de tratamiento recomendado es la prevención o reducción de la exposición a los CEM, acompañado de otras medidas que consistan en la reinstauración de la capacidad de regulación oxidativa y nitrosativa a través de sustancias como vitaminas y anti-oxidantes.

MECANISMOS BIOLÓGICOS

En cuanto a las causas biológicas, la Guía EUROPAEM para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de salud relacionados con los Campos Electromagnéticos (CEM-EMF), apunta al estrés oxidativo relacionado con la afectación en los canales de calcio en las membranas celulares como mecanismo implicado en la electrosensibilidad. Hay también otras teorías acerca de la acumulación de metales pesados y la posibilidad de la influencia de determinados patógenos en el organismo.

ELECTROSENSIBILIDAD Y DERECHOS HUMANOS

La propuesta de Dictamen sobre Electrosensibilidad aprobada por la sección TEN del Comité Económico y Social Europea en 2014 afirma:

“El síndrome de hipersensibilidad electromagnética es un problema complejo, cuya resolución necesita una combinación de medidas, tanto legislativas como de otro tipo. En el plano de los derechos fundamentales hay un conflicto entre, por una parte la dignidad de las personas y su integridad física, su derecho a la libertad y la seguridad, que afectan además tanto al derecho al trabajo y la libertad profesional como al derecho a la no discriminación y la protección de la salud de las personas con el síndrome de hipersensibilidad electromagnética y, por otra, el derecho a la libre comunicación y la libertad de empresa, debiéndose ponderar ambos grupos de derechos proporcionalmente a su importancia social.”

Además de la incompreensión y las dificultades para realizar la adaptación en su entorno, según algunas instituciones e informes de personas expertas, los electrosensibles, como personas que padecen enfermedades de carácter ambiental, se enfrentan a situaciones de gran sufrimiento en las que se podrían estar vulnerando sus Derechos Humanos, ya que por razón de la discapacidad asociada a su situación de salud tienen limitada su movilidad, su participación social y el acceso en unas condiciones adecuadas a servicios básicos como la sanidad o la educación.

REFERENCIAS

1. El síndrome de intolerancia a los Campos electromagnéticos. Dominique Belpomme. Asociación para la investigación en terapias anti-cancer ARTAC. 2010. <https://electroyquimicosensibles.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/12/El-S%C3%ADndrome-de-Intolerancia-a-los-Campos-Electromagn%C3%A9ticos.pdf>
2. Declaración científica internacional de Bruselas sobre Electrohipersensibilidad y Sensibilidad Química Múltiple. 2015. <https://psiquiatria.com/tratamientos/declaracion-cientifica-internacional-de-bruselas-sobre-electrohipersensibilidad-y-sensibilidad-quimica-multiple-2015/>
3. Carta de las asociaciones en defensa de los derechos de las personas electrohipersensibles de los países de la Unión Europea al Comité Económico y Social Europeo. 2014. http://www.peccem.org/DocumentacionDescarga/Campanas/EHS-CESE/EHS_Letter_to_EESC_04_11_2014_DEF.pdf
4. Homenaje a Ángel Jaén en el aniversario de su fallecimiento causado por su condición de afectada de electrosensibilidad. Electrosensibles por el Derecho a la Salud. 2017. <https://electroyquimicosensibles.org/homenaje-a-angela-jaen-en-el-aniversario-de-su-fallecimiento-causado-por-su-condicion-de-afectada-de-electrosensibilidad/>
5. Directrices del Colegio de Médicos de Austria para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas de salud relacionados con los campos electromagnéticos (síndrome de los CEM). 2012. http://www.covace.org/files/236_contES.pdf
6. Guía EuropaEM para la prevención y tratamiento de enfermedades y problemas de salud relacionados con los Campos electromagnéticos (CEM-EMF). Reviews on Environmental Health. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27454111> <http://www.peccem.org/DocumentacionDescarga/ElectroHiperSensibilidad/Guia.EUROPAEM.2016.pdf>
7. 12 Mayo. Día Internacional de las enfermedades de Sensibilización Central: Sensibilidad Química Múltiple, electrohipersensibilidad, Síndrome de Fatiga Crónica y fibromialgia. Defensor del Pueblo Vasco, Ararteko. 2012. http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2890_3.pdf

CRÓNICA DE LA XVII reunión internacional de mujeres de negro

5 al 8 de marzo de 2018.
ciudad del cabo. sudafrica



Vita Arrufat¹, Charo Altable², Maria Huertas², Bea Plaza², Esperanza de Rueda², Eulalia Torrent² y Cristina Buitrago³

Trece Mujeres de Negro de Comunidad Valenciana, País Vasco, Madrid y Toledo, hemos asistido a la XVII Reunión Internacional de Mujeres de Negro titulada: "Vidas desplazadas", celebrada en Ciudad del Cabo y organizada por WIBSA, Women in Black Sud África, la organización sudafricana de Mujeres de Negro, que recibió en 2001, de la mano de ONU, el premio Nobel del Milenio. (<http://womeninblack.org>)

Sí, hemos estado en el hemisferio Sur! Y hemos vuelto conociendo mejor la realidad de las mujeres sudafricanas y los proyectos, personales y comunitarios, que las mujeres de negro implementan desde sus países de origen, dirigidos fundamentalmente a construir la paz y ayudar a personas refugiadas y emigrantes.

Nos hemos reunido allí mujeres de muchos países diferentes: Gran Bretaña, Alemania, Holanda, Suecia, Armenia, Estados Unidos, India,... Numerosos países africanos como Etiopía, Congo, Zimbabue, Sahara, Madagascar, Sudán y, por supuesto, Sudáfrica.

África es un continente con diversas nacionalidades, etnias, religiones, culturas y tribus, y también con fronteras y muros. También Sudáfrica es un país de diversidades, que pueden ocasionar conflictos si no se aceptan y escuchan las diferentes maneras de organizarse y dar solución a los problemas. En este sentido insistía el encuentro en la necesidad de que las mujeres blancas escuchan a las mujeres negras y de otras

culturas, pues se habla de ellas sin escucharlas previamente.

Las mujeres de negro sudafricanas nos recibieron con los brazos abiertos. Nos explicaron las diferentes colonizaciones del país y la esclavitud de "nativos y emigrantes", pues todas las personas diferentes al "blanco" sufrieron discriminación. Ahora la discriminación también existe aunque es la pobreza la que más discrimina. También continúa la lucha continua contra el apartheid, que no es legal, pero sigue funcionando como conducta discriminatoria, la cual es mayor aún hacia las mujeres. Y así hemos sentido vergüenza, cuando explicamos el comportamiento con las personas refugiadas propuesto por el Gobierno de la Unión Europea.

Si en anteriores congresos, y sobre todo en el celebrado en el 2005 en Jerusalén, nos quedaron claros los conflictos entre árabes e israelíes, palestinos y judíos, este de Sudáfrica Heide Grunbaum nos ha transmitido que la violencia estructural es la misma en Israel que en Sudáfrica.

El primer día visitamos la casa comunitaria en Salt River, una zona que sobrevivió a los desplazamientos de las leyes de ordenación territorial colonial y del apartheid, pero que ahora enfrenta el desplazamiento de sus habitantes actuales, de clase trabajadora, los pobres y los residentes negros. Nos encontramos con activistas que reclaman la ciudad – una iniciativa de justicia social y espacial que se ha comprometido en nuevas campañas y tácticas para resis-

tir los desalojos actuales, y que tiene como objetivo deshacer y remodelar el espacio urbano contemporáneo, neoliberal post-Apartheid a través del activismo legal y cívico, la educación popular y tácticas de acción directa

También, hemos visto el empobrecimiento de las comunidades locales, y la miseria de los asentamientos "ilegales" de emigrantes provenientes de todos los países africanos. Son las ciudades de chabolas que rodean Ciudad del Cabo. Nadie sabe cuanto gente vive en ellas. No hay censos, no hay ayudas,... Ahí hemos presenciado los diferentes estadios de la pobreza y de la miseria más absoluta: sin amistades, sin familiares cercanos, sin comida, sin agua corriente, sin alcantarillado, sin educación, sin trabajo,... Todos ellos con consecuencias desastrosas para la salud emocional y física: ansiedad, tristeza, enfermedades, discapacidades.

También nos llevaron al Castillo de Buena Esperanza (Goodhope Castle), donde aprendimos la historia de las colonizaciones y del mercado de esclavos, y también la historia de las Mujeres de Negro en África. Y desde ese mismo castillo salimos el 8 de Marzo en marcha hacia el Parlamento Sudafricano, vestidas de negro y con velas y pancartas, pidiendo la paz y el fin de las violencias. Un éxito de paseo, que hicimos en fila y por la acera, gritando: "Amandla", (Poder para las mujeres), el grito de Mandela que ahora decíamos las mujeres. La gente nos respondía con el mismo grito.

Durante el congreso, asistimos a varios talleres en pequeños grupos, de los cuales destacamos dos:

- *Cómo se crea el enemigo*, llevado a cabo por las Mujeres de Negro de Madrid.

En este taller pudimos ver cómo ante los desplazamientos y migraciones, por guerras, por cuestión de género o raza..., se fabrican enemigos basados en el miedo. En pequeños grupos vamos analizando, según la propia experiencia, los miedos, estereotipos, el mundo de la información, el lenguaje y otros símbolos, el establecimiento de jerarquías y las alternativas que vemos, muchas de ellas basadas fundamentalmente en una educación para la paz y la escucha de las diferencias, no interpretando a otros grupos, no hablando por ellos, sino hablando en nombre propio.



- *Autocuidado y resistencia*, taller basado en la curación del trauma, llevado a cabo por las sudafricanas Nadia Lhan Kimmie y Lindiwe Diami. Sudáfrica ha sido un país donde se ha sufrido la esclavitud, el apartheid y numerosas inmigraciones y desplazamientos de poblaciones. Ello ha ocasionado numerosos traumas y crisis de identidad: ¿cuáles son mis raíces?, ¿cuál es mi tierra y mi país?, ¿a qué mundo y cultura pertenezco? Por medio del movimiento, la respiración y la música tratamos de encontrarnos con nosotras mismas y con las demás. Porque el cuerpo tiene mecanismos de desconexión del trauma, pero también mecanismos de recuperación, en conexión con otros cuerpos que han sufrido también

traumas, buscando palabras en común para explicarlo y levantarse, poniendo en acción la respiración, la voz y el movimiento, buscando así las emociones canceladas. Se trata de conectar con la tierra, la naturaleza y nuestras antepasadas que nos dieron la vida y también las semillas de curación. Suena el tambor y el canto, cerramos los ojos y conectamos con nuestras heridas y con la tierra que nos sostiene. Aceptamos el dolor como un regalo de transformación, pues solamente aceptándolo podemos superarlo y encontrarnos con el dolor de otras personas y también con sus alegrías. El canto, el ritmo y la danza pueden acompañarnos cuando estamos tristes, sentimos dolor, rabia o alegría. Danzamos con los ojos cerrados y cuando los abrimos conectamos con la mirada de las otras mujeres. Terminamos con palabras de lo sentido y de cómo hemos vivido el proceso, sintiéndonos con mayor empatía, alegría y conexión con todas las personas del grupo.

Nosotras, por nuestra parte, contamos las actividades que hacemos las mujeres de negro en España, como el apoyo a las personas refugiadas, las concentraciones de negro y en silencio contra las guerras y contra todo tipo de violencia hacia las mujeres, que en estos últimos años se han centrado en la situación de máxima humillación y vejación que sufren las mujeres a lo largo del proceso migratorio: despojadas de familia y de redes sociales, violadas a veces antes de comenzar siquiera, violentadas y abusadas durante el trayecto, cuando por fin llega a su destino, se encuentra con alternativas como la explotación sexual, los centros de internamiento o el retorno obligatorio a su lugar de origen. Todo ello si ha conseguido sobrevivir durante el viaje. En alguna de las Comunidades españolas, hemos forma-



do parte, junto con otras organizaciones como Open Borders, para lograr mayor visibilidad, y hemos participado en acciones más numerosas como las caravanas al Tarajal, Melilla, Grecia y, la próxima, al Sur de Italia; siempre a las fronteras donde se siguen acumulando numerosas personas refugiadas a las que nadie atiende, salvo la población civil. En ellas denunciemos a lo largo de todo el trayecto, y a la vuelta con documentación gráfica, el genocidio que se está perpetrando con esta población, la ceguera de los gobiernos europeos y la responsabilidad que sentimos la ciudadanía ante esta pasividad.

"Ninguna persona es ilegal". Las Mujeres de Negro luchamos por la paz en el mundo. La paz no es solo la ausencia de guerras, la paz es educación para todos/as, salud pública, alimentos disponibles para todo el mundo. La paz es el respeto a los derechos humanos, por eso pedimos a los gobiernos, que antepongan los derechos humanos a los intereses de las empresas multinacionales, así se logra la paz.

(1) Dones de negre Castelló, (2) Mujeres de negro Valencia, (3) Mujeres de negro Madrid.

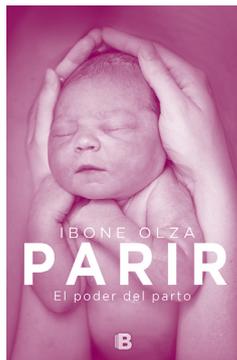


EL orgullo de Limpiar culos

Hoy volví a escuchar “trabajar aunque sea limpiando culos” y no es ni la primera ni la octava vez que lo escucho. Y siento la necesidad de reivindicar mi trabajo y de gritar al mundo lo orgullosa que estoy de él. Si señores y señoras, orgullosa de limpiar culos, cortar uñas, lavar cabezas, vestir, duchar, alimentar y cuidar a personas, sí sí PERSONAS, que no pueden hacerlo por sí mismas. Pero vamos a resumirlo en “limpiar culos”.

Ya estoy un poquito harta de las connotaciones negativas de esta expresión que va íntimamente ligada a mi profesión. Está claro que no todos valemos para todo. Yo por ejemplo no podría trabajar en algo que me exigiese mentir, como un banquero o algo por el estilo. Y sin embargo esa es una profesión muy valorada, por el contrario enfrentarte a la mía es como lo último de lo último. Pues yo os digo a vosotros/as usuarios de Facebook, que en vuestra inmensa mayoría nunca habéis necesitado que nadie os “limpie el culo” que: ojalá nunca necesitéis que alguien os lo haga. Pero si llegado el momento eso fuera necesario, o yo o cualquiera de mis compañeras que son unas profesionales como la copa de un pino, estaremos dispuestas a ayudarte y a hacer que tengas la mejor calidad de vida posible, y siempre con buen humor. Ahora vosotros/as decidid cual es el trabajo realmente importante para las personas como vosotros o yo. Compartid este texto o no lo hagáis si no os fluye, pero por favor, no utilizéis la expresión “limpiar culos” con desprecio, porque tal vez un día alguien tenga que hacerlo por vosotros y creedme que os vais a sentir agradecidos.

(extraído de: https://verne.elpais.com/verne/2018/06/02/articulo/1527959877_191552.html)



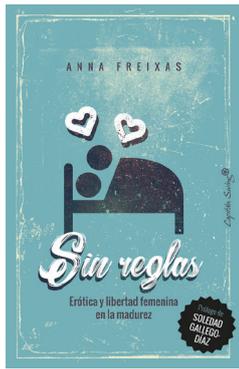
SALUDOS DESDE EL PLANETA PARTO

PARIR
de Ibone Olza
Ediciones B, 2017

por Margarita López Carrillo

A mí, como cuenta Ibone de su primer parto, en mi primero y único, también me aplicaron el “*pack completo*”¹ (el conjunto de rutinas “normales” que por desgracia, 29 años después, aún se realizan en muchos hospitales). Mi parto también acabó en cesárea. Sin embargo, acaso porque me sentí bien tratada y en buenas manos —el ginecólogo, aunque tradicional y por tanto ignorante de “*la profundidad de la experiencia psíquica del parto*” para una mujer, era un hombre humano y cálido que yo sentí verdaderamente interesado y centrado en mí, eso que, como explica Ibone, necesita sentir una parturienta-, acaso por eso, y a pesar de todo, a pesar de que no pude vivir ese momento extraordinario en que te “*abres al mundo*” y tu hijo sale de ti, a pesar de que no pude ver su carita pringosa porque estaba dormida (con anestesia general), a pesar de que no le pude dar el pecho enseguida ni abrazarlo sino varias horas más tarde, conservo un recuerdo esplendoroso de todo aquello, de esas horas, que me parecieron larguísimas aunque solo fueron cuatro, en que fui una hembra salvaje, un cuerpo poderoso, una mujer asombrada de su capacidad para soportar el dolor, un dolor inaudito, esas horas en las que habité el “*planeta parto*”, como ella lo llama. De eso habla este libro. Te informa de muchas cosas, sí, pero sobre todo trata de la experiencia del parto para las mujeres, de eso que no aparece en ningún manual de obstetricia, ni en ningún libro divulgativo para futuras “*mamás*”: de lo que sienten las madres al parir, de lo que sentimos las mujeres durante el tiempo en que habitamos nuestro personalísimo “*planeta parto*”. “*Las mujeres recordamos toda la vida nuestros partos con gran detalle y emoción*”. Los recordamos y necesitamos hablar de ellos, y lo hacemos en cuanto alguien nos da la menor oportunidad. Ibone le pide a Icíar Bollaín que escriba el prólogo a su libro y ¿qué hace Icíar?, contar sus partos. Ibone me pide a mí que haga la reseña para mys y ¿qué hago yo?, contar mi parto. Hace mucho ya que comprendí que la experiencia vital en su conjunto, y especialmente la de los momentos culminantes de la existencia, es intransferible y, al menos durante el momento en que éstos se viven, incomunicable; que experimentamos la vida en soledad. Por eso necesitamos hablar de ello, contarlo, compartirlo, escuchar otros relatos para sentirnos menos sola/os, por eso leemos novelas. Lo que nos pasa a las mujeres es que de mucho de “lo nuestro” nunca se ha hablado y menos escrito, y lo que ocurre cuando nadie habla, nadie pregunta, nadie escribe, es que la persona que vive la experiencia recibe el mensaje de que aquello “es innombrable” o, peor, que “no es importante”. Las mujeres estamos acostumbradas a no ver nuestras experiencias en las páginas de los libros, escritos tradicionalmente por hombres. ¡Hasta ahora! Gracias a libros como este nosotras aprendemos que nuestra experiencia también puede ser y merece ser escuchada, explicada, literaturizada. Y cuánto necesitamos estos referentes literarios, porque lo nunca dicho carece de palabras, y libros como este nos ayudan a encontrarlas, nos ayudan a extraer del magma vivencial el perfil de una historia, nuestra historia. Gracias Ibone.

¹ Las cursivas son frases extraídas del libro



Sin reglas. Erótica y libertad femenina en la madurez.

de Anna Freixas

Ed. Capitán Swing, 2018

por Dolores Juliano

Un nuevo libro de Anna Freixas siempre es un regalo: para las mujeres en general porque da nuevas y sugerentes herramientas para ayudarnos a construir la autonomía y la libertad sexual, y para las mujeres mayores

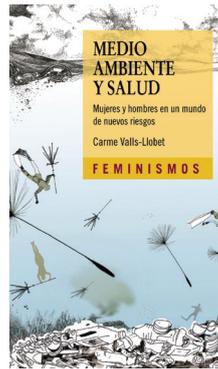
en especial, para todas las que formamos parte de ese colectivo tan presente en la realidad y tan olvidado en el imaginario colectivo y en los ámbitos en los que se construye la opinión pública.

El juego de palabras del título del trabajo es un buen atisbo de su contenido. Invita a vivir la experiencia erótica después de la menopausia sin el corsé normativo que imponen las costumbres y sin atenerse tampoco a las nuevas formulaciones, como la de vejez saludable o vejez activa, que pueden resultar tan rígidas como las anteriores. Para usar sus propias palabras *"conseguir adueñarse de la propia sexualidad, actuando como sujeto sexual, es un elemento central"* (pág. 197)

Se trata de admitir la extrema diversidad de opciones que toma el erotismo en la vida o en el imaginario de las mujeres mayores, sin considerar que unas son correctas y las otras desviadas o patológicas. Hay un cambio entonces en el paradigma de investigación usado, que abandona el concepto de "disfunciones sexuales" o la comparación implícita con los patrones de comportamientos masculinos para centrarse en el autoconocimiento y en la necesidad de manifestar las propias opciones o preferencias que pueden abarcar un abanico tan amplio como el que separa la asexualidad de la experimentación de nuevos horizontes eróticos. Que las prácticas sexuales se centren en relaciones de pareja heterosexuales más o menos estables según el modelo tradicional, o que exploren otros caminos tales como la homosexualidad o la masturbación depende de múltiples factores, pero fundamentalmente del uso que se haga de la libertad de decidir sobre el propio cuerpo.

Anna Freixas no propone soluciones concretas ni indica caminos a seguir, ella analiza cientos de respuestas obtenidas de su encuesta sobre conductas y deseos sexuales de las mujeres mayores y describe a partir de ellas un panorama mucho más rico y creativo de lo que la opinión general suele reconocer al respecto. Esto constituye, en sí mismo una ampliación de la mirada que resulta un preámbulo imprescindible a una ampliación de la aceptación de las distintas conductas.

Para las amigas de Anna, que hemos tenido el gran privilegio de acompañar las etapas de crecimiento del libro desde que era un proyecto e incluso formar parte de la investigación previa, este libro tiene algo especial, es la síntesis y la culminación de sus trabajos anteriores y la exposición de sus puntos de vista sobre temas tales como la erótica y la libertad en las etapas avanzadas de la vida. Solamente ella podía haberlo escrito, sólo ella tiene la formación teórica, las investigaciones concretas y la habilidad expresiva para dar forma a esta concreción. Ahora toca leerlo y disfrutarlo sacando provecho de las ventanas que abre al autoconocimiento.



Medio Ambiente y Salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos.

de Carme Valls i Llobet

Ed. Cátedra, Col. Feminismos, 2018

por Neus Moreno

El título define con claridad el contenido del libro. Su lectura

permite adentrarse en un tema tan complejo como es la relación entre el medio ambiente y salud, incorporando una de las miradas centrales: la de género y sexo. Un tema complejo por su gran extensión, ya que las sustancias químicas y las radiaciones se han incorporado con todo su esplendor a la vida cotidiana, y más a la laboral; y complejo porque en parte es desconocido. El poder político y económico se ha empeñado en hacerlo invisible y en que exista una falta de transparencia, de investigación y de recursos que impide que la relación entre medio ambiente y salud sea reconocida, lo que impide, a su vez, hacerle frente para garantizar la salud de las personas y del planeta.

En este libro, Carme Valls ha incorporado su conocimiento y experiencia tras muchos años de dedicación y, como ella explica, desde la atención sanitaria a muchas personas afectadas por intoxicaciones químicas, la mayoría de ellas mujeres. Una experiencia que se acompaña de una exhaustiva revisión bibliográfica que se puede consultar a lo largo de los diferentes capítulos.

Un libro que es una obra de arte. El arte de dirigirse a un amplio abanico de público. A la ciudadanía en general, a las asociaciones dedicadas a la defensa de la salud y a las personas profesionales de la salud. El arte de describir la problemática y cómo hacerle frente desde las acciones tanto de cada persona individual como de las políticas públicas.

Sin duda es un libro que merece la pena leer. Yo recomiendo iniciar la lectura por los dos primeros capítulos: *"Cómo afecta el medio ambiente a la salud. Una estrecha relación aún no plenamente conocida"* y *"La salud de las mujeres y hombres y los sesgos de género"*. A partir de aquí ir leyendo poco a poco para adentrarse en los diferentes tipos de exposición, y ya no importa el orden en que se haga.

Quiero acabar agradeciendo, una vez más, la capacidad de Carme Valls de convertir temas complejos en conocimiento técnico y social y por su generosidad en compartir su experiencia.

MUCHAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA PODRÍAN AHORRARSE LA QUIMIOTERAPIA



Esta es, en resumen, la conclusión a que llega un reciente estudio prospectivo, publicado en la prestigiosa NIJM, con más de 10.000 mujeres con cáncer de mama. Antes de repartir aleatoriamente a las pacientes en los dos grupos de tratamiento (a- quimioterapia+hormonoterapia, b- sólo hormonoterapia), se les aplicó el test Oncotype DX, que analiza 21 genes relacionados con el cáncer de mama, estima el riesgo de recurrencia y permite predecir si una paciente se beneficiará o no de la quimioterapia. Hasta ahora se sabía seguro que las pacientes con valores altos (>30) sí se beneficiaban, y que, por el contrario, las de valores bajos (menos <10), no. Pero hasta ahora, aunque se les aplicaba la quimioterapia por sistema, se desconocía si las pacientes con valores intermedios (11 a 25), que son la mayoría, extraían algún beneficio. Pues bien, en este nuevo ensayo se ha encontrado que en 6711 mujeres, pertenecientes al rango medio de puntuación (el 70% del total), la terapia endocrina sola resulta igual de beneficiosa que la terapia combinada de quimio+hormonal. Este hallazgo significa que muchas mujeres con cáncer de mama podrán evitar los importantes efectos secundarios de la quimioterapia sin restar eficacia al tratamiento.

Sparano JA et al. Adjuvant Chemotherapy Guided by a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer. N Engl J Med. 2018 Jun 3. www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1804710

EL ESCÁNDALO DEPAKINE



La plataforma NoGrcias ha dedicado de marzo a junio de este año cinco entradas a la denuncia y análisis de lo que se ha dado en llamar "el escándalo Depakine". Depakine (valproato) es un medicamento antiepiléptico que produce malformaciones fetales si se administra a mujeres embarazadas. Se utiliza desde hace más de 40 años pero desde hace 20 ya se tienen evidencias claras de su efecto teratogénico y, no obstante, hasta ahora "no se han tomado medidas efectivas para reducir su utilización en mujeres en edad fértil (en España puede haber 9.000 mujeres en riesgo)... Se estima que el número de afectados en Europa es del orden de decenas de miles". Denuncian la "inaudita inacción de políticos, reguladores, profesionales e investigadores" y señalan que "Su daño es muy superior al producido hace 50 años por la talidomida".

¿Cómo ha podido ocurrir esto?, para Nogracias esto se debe principalmente a que se ha dejado en manos de las propias compañías farmacéuticas el monitoreo de los efectos secundarios de los fármacos, las cuales "obviamente, no tienen demasiado interés en demostrar que sus productos son dañinos". Y por otro lado, culpa a las agencias reguladoras (EMA, AEMS) de "proteger los intereses comerciales de las compañías (lo que) hace que las agencias sean muy

conservadoras en relación con la actualización de la información que trasladan a los médicos y pacientes".

NoGrcias 4/3/2018, 19/3/2018, 24/3/2018, 25/3/2018, 21/6/2018.

www.nogracias.eu

LOS IMPLANTES MAMARIOS PUEDEN PRODUCIR LINFOMA

En marzo de este año la FDA emitió



una nota avisando de que los implantes mamarios podían producir linfoma anaplásico de células grandes (BIA-ALCL). Este tipo de linfoma, en principio no es cáncer de mama, ya que se limita al tejido cicatricial y al líquido cerca del implante, pero en algunos casos puede diseminarse por todo el cuerpo. Los riesgos precisos son difíciles de determinar debido a la falta de información sobre cuántas pacientes han recibido implantes mamarios en el mundo. Lo que sí se sabe hasta ahora es que el BIA-ALCL se produce más frecuentemente con implantes de superficie texturizada y menos con los de superficie lisa.

A 30 de septiembre de 2017, la FDA había recibido un total de 414 informes (MDR) de BIA-ALCL, incluida la muerte de nueve pacientes. La mitad de los casos informados se diagnosticaron dentro de los 7-8 años posteriores a la implantación. La FDA recomienda a médica/os y mujeres portadoras de implantes observar síntomas como dolor, bultos, hinchazón o asimetría mamaria, pero no recomienda la eliminación profiláctica de implantes mamarios en pacientes sin signos o síntomas.

Una razón más para reflexionar antes de operarse el pecho, especialmente cuando el único motivo es seguir la moda.

<https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/BreastImplants/ucm239995.htm>



www.mys.matriz.net

¡Síguenos!

 /Revista-MYS

 /MySrevista

MyS MUJERES Y SALUD

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

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

Con la colaboración de:

