

TRABAJO

violencia
machista en el
entorno Laboral

GINECOLOGÍA

historia del
cuerpo femenino
en La medicina

CÁNCER DE MAMA

¿reconstruir
o no?

COPA MENTRUAL

su papel en La
detección de
tóxicos en La
regla

DENUNCIA

Esterili-
zaciones
forzosas
en Perú

CAMPAÑAS

Apojo al
colectivo de
Boston

DOSSIER

¿edadismo?

NO,
gracias.



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
Núria Agell Callís,
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco Castillo
Malen Cirerol Goliard
Rita Gavarró Buscà
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 Lázcano
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
Tel. 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: PM 765-1996

sumario

editorial: menos amor merengue y más Libertad para Las viejas. Anna Freixas Farré	3
mys cartas: he encontrado mi manada. Ana Vega	4
ENREDHADAS. más fría que Los dedos de sus manos. Leonor Taboada Spinardi. .	5
La violencia machista en el entorno Laboral. Carme Catalan Piñol.	6
COSAS QUE NOS PASAN. La Línea del tiempo. Margarita López Carrillo	7
La mirada del obstetra. Amédée Houx Lieu	9
esterilizaciones forzadas en Perú. Sara Cuentas Ramírez	12
La copa menstrual y su papel en La detección de tóxicos en La regLa. Enriqueta Barranco, Olga Ocon, Inmaculada Jiménez, Luz María Iribarne	13
EL rabiLlo del ojo con que se mire. Ana Martínez	15
DOSSIER: ¿edadismo? NO, gracias presentación. Jimena Jiménez Madrazo	17
La bella ancianidad. Dolores Juliano	18
mujeres mayores protagonistas. Mariqueta Vázquez Albertino	19
placeres sin edad. talleres de sexualidad para mujeres mayores. Desmontando a la Pili	21
envejecimiento y nutrición. Pilar Parra Barrachina	24
90 años de vida plena. Louise Hay	26
ciutat d'ELles: vivir juntas en La vejez. Rosa Masdeu	27
Abrirse al cuerpo. Las mujeres mayores y el yoga. Mariana Indart Valla ..	28
La danza Libre, el gozo de vivir. Montse Solsona Pairó, Rita Gavarró Buscà, Montserrat Prieto Díez	31
beneficios del nórdic. Magdalena Seguí	32
simplemente vieja. Maria Elena Cuyàs Robinson	33
Lo difícil es Lograr salir a La calle. Testimonio	34
viejas, no: sabias. Pilar Martín	35
¿somos Las mujeres incapaces de honrar nuestra propia historia? Kate Millet	36
morbilidad y vitalidad de Las mujeres mayores. Carme Valls Llobet.	38
cuidar, mejor que curar. Aurora Rovira Fontanals	40
mys Libros Y MÁS	43
MINIDOSIS	44

myses publicados

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



Menos amor merengue y +LIBERTAD para Las viejas

Anna Freixas Farré

Psicóloga. Profesora jubilada Universidad de Córdoba

Las mayores somos muchas y cada vez vamos a ser más. Somos diversas y peculiares. Hijas del feminismo consciente y del feminismo inconsciente estamos aprendiendo a revisar con cierta atención los elementos que constituyen nuestro día a día y, por supuesto, el trato que recibimos, tanto verbal como físico. Hacer visible lo invisible está siendo una de nuestras especialidades y hemos puesto nombre a diversas violencias y malos tratos y en esa tarea vamos a seguir empeñadas porque creemos necesario desenmascarar las múltiples formas de desconsideración que sufrimos.

Nos quedan muchas sutilezas por nombrar.

A estas alturas de nuestra vida estamos hartas, por supuesto de las violencias claras, pero también de determinadas formas presuntamente afables que tenemos que soportar; de algunas amabilidades que esconden falta de delicadeza y espíritu de liquidación, incluso con la mejor voluntad.

Somos mayores, no estamos forzosamente seniles ni enfermas, ni somos ignorantes, sólo tenemos un montón de años, que son nuestro capital. Podemos estar un poco sordas, necesitar gafas para leer, pero no es necesario que se nos hable a voz en grito ni en un tono blandengue e infantilizado. No nos pasan cosas porque 'a tu edad'..., esa muletilla que estamos cansadas de oír, que lleva implícita una exigencia de resignación ante lo inevitable. Porque 'a tu edad' lo que cabría esperar sería la catástrofe, la enfermedad, que estés fuera de juego... Si 'a tu edad' sigues ahí, ya puedes estar contenta.

Sabemos que muchas cosas de las que nos pasan cada día tienen que ver con el hecho de ser mujeres y además mayores y tenemos claro que:

NO QUEREMOS

1. Que se utilicen diminutivos cuando se habla con nosotras: ponga el culete... deme el bracito...
2. Que nos llamen 'abuela'. No somos abuelas más que de nuestra prole. ¿Acaso llamamos 'madre' a cualquier mujer después de los treinta años?
3. Que nos hablen como si fuéramos niñas o estuviéramos seniles.
4. Que nos cojan del brazo cuando vamos por la calle, a no ser que sea nuestro deseo de divertimento o complicidad.
5. Que pongan límites a nuestros deseos de vivir (navegar en

canoas, aprender a nadar, hacer escalada), 'por nuestro propio bien'. Podemos responsabilizarnos de los posibles estragos.

6. No queremos anunciar productos deprimentes, para la incontinencia o las dentaduras postizas.
7. Que en los medios de comunicación se ofrezca de nosotras una imagen de juventud y felicidad mentirosas.
8. No queremos ir de casa en casa de nuestras hijas e hijos donde perdemos los recuerdos, la orientación, la intimidad, la sexualidad y con frecuencia el dinero, para pasar a pedir permiso de la mañana a la noche.
9. No queremos estar de sobra.
10. No queremos que se tenga en cuenta la opinión de nuestros hijos e hijas y no se respeten nuestros deseos y decisiones en todo lo que afecta a nuestra vida.

PORQUE SÍ QUEREMOS

1. Ser reconocidas como sabias, maestras, mentoras —si es el caso—, sin que se dirijan a nosotras como piezas de cristal de alto riesgo de ruptura.
2. Que se nos valore por lo que somos, por lo que fuimos y por lo que seremos. Estamos vivas. Seguimos ahí, pensando, deseando, produciendo.
3. Que se nos represente como la norma, no como la excepción.
4. Que se respeten todas y cada una de nuestras decisiones.
5. Que se nos mire como seres sexuales, libres para serlo y para no serlo.
6. Queremos disponer en las tiendas de ropa con glamur, cómoda y estética, que no nos vista de forma ridícula o miserable. Llevar cortes de pelo estilosos, libres, sin torturas.
7. Queremos gastar nuestro dinero sin supervisión.
8. Que se valore nuestra contribución a la vida y a la civilización del planeta con una pensión digna.
9. Que cuando vamos al centro de salud se dirijan a nosotras, no a quien nos acompaña. Que nos pregunten directamente, que se acuerde con nosotras el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.
10. Que la clase médica abandone esa mirada errática y desinteresada cuando nos atiende. Que la sanidad tome en serio nuestro cuerpo y nuestra mente. Que respete nuestra intimidad corporal, especialmente en las visitas hospitalarias en las que nuestro cuerpo se trata como si no estuviéramos delante.

He encontrado MI MANADA



Ana Vega

Escritora

<http://elcuadernogriego.blogspot.com.es/>

<http://www.anavega.net/>

“El tejido, como la escritura, pertenecen por igual al ámbito de la vida privada y la pública. Ambas artes envuelven y revelan, funcionando como agentes y medios de expresión colectiva, gestual y simbólica, con una poderosa fuerza comunicativa. Tanto el tejido como la escritura se cargan de significaciones simbólicas, en prácticamente todos los dominios, privados o públicos. Ambas artes tienen una naturaleza mixta, que ataña tanto al mundo del hombre como al de la mujer, aunque esas funciones se hayan trastocado históricamente”

Inés Illán

Llega a mis manos el último número de MYS y me cuesta transcribir en palabras lo que esto significa, lo que implica; al fin he podido darme de alta como socia de la Red-Caps — formalizar mi situación podríamos decir, o más bien fijar retos y etapas importantes en mi vida, en mi construcción como ser humano único y excepcional, pues en nuestra diferencia radica la clave— y estoy tan agradecida a esta maravillosa Red que no tengo ni palabras y eso que las palabras forman parte, más que de mi vida, de

mi propio cuerpo... Mi crecimiento personal y también profesional se ve ligado de forma indisoluble y firme a esta red que vamos tejiendo, un crecimiento compartido del que me siento parte y cuya imperiosa utilidad y eficacia observo y compruebo cada día. Siento que al fin he encontrado mi manada, de la que aprender, con la que compartir, una manada altamente útil y necesaria en los tiempos que corren. Mi tribu, está claro. El lugar en el que mi dolor y mi experiencia se convierten al fin en aquello que siempre creí y supo guiar bien mi instinto: todo lo que nos ocurre tiene un significado que solo más tarde comprendemos si estamos atentos y atentas. Tan solo es necesario transformar a través de eso que llamamos generosidad y tan sólo es compartir y dar sentido a aquello que hemos vivido con mayor o menor oscuridad. Siento incluso que uno de los primeros poemas que escribí hace muchos, muchos años, cobra ahora también sentido: “Si me rescatas del frío, prometo abandonar el invierno para siempre”. Y no hay posibilidad de frío aquí pues, en este lado, todo techo de cristal se vence, toda barrera, pues en ningún lugar compruebo asombrada cómo el discurso se manifiesta en acción como aquí, junto a vosotras, donde nunca fue tan político lo personal como este tejido que se nos enreda en alma, corazón y brillante inteligencia para desmontar todo mensaje y confusión creada por un sistema feroz que pretende devorar nuestros cuerpos. Veo al fin una absoluta certeza en aquella célebre frase de Unamuno: “Vencerán pero no convencerán”. Y con la fuerza y trabajo y esfuerzo de esta red, dudo ahora que venzan siquiera. Ojalá podamos conocernos físicamente algún día. Un abrazo enorme queridísimas compañeras de batalla y camino. Vamos juntas.

Soy mujer. Y un entrañable calor me abriga cuando el mundo me golpea. Es el calor de las otras mujeres, de aquellas que hicieron de la vida este rincón sensible, luchador, de piel suave y tierno corazón guerrero.

Alejandra Pizarnik



Off: DONALD TRUMP ON: LAS MUJERES DEL MUNDO CONTRA EL MISÓGINO TRUMP



Al cierre de esta edición, (16 de enero) está a punto de realizarse una movilización multitudinaria de mujeres ("Women March") para expresar al nuevo gobierno republicano y al Congreso de los Estados Unidos que "los derechos de las mujeres son derechos humanos" y que no permitirán que nadie los ignore o revierta.

Las organizadoras de la movilización convocada para el 21 de enero en Washington, el día después de que Trump asuma la Presidencia, busca plantar cara al nuevo presidente y reafirmar su compromiso de no ceder derechos ganados palmo a palmo durante una lucha de décadas.

La convocatoria ha cobrado fuerza en centenares de ciudades de Estados Unidos y en decenas de países del mundo. También en Barcelona.

Celebremos, pues, la fuerza y la vitalidad del movimiento feminista internacional, hoy más comprometido y unido que nunca. Porque este evento demostrará que no hay Trump que nos pueda ningunear.

MARCHAS EN ESTADOS UNIDOS

Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District Of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin, Wyoming.

MARCHAS EN EL MUNDO

Australia, Austria, Belgium, Canada, Colombia, Costa Rica, Czech Republic, Denmark, Ecuador, France, Germany, Greece, Iraq, Ireland, Israel, Japan, Kenya, Korea, South, Mexico, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, U.S. Virgin Islands, United Kingdom, Sweden, Switzerland, U.S. Virgin Islands, United Kingdom.



Leonor Taboada Spinardi
Directora MyS
leonortaboada6@gmail.com

Más fría que Los dedos de sus manos

No era ésta la columna que pensaba escribir. Pero ahora vuelve a llover y el frío se acentúa. Sus manos estarán aún más frías que esta mañana, cuando me tocó un hombro para pedirme una limosna y mientras hurgaba en mi monedero de plástico para darle el consabido euro a los primeros que encuentro por la calle pidiendo, la miré. Era una mujer mayor, sin dientes, muy mayor y sin ningún diente. Antes de preguntarle su nombre, maldita sea, no sé porqué, acaso porque intuí que estaba en algún centro de acogida, le pregunté dónde vivía. Me dijo la barriada y luego que tenía frío. Y me tocó las manos con sus manos heladas.

Y entonces me equivoqué. En lugar de preguntarle su nombre y su vida, me fui corriendo a casa, a pocos metros de donde estábamos, para coger guantes y ropa de abrigo para ella. Subí al ascensor, abrí la puerta del armario, cogí los guantes y pensé que ese abrigo verde y el polar verde de decaatlón la abrigarían y harían juego con su cara que un día debe haber sido bella y con su escueto cuerpo.

Bajé cuasi volando y, claro, ya no estaba. Entonces caí en la cuenta de que estaba tan impactada que no le dije que me esperara. Caminé hacia atrás y adelante una y otra vez bajo la lluvia entonces tenue. Y volví a casa. Y di unas cuantas vueltas. Y volví a bajar, a recorrer las calles donde la vi y los alrededores donde pululan drogadictos, alcohólicos y prostitutas, tan cerca del pijerío de moda donde los apartamentos turísticos han ido desplazando a la población de toda la vida.

Ella no parecía alcoholizada, ni drogada, ni prostituida...parecía pobre y abandonada por una sociedad cruel e indiferente. Me comporté como todos. Más fría que los dedos de sus manos.

A medida que el día pasa, el frío y la lluvia se acentúan. Volveré a bajar, y no pierdo la esperanza de encontrarla, si es que antes no ha cogido una neumonía que acabe con ella.

Por un momento, hasta Alepo pasó a segundo término. ¿De qué sirve la política, me pregunto? ¿En qué mierda de mundo vivimos?

LA VIOLENCIA MACHISTA en el entorno Laboral



Carme Catalán Piñol
Secretaria de la Dona de
Comissions Obreres Catalunya

Muchas mujeres cuando se encuentran con un conflicto laboral, acuden a la representación sindical en la empresa o fuera de ella para pedir ayuda sobre una problemática concreta. Estos conflictos suelen reflejar la falta de democracia en los centros de trabajo, pero son también la expresión del marco de relaciones patriarcales en el que se insertan las empresas. El mundo laboral se estructura sobre desigualdades de todo tipo, también de género, que incluyen la segregación sexual, los techos de cristal, los trabajos precarios o a tiempo parcial, la brecha salarial y un alto nivel de desempleo para las mujeres. Todas ellas se han acentuado en nuestro país y en todo el sur de Europa con la crisis económica, las políticas de austeridad y de privatización de servicios y, sobre todo, con la Reforma Laboral impuesta por el Partido Popular.

Existen, además, formas específicas de violencia contra las mujeres en el lugar de trabajo, como el acoso sexual o el acoso por razón de sexo, (aunque las demás formas de violencia machista que impregnan la sociedad también pueden darse: violaciones dentro o in itinere, violencia de la pareja, ya sea porque ésta trabaja en la misma empresa o porque utiliza este espacio para degradar y agredir a la mujer...). Según Juana María Gil Ruiz ¹, el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en las relaciones de trabajo son, sin duda, un buen ejemplo de esa violencia que también padecen las mujeres en lo público, de su normalización por parte de quienes la ejercen, e incluso, lamentablemente, de quienes las soportan. Si actualmente un 14,9% de las mujeres trabajadoras en España sufre acoso sexual (acoso técnico), sólo un 9,9% percibe haberla sufrido (acoso declarado).

Según la Secretaria de la Mujer de CCOO² el acoso sexual no es una conducta patológica, sino que forma parte de unas relaciones donde hay un desequilibrio de poder que es desfavorable para las mujeres. El acoso por razón de sexo se da por las mismas razones hacia las mujeres pero también se suele dar hacia hombres o mujeres que no responden al modelo que el mandato de género impone. Teresa Pérez del



Rio expone que ³ el acoso sexual como el acoso por razón de sexo o acoso sexista, constituyen manifestaciones de dos fenómenos más amplios que son la discriminación y la violencia sexista. "La mujer no sufre violencia por las características físicas o biológicas de su sexo sino a causa de los estereotipos sociales y culturales asociados al mismo y, a más a más, los trasmite y los perpetua".

EJEMPLOS DE ACOSO SEXUAL EXPUESTOS EN LA CONSULTA SINDICAL

"Las presiones empezaron el año pasado, en el momento en que estuve contratada laboralmente por la Fundación, antes estaba trabajando como becaria desde hacía 5 años, en el primer momento las demandas eran en el sentido de profundizar la relación que teníamos sin concretar, posteriormente las demandas fueron más insistentes y concretas pidiendo relaciones sexuales, y posteriormente la demanda de estas relaciones sexuales iba acompañada de la amenaza de no continuar mi relación laboral.

Yo siempre estuve muy contundente, expresando que la única relación que tenía y deseaba tener con él era la laboral: de compañeros de trabajo y de respeto como jefe, pensé que no insistiría y que poco a poco desistiría. Pero no ha sido así. Finalmente me ha dicho que a finales de octubre terminaba mi vinculación laboral, cuando mi contrato termina 6 meses más tarde.

Durante el tiempo que sucedieron los hechos, comuniqué de palabra y por correo electrónico a varios compañeros y amistades personales, la situación en la que me encontraba pero sin querer cursar una denuncia a las personas superiores de la empresa, porque difícilmente me creerían. Finalmente he puesto en conocimiento del jefe superior de él los hechos (documentados con correos electrónicos) y se ha abierto un expediente informativo sobre los hechos.

Mi situación personal y anímica en estos momentos es difícil, pues esta situación me ha generado un gran estrés".

¿Qué hacer ante este tipo de situaciones? Las cuales solo son la punta del iceberg de todos los casos que se dan.

¿Qué instrumentos existen para prevenir y resolver de manera satisfactoria para las mujeres expuestas a un acoso sexual o por razón de sexo?

EL PAPEL DE LAS RELACIONES LABORALES EN LA PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA

Las relaciones en el trabajo pueden ser un espacio de discriminación, y dar lugar a violencias estructurales y situaciones de violencia directa machista, pero pueden ser también un espacio de ayuda y protección ante las mismas. Las relaciones de solidaridad pueden ayudar a romper el aislamiento en el que se encuentra una mujer acosada i/o también dar testimonio de las situaciones discriminatorias y violentas que se estén dando, y permitir así, a que se reconozca su situación. Y en el caso de que la mujer esté expuesta a violencia por parte de su pareja, pueden ayudar a protegerla y acompañarla en su proceso para salir de esta situación, y también pueden presionar para que se cumplan las medidas laborales de Ley de Violencia⁴.

Existen diversos instrumentos laborales y legales que a raíz de la Ley de Igualdad 2007⁵, se han ido consolidando en nuestro país, ésta regula el papel de los agentes sociales en las empresas. En el Artículo 48 sobre Medidas específicas para prevenir el Acoso sexual y el Acoso por razón de sexo en el trabajo, insta a las empresas a promover condiciones de trabajo que eviten el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo y a establecer medidas que deberán negociarse con los "representantes de los trabajadores". También dice que "los representantes de los trabajadores deberán contribuir a prevenir el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el trabajo mediante la sensibilización de los trabajadores y trabajadoras frente al mismo y la información a la dirección de la empresa de conductas o comportamientos que tuvieran conocimiento y que pudieran propiciarlos".

La Ley de Igualdad también obliga a todas las empresas a hacer protocolos para prevenir y actuar ante del acoso sexual y el acoso por razón de sexo. Los planes de igualdad también lo incluyen entre sus medidas, obligando a realizar Planes de igualdad a empresas de más de 250 trabajadores o trabajadoras, a las que estén reguladas por



**Margarita
López Carrillo**

La Línea del tiempo

"Qué vieja estoy", ha dicho mi madre mirándose en el espejo de su tocador mientras le ayudo a quitarse el vestido. Lo ha dicho con sorpresa, como asombrada de ser ella esa mujer tan encorvada, con la fina piel (esa piel suya tan bonita siempre) fruncida en una miriada de plieguecitos. Nos hemos quedado las dos mirándonos juntas ante el espejo, absortas cada una en sí misma, yo también sorprendida de mí, de que mi imagen no refleje lo que yo siento por dentro: no que soy más joven de lo que veo, no sólo, sino de que soy mucho más de lo que veo, muchas más; porque todas las que he sido se agrupan en mi interior y están todas en este presente que el espejo no acierta a abarcar. Dicen que en el inconsciente el tiempo no existe. En el consciente, al menos en el mío, tampoco tiene una existencia muy sólida, pienso. ¿Qué es el tiempo? A menudo revivo escenas de mi vida que no puedo llamar recuerdos porque no siento que vuelva la vista al pasado sino que es él, eso que llamamos pasado, que viene y se me pone delante a cada paso. Miro al presente con los ojos de todas las Margaritas que he sido y todas me dan su opinión.

Me pregunto si mi madre está pensando lo mismo que yo.

Tras ese momento de comunión desconcertada, ambas regresamos al presente concreto y, sin decir palabra (siempre nos hemos entendido mucho mejor en los silencios ella y yo), reanudamos lo que estábamos haciendo. Le ayudo a ponerse el camisón y a meterse en la cama, y nos damos un beso de buenas noches. No puedo evitar pensar que ambas fingimos aceptar la convención de la linealidad del tiempo y que tenemos prisa por quedarnos a solas, cada una con todo su tiempo acumulado dentro, a escondidas del espejo.

Convenio Colectivo o a las que obligue la Inspección de Trabajo. Estos planes han de incluir, como una medida de igualdad, la prevención i actuación de las empresas ante el acoso sexual y por razón de sexo, y negociar con la representación sindical. Nuestra propuesta es que esta negociación se haga con la participación de una Comisión de Igualdad, puesto que es necesario que tanto la representación de la empresa, o administración, como la representación de los trabajadores esté constituida por personas con suficiente sensibilidad y formación para responder a este tipo de discriminaciones. Encarna Bodelón y Carolina Gala en el estudio que realizaron⁶, analizaron 56 protocolos publicados en el B.O.E entre Enero 2009 i Abril 2012, y en dicho estudio expresan las grandes dificultades que hay en estos protocolos para que puedan ser instrumentos útiles para avanzar.

Otro instrumento útil en esta materia es todo lo que quede regulado en la Negociación de los Convenios Colectivos de ámbito superior a la empresa para que se regulen entre las funciones de la Comisión Paritaria de Igualdad de Oportunidades, existan actuaciones de sensibilización dirigidas a las pequeñas y medianas empresas, así como procedimientos de actuación en los casos existentes. Algunas administraciones han pactado protocolos con la representación sindical y las patronales para que sean un instrumento útil para las empresas de su ámbito, en estos protocolos se huye de la mediación y los principios que los rigen son la prevención y la intervención en los estadios mas iniciales de estas situaciones dentro de la misma empresa y desarrollan y presentan sus contenidos desde la perspectiva de la integración de la prevención⁷.

OCHO AÑOS DE LA LEY DE IGUALDAD

La Ley de igualdad, con todas las insuficiencias que ya se analizaron los primeros años, ha sido un paso importante por la creación de instrumentos legislativos para mejorar la igualdad en el mercado laboral, pero de la igualdad legal a la real hay un gran camino en el que los avances han sido mínimos, sobretudo porque los poderes públicos además de legislar han de crear instrumentos para que se ejecuten las leyes, y estos instrumentos (de promoción, de formación, de control y sancionadores) no solo no fueron suficientes en un comienzo sino que a raíz de la crisis económica y de las políticas de austeridad se han ido anulando. La misma ley mandataba una revisión en cinco años y no se ha hecho. También ha habido otras actuaciones legislativas que han representado un retroceso para las mujeres trabajadoras en el mercado laboral español, y esta situación de debilidad laboral no ayuda a denunciar y exigir el cumplimiento de las leyes por parte de las personas afectadas, ni de los testigos que pudiese haber en casos de violencia machista en el entorno laboral, y sin ellos

es muy difícil que afloren (cuando finalmente acuden a la representación sindical a veces ya están fuera de la empresa).

PAPEL DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE LA SALUD

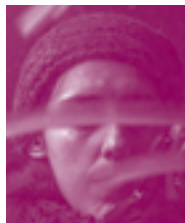
El efecto sobre la salud de las afectadas de las situaciones de acoso, hacen muchas veces necesaria la atención en los servicios sanitarios. En primer lugar, deberían ser los servicios médicos de empresa y las mutuas, quienes diagnosticaran, trataran e instaran a la empresa a actuar protegiendo a la persona acosada y actuando sobre el acosador, así como quienes reconocieran como accidente laboral las situaciones de acoso. Sin embargo, no siempre es así. A pesar de la difícil situación en la que se encuentran las personas acosadas, mayoritariamente mujeres, y a pesar de las actuaciones de la representación sindical (donde existe), instando a actuar, no siempre hay una buena respuesta por parte estos servicios. Otras veces, la mujer decide ir directamente al servicio de atención primaria que le corresponde. Aquí también juega un importante papel la sensibilidad y los conocimientos sobre el mundo del trabajo, y las situaciones de discriminación que en él se pueden dar, por parte del profesional de la medicina, o de psicología cuando es derivada a esta especialidad. El registro en la historia clínica de la situación de acoso que se relata, de los síntomas, y la realización de los informes pertinentes cuando se demandan pueden ser vitales para la aceptación, por parte de la empresa, de la situación y el reconocimiento de accidente laboral.

REFERENCIAS

1. Gil Ruiz, Juana M^a "Acoso sexual y acoso por razón de sexo: Actuaciones de las Administraciones Públicas y de las Empresas" (Justicia y Sociedad; 36) 2013, p. 13
2. La Acción Sindical frente al Acoso Sexual. Secretaria Confederal de la Mujer Abril 2009
3. Teresa Pérez del Rio "La Violencia de las mujeres en el empleo como manifestación del poder de género". Observatorio Mujer, Trabajo y Sociedad. Violencia de Género 2010
4. Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
5. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
6. Encarna Bodelón y Carolina Gala "Protocolos contra el acoso sexual y por razón de sexo en el ámbito de la empresa" en Acoso sexual y acoso por razón de sexo: Actuaciones de las Administraciones Públicas y de las Empresas" (Justicia y Sociedad; 36) 2013
7. Consell de Relacions laborals. "Protocol per a la prevenció i el abordatge de l'assetjament sexual i per raó de sexe a l'empresa" Departament d'empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya 2015. Pag.14

La mirada del obstetra

Historia de la representación del cuerpo femenino en la medicina



Amédée Houx Lieu

Artista plástica

www.femartmostra.org/2016/11/recull-de-lexposicio-damedee-houx-lieu.html

yúsculas. Creímos haber hallado el elixir de la objetividad humana contra fábulas y supersticiones, y mientras tanto, amparados en la ciencia, distintos grupos de poder encontraron la forma de justificar y legitimar de forma "racional" prejuicios que en realidad vinieron impuestos desde la religión o la organización social.



Vesalius Andreas, 1543,
"De fabrica humani corporis"



Girolamo Mercurio, 1642,
"La coniare o raccogliatrice"



George Bartisch, 1575,
"Funstbuche"

Volvamos atrás en el tiempo, hasta la medicina griega para visitar pequeñas pinceladas de nuestras propias raíces. El periodo de la Grecia Antigua está lleno de luces pero también tiene sus sombras, y sin lugar a dudas, la misoginia es una de ellas. Las mujeres griegas tuvieron durante siglos vetado el acceso a la ciudadanía, careciendo por tanto de derechos jurídicos y políticos. Supeditadas a un tutor, fueron recluidas en sus propias casas a los gineceos. Ya desde la propia mitología se narraba que la primera mujer de la historia, Pandora, había sido en realidad creada como un castigo de Zeus a los hombres (el verdadero sexo originario) enviado en venganza por el fuego que había robado Prometeo. Ella era la portadora de una caja que encerraba todos los males que podían infestar a la humanidad (la Vejez, la Fatiga, la Enfermedad, la Locura, el Vicio y la Pasión) y por paradójico que pueda parecer, estaba caracterizada por atributos que a día de hoy siguen asociándose a la femineidad (Atenea la engalana y le enseña a tejer. Afrodita le infunde una irresistible sensualidad y Hermes le concede una mente cínica y un carácter voluble). Ella será la desencadenante de las penurias humanas, como después lo será Eva. En este escenario, podemos comprender mejor las hipótesis de las principales corrientes teóricas de la medicina de aquel momento, que enmascaran dichos convencionalismos bajo una apariencia de racionalidad y que servirán como cimientos para la medicina posterior. Así por ejemplo, Aristóteles consideraba que se nacía mujer por un defecto, una especie de debilidad o impotencia en el semen paterno. Tal y como él lo describía, el cuerpo de la mujer "está inacabado como el de un niño y carece de semen como el de un hombre estéril. Enfermo por naturaleza, se constituye más lentamente en la matriz, a cau-

Si todas las imágenes son significantes y a través de ellas se pueden llegar a rastrear los distintos contextos ideológicos que las generaron, precisamente aquellas con vocación científica y supuestamente neutral pueden llegar a ser las más denotativas de todas, puesto que las distorsiones que se dan en ellas no pueden excusarse bajo pretextos de creatividad o de licencias personales de artistas e ilustradores. Partiendo de esta tesis, quise investigar cómo han sido representados los cuerpos femeninos a lo largo de la historia de la medicina, y fui encontrando a través de las imágenes el retrato de una sociedad patriarcal que deformó en extremo la representación de "la femineidad" reflejando más bien sus propios recelos. Un campo de estudio muy amplio que se está empezando a analizar en la actualidad y que me ha servido como base para mis propios trabajos plásticos, en los que trato de enfrentar al espectador con sus propias raíces, para despertar en él una mirada crítica hacia el pasado pero también hacia las herencias que pueden estar marcando su propio presente.

En nuestra cultura occidental, tal vez por soberbia o sencillamente por torpeza, durante siglos el ámbito científico ha sido erigido como bastión de la "Verdad" absoluta y con ma-



sa de su debilidad térmica, pero envejece más rápidamente porque "todo lo que es pequeño llega más rápido a su fin, tanto en las obras artificiales como en los organismos naturales". En definitiva, "las hembras son más débiles y más frías y hay que considerar su naturaleza como un defecto innato". (Sissa, Giulia:2000, p.115). Por su parte, el código hipocrático suscribirá buena parte de las teorías de Aristóteles y achacará a la menstruación el origen de la debilidad térmica, y Galeno, se servirá de la idea de que el cuerpo femenino no es originario, sino de creación posterior al hombre, para explicar la forma biológica de los genitales femeninos como penes imperfectos. "Los ojos del topo tienen la misma estructura que los ojos de otros animales a excepción de que no le permiten ver. No se abren, ni sobresalen, sino que allí permanecen imperfectos. Del mismo modo, los genitales femeninos no se abren y quedan como una versión imperfecta de lo que hubieran sido si se hubieran exteriorizado". (Laqueur, Thomas: 1994, p.60)

Estas teorías no sólo se mantendrán en el tiempo sino que serán ampliamente divulgadas, favorecidas por un contexto que condenaba la disección y el estudio de cadáveres como una profanación y en el que se desconocían métodos de conservación como el formol. Así, en el siglo XVI podremos ver las primeras representaciones científicas de las ideas de Galeno en los dibujos anatómicos de Andreas Vesalius, quien ilustrará el útero femenino como pene interno o invertido. Sin embargo, Andreas sí que contó con la disección de un cuerpo real de mujer, pero sus herencias pesaron más que la propia realidad, herencias que siguieron marcando a otros tantos anatomistas (Girolamo Mercurio, George Bartisch, etc.).

Frente a estos y otros planteamientos distorsionados, no hubo alternativa. Las sociedades patriarcales del momento se encargaron de obstaculizar cualquier tipo de auto-representación

científica femenina. A lo largo de la historia las mujeres habían recopilado una base sólida de conocimiento en lo que respecta a la práctica médica, sobre todo en el ámbito de la Obstetricia, desarrollando extensos saberes sobre los cuidados de la mujer embarazada, de la parturienta, de su recién nacido, así como de los métodos anticonceptivos y abortivos. De hecho la propia palabra Obstetricia proviene de obstetrix, cuya raíz sólo está construida en femenino y sin paralelo masculino como ocurre con otros términos (medicus/medica). Tiene el sentido de "la que se sitúa frente a la mujer que va a parir para recibir al niño". (Iglesias Aparicio, Pilar:2003, p.169). Sin embargo, "La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica". (Iglesias Aparicio, Pilar:2003, p.188). Jacoba Felicia fue denunciada por la

facultad de medicina de la Universidad de París en 1322, por poseer formación y aplicar métodos de diagnóstico científicos. "No se le acusaba de incompetencia, sino de atreverse a curar y a aplicar las técnicas y procedimientos de doctores varones, siendo mujer". Además de evitar el acceso de la mujer a la enseñanza, en 1022 comenzará la temida caza de brujas. En



ese año, el rey Roberto de Francia crea la "Santa Inquisición" para perseguir la herejía, una institución que se mantendrá durante 700 años. Ser curandera o sanadora a partir de entonces será condición suficiente para ser considerada bruja, y por tanto para ser acusada, detenida, torturada y quemada viva. No se inculpará a las curanderas por dañar la salud de sus pacientes, sino más bien porque su pericia, su habilidad será prueba de su pacto con el diablo. Y es que "las mujeres no podían acudir a las universidades y adquirir así los conocimientos adecuados; además no debían formarse con un doctor de forma privada; por tanto si poseían suficientes conocimientos para ser capaces

de curar a los enfermos, este conocimiento sólo podía haberles sido revelado por el diablo". "En Inglaterra se colgó por última vez a una bruja en 1684, en América en 1692 y en Alemania en 1775." (Iglesias Aparicio, Pilar:2003, pp.189-190).

Los sociólogos alemanes Gunnar Heinsohn y Otto Steiger, en su libro "Die Vernichtung der Weisen Frauen" proponen que la persecución que se llevó a cabo de muchas comadronas bajo la acusación de brujería, se debió en gran parte a que éstas no sólo poseían el conocimiento sobre cómo asistir a una parturienta sino también se encargaban de la contracepción y el aborto, y en un momento en el que el continente europeo había sufrido una enorme pérdida de mano de obra como resultado de la peste bubónica, el hecho de impedir nuevos nacimientos podía suponer un grave inconveniente a la hora de su repoblación. Tal y como afirman estos autores, después de la caza de brujas el número de hijos por madre aumentó de forma significativa, dando nombre a lo que se ha denominado como explosión poblacional moderna, generando una gran masa de personas jóvenes que permitieron a Europa colonizar grandes partes del resto del mundo.

Durante los siglos XIX y XX, gracias a la lucha incansable de mujeres como Sophia Jex Blake, así como al apoyo de una parte del sector masculino que defendió la igualdad entre



personas, finalmente se irá consiguiendo en la mayor parte de los países occidentales que la mujer no sólo pueda votar sino que también acceda a la formación universitaria y al campo profesional (incluida la medicina).

Sin embargo, a día de hoy nuestro bagaje colectivo arrastrado durante siglos continúa pesando sobre los cuerpos y psiques de las mujeres, un bagaje del que se ha de ser consciente para descubrir las cargas que en nuestro presente continúan sesgando nuestra propia percepción de la realidad y que llegan a determinar la manera científica en que las propias mujeres se auto-investigan y se auto-comprenden, a fin

de cuentas el ámbito de la medicina como cualquier territorio humano, no deja de ser un área de interpretación.

En junio de 2015, el premio nobel de medicina Tim Hunt, hubo de dimitir tras declarar que el hecho de que hubiera mezcla de sexos en los laboratorios era contraproducente para la ciencia. En España, solo el 22% de las 173 sociedades científicas del ámbito de la salud tiene mujeres al frente¹. Y, pese a que las mujeres son el 51% de los estudiantes de doctorado, solo representan el 19,5% de los puestos de alta responsabilidad, según datos del Ministerio de Economía².

BIBLIOGRAFÍA:

- Sissa, Giulia. Filosofías del género: Platón Aristóteles y la diferencia sexual, en Duy, George y Perrot Michelle (edit.) Historia de las Mujeres. 1. La Antigüedad. Taurus. Madrid, 2000.
- Laqueur, Thomas. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud, Ediciones Cátedra. Madrid: 1994.
- Iglesias Aparicio, Pilar. Mujer y Salud: Las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Málaga, Málaga, 2003.
- 1. <http://www.gacetasanitaria.org/es/representatividad-las-mujeres-las-sociedades/articulo/S0213911114002453/>
- 2. http://elpais.com/elpais/2015/06/11/ciencia/1434018142_097443.html

Las ilustraciones pertenecen a la obra de la artista

ESTERILIZACIONES forzadas en Perú



Sara Cuentas Ramírez

Periodista y comunicadora social

"Nosotras nunca nos vamos a desanimar, vamos a continuar exigiendo justicia, verdad y reparación, a pesar de las amenazas, a pesar del olvido y de la indiferencia de quienes no desean que las mujeres indígenas alcancemos justicia", así expresa con decisión Esperanza Huayama Aguirre, presidenta de la Asociación de Mujeres de la Provincia de Huancabamba, AMHBA, organización que agrupa a más de 300 mujeres afectadas por las esterilizaciones forzadas en Perú (Piura).

En el mes de octubre, en Barcelona, se presentó la investigación "La verdad está en nuestros cuerpos. Secuelas de una opresión reproductiva" impulsada por la AMHBA, el Instituto de Apoyo al Movimiento Autónomo de Mujeres Campesinas, IAMAMC y la Red de Migración, Género y Desarrollo, con apoyo de la Agencia Catalana de Cooperación. *"Con esta investigación nosotras queremos que se conozca nuestra verdad, que sepan cómo estamos ahora y que dejen de decir que mentimos, porque la verdad está en nuestros cuerpos. Y porque Fujimori y sus ministros de salud violaron nuestro derecho a decidir sobre nuestros cuerpos".*

"Nos trataron como animales. Nos hicieron la ligadura con anestesia para animales. No nos dijeron que nos iban a operar, nos cortaron de mala manera, a algunas las mataron porque les cortaron la vejiga. Los doctores que nos operaron vinieron de Lima y no sabemos quiénes eran, porque en Huancabamba no hay hospital", narra Esperanza, explicando el modo cómo fueron intervenidas quirúrgicamente con engaños y en situación de insalubridad, pues los centros de salud entonces (y hasta la actualidad) no contaban con personal especializado.

La investigación evidencia las graves secuelas que dejó la esterilización forzada en la autonomía sexual y reproductiva, en la económica, y en el bienestar emocional y social de las mujeres. *"Nosotras hemos quedado más pobres, ya no podemos trabajar como antes. Nuestras parejas que no nos comprenden nos maltratan porque ya no podemos tener relaciones como antes, y muchas tienen que aguantar porque no tenemos economía. Algunas se han muerto de cáncer en la parte donde les operaron, otras se han quitado la vida porque ya no aguantan más esta realidad", explica Esperanza.*

"Esta investigación la hemos hecho las propias mujeres, con el apoyo de nuestras hermanas defensoras de derechos humanos. A pesar de las amenazas que hemos recibido, no nos vamos a rendir, no vamos a tener miedo, y con esta investi-



"Violaron nuestro derecho a decidir sobre nuestros cuerpos"

Esperanza Huayama

Huancabamba fue la primera provincia donde Giulia Tamayo identificó los primeros casos de esterilización forzada, a través de los llamados "Festivales de Ligadura de Trompas", que formaban parte del Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, a través del cual el gobierno de Fujimori ordenó al personal médico el cumplimiento de cuotas y metas mensuales de esterilización.

Este programa fue una política pública, financiada por el Banco Mundial, implementada desde el año 1995 como parte de un compromiso de Fujimori para promover la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres. Lo que no se sospechaba era que fue una política de enfoque maltusiano con la finalidad de controlar la natalidad y combatir la pobreza en el país a través de los cuerpos de las mujeres. Y no cualquier mujer, sino los cuerpos de las mujeres indígenas. *"A las mujeres indígenas nos hicieron esto para que no tengamos más hijos, porque decían que había muchos pobres en el Perú", recuerda Esperanza.*

"Nosotras hemos denunciado ante la fiscalía a Fujimori y sus exministros de salud. Unas dos mil mujeres hemos dado nuestros testimonios ante el fiscal. Ahora estamos esperando que la fiscalía Marcelita Gutiérrez, nos diga si acusa a quienes violaron nuestros derechos".

En agosto de 2016 el Fiscal Superior, Luis Landa, jefe de Marcelita Gutiérrez, solicitó dar un nuevo veredicto sobre la investigación que esta fiscal pretendió archivar. Si la resolución, finalmente, es negativa para las mujeres afectadas, ellas recurrirán ante la justicia penal internacional. *"Si la justicia en el Perú nos cierra las puertas nosotras iremos ante la justicia internacional. Allí si nos darán la razón", sentencia Esperanza.*

Sara Cuentas Ramírez es Defensora de Derechos humanos

LA COPA MENSTRUAL y su papel en La detección de tóxicos en La regla



Enriqueta Barranco Castillo

Olga Ocón Hernández

Luz María Iribarne

Universidad de Granada.

Inmaculada Jiménez Díaz

Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada.

INTRODUCCIÓN

Quienes trabajamos en el día a día de la práctica clínica, a veces nos vemos sorprendidas por la pasividad con la que el mundo científico responde a los problemas de salud de las mujeres, entre los que el sangrado menstrual abundante es uno de los más predominantes. Se pierde el tiempo en clasificaciones¹, o en recomendar hormonas, administradas por diferentes vías, y no se invierte en investigar qué es lo que realmente nos está pasando a las mujeres con nuestras menstruaciones. Ante esta problemática, creciente día a día, desde la dirección de la Cátedra de Investigación Antonio Chamorro-Alejandro Otero (con la colaboración del Instituto Biosanitario Ibs de Granada) propiciamos que se pusiera en marcha un amplio estudio epidemiológico sobre la presencia de contaminantes en la sangre menstrual. Para ello nos serían de utilidad el creciente número de usuarias de la copa menstrual, si encontráramos voluntarias para ello.

BREVE HISTORIA DE LA COPA MENSTRUAL

Los dispositivos vaginales para recoger la regla tienen una larga historia, ya que en EEUU se patentaría, en 1867, la Hockert Catamenial Sack. Casi un siglo más tarde, en 1937, Leona W. Chalmers llegó a patentar un prototipo que, con ligeras variaciones, ha sido el modelo utilizado por las más de 12 marcas de copas menstruales reutilizables de las que se dispone en la actualidad². No obstante, la investigación clínica y la comercialización de la copa menstrual ha sido un proceso largo y con prolongadas interrupciones.

En el año 1959, Liswood³ basándose en el modelo de copa diseñado por Chalmers (Tassette™), escribió un artículo sobre las características del producto y la forma de insertarlo, así como las pautas y modo de retirarlo (dos o tres veces al día). Tres años más tarde, Karnaky⁴ estudiaría el efecto de la copa sobre posibles modificaciones en el ambiente de la vagina, reconociéndole todas las ventajas apuntadas por Liswood. Parker y cols⁵ también investigarían las ventajas del uso de la copa menstrual en mujeres con sangrado menstrual abundante, comprobando que no se producía rebosamiento de la copa.



Pero tendrían que pasar 30 años antes de que se retomara de nuevo el estudio de la copa menstrual, y el primer trabajo vendría de la mano de Cheng y cols⁶, quienes basándose en la poca fiabilidad de los procedimientos utilizados para el diagnóstico del sangrado menstrual abundante, la proponían para ello, opinión contraria a lo que, diez años más tarde, propugnaron Warrilow y cols⁷. Sin embargo Howards y cols⁸, realizaron un ensayo clínico con la canadiense DivaCup, concluyendo que la copa representaba una solución sostenible para el manejo de la menstruación, con un coste económico moderado y menos efectos medioambientales si se comparaban con los tampones, opinión que también comparten autores como North y cols⁹. Pero de aquí no se había pasado.

Nuestro grupo de investigación diseñó un estudio con el que se pretendía llegar más lejos: utilizar la copa menstrual como instrumento válido para la recogida de la menstruación (sin la presencia de ningún otro producto de higiene menstrual), lo que facilitaría la posibilidad de estudiar la menstruación recogida en el laboratorio, cosa que hasta el momento no se había llevado a cabo. Previamente habíamos realizado un estudio preliminar para conocer cómo se manejaba la copa entre las usuarias, y los resultados del mismo se encuentran en vías de ser publicados.

LOS PRODUCTOS DE CUIDADO PERSONAL A EXAMEN

Los productos de cuidado personal, entre los que se incluyen los cosméticos, pueden ser fuente de exposición humana a

componentes químicos con actividad hormonal. Esto se ha demostrado cuantificando ciertos componentes de estos productos en tejidos y fluidos —sangre y orina— de mujeres que los usan. Entre éstos componentes se encuentran los parabenos y las benzofenonas. Los primeros son conservantes, mientras que las benzofenonas se usan fundamentalmente como filtros ultravioleta para la protección solar en cremas y lociones.

La preocupación por el uso y consumo de productos en cuya composición se encuentren parabenos y benzofenonas deriva de la clasificación de estos compuestos como disruptores endocrinos, ya que se ha demostrado que tienen la capacidad de alterar la homeostasis normal del sistema hormonal. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios epidemiológicos que investigan la relación entre niveles de exposición humana a contaminantes con efectos hormonales suelen usar suero u orina para detectar y medir estos contaminantes. Sin embargo, para establecer relaciones con desórdenes menstruales o con otras enfermedades ginecológicas, como la endometriosis, parece más conveniente su medida en sangre menstrual ya que proporciona una mejor estimación de su contribución al microambiente hormonal uterino. Progesterona y estradiol son hormonas esenciales para el control del ciclo menstrual por lo que es plausible que la exposición de la mujer a este tipo de sustancias contaminantes con actividad hormonal afecte a la regulación de las características del sangrado menstrual, su duración y cuantía.

Una vez puesta a punto la técnica analítica, a través de la web (Facebook, Hotmail, Google mail, fundamentalmente) se reclutaron más de 200 mujeres voluntarias en edad fértil que, siendo usuarias de la copa menstrual, reunían los criterios de participación y estaban dispuestas a donar muestras de sangre menstrual. Un cuestionario epidemiológico, validado y anonimizado sirvió para recoger información sobre las características de sus menstruaciones y variables sociodemográficas. Para esto se recurrió a la plataforma informática Google Drive que nos permite enviar y recibir encuestas on-line. Para la recogida y custodia de las muestras se utilizó la Plataforma del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, quien habitualmente se encarga de la gestión de las muestras biológicas. Todas las donantes recibieron tres envases para la recogida de su menstruación y los correspondientes consentimientos informados. Una vez completada la recogida, mediante una llamada telefónica, un servicio de mensajería se encargaría de su recogida y transporte en condiciones de bioseguridad.

NUESTROS PRIMEROS RESULTADOS

Lo novedoso de esta investigación ha sido el haber desarrollado una metodología analítica sencilla que permite, por primera vez, la determinación simultánea en muestras de sangre menstrual de los parabenos y las benzofenonas más frecuentemente usados en los productos de cosmética personal. Los resultados del análisis de las 25 primeras muestras han sido recientemente publicados en el *Journal of Chromatography B*¹⁰. Por la simplicidad del método, así como su rapidez y bajo coste, las autoras

señalan en el mismo la posibilidad de aplicarlo a estudios epidemiológicos en los que participen un gran número de mujeres. En conclusión, se ha demostrado, por primera vez en la historia del estudio sobre la menstruación, la presencia de al menos 3 de los compuestos investigados en las muestras de sangre menstrual analizadas, siendo el metilparabeno y la benzofenona-3 los más frecuentemente detectados (96% de los casos).

EL FUTURO

Ahora nos queda un largo trabajo por hacer: cuantificar las posibles relaciones de estos hallazgos con los problemas clínicos que en la actualidad presentan gran número de mujeres, que ven cómo sus sangrados menstruales se incrementan mes a mes sin encontrar una causa orgánica que los justifique. Ahora disponemos de una fuente de datos que esperamos que nos sea de utilidad para estos propósitos. Igualmente, pensamos que hemos abierto el camino para poder seguir profundizando en un tema hasta el momento minimizado, o ignorado, en la ginecología oficial.

RECOMENDACIONES

Este tipo de compuestos está presente tanto en productos cosméticos como en alimentos procesados y envases de plástico. Para reducir la exposición se podrían utilizar preparados "exentos" de parabenos y benzofenonas, consumir productos alimenticios frescos y de temporada, sin envasar. Correspondería a las autoridades, en base a la cada vez mayor evidencia científica de su toxicidad, el endurecer las medidas para limitar su uso e informar a la población.

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres que se brindaron generosamente a participar en esta investigación. Sin ellas nada de esto hubiéramos podido conocer.

REFERENCIAS

1. Protocolo SEGO. Sangrado Menstrual Abundante (Actualizado en 2013). *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56(10):535-546.
2. A History of the Menstrual Cup. En: <http://www.mum.org> [accedido en 30/01/2016]
3. Liswood R. Internal menstrual protection: use of a safe and sanitary menstrual cup. *Obstet Gynecol* 1959;13(5):539-43.
4. Karnaky KJ. Internal menstrual protection with the rubber menstrual cup. *Obstet Gynecol* 1962;19:688-91.
5. Parker J, Bushell RW, Behrman SJ. Hygienic control of menorrhagia: use of rubber menstrual cup. *Int J Fertil* 1964;9:619-21
6. Cheng M, Kung R, Hannah M, Wilansky D, Shime J. Menses cup evaluation study. *Fertil Steril* 1995;64(3):661-3.
7. Warrilow G, Kirkham C, Ismail KMK, Wyatt K, Dimmock P, O'Brien S. Quantification of menstrual blood loss. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2004;6(2):88-92.
8. Howard C et al. FLOW (finding lasting options for women): multicentre randomized controlled trial comparing tampons with menstrual cups. *Can Fam Physician*. 2011;57(6):e208-15.
9. North BB, Oldham MJ. Preclinical, clinical, and over-the-counter postmarketing experience with a new vaginal cup: menstrual collection. *J Womens Health (Larchmt)* 2011;20(2):303-11.
10. Jiménez-Díaz I, Iribarne-Durán LM, Ocón O, Salamanca E, Fernández MF, Olea N, Barranco E. Determination of personal care products -benzophenones and parabens- in human menstrual blood. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2016;1035:57-66.

EL rabillo del ojo con que se mire



Ana Martínez

Lo importante es que las dos estén igualadas, me dicen, así no destacará su asimetría. Aunque en mi caso nunca llamaron especialmente la atención. Ni excesivamente grandes ni demasiado pequeñas. Tamaño medio, lo normal para una mujer joven que no ha sido madre. Pero ahora toca decidir cuál será su nueva morfología después de la mastectomía. Son muchas las opciones de reconstrucción. Se puede quitar de allí y poner acá. La verdad, no alcanzo a imaginar cómo podría sentirme haciendo el amor con un trozo de glúteo en el pecho. Puesta a volar en pleno trance, no sería capaz de distinguir si quien me acaricia está detrás o delante. Además, he trabajado mucho la aceptación de los hoyitos que han acompañado mis caderas desde los 15 años, para tener que volver a realizar ese trabajo por encontrármelos ahora en un nuevo lugar.

Otro método es desplazar una parte del dorsal estirándolo hasta conseguir rellenar el hueco que dejará la operación. El dorsal es un músculo muy grande y potente que tiene fibra para dar y tomar, pero dudo que si opto por esta técnica, pueda seguir levantando las bolsas de la compra o el cubo de la fregona sin dificultad. Para mí lo cotidiano es muy importante y no quiero tener que hacer cambios en mis rutinas más elementales por un motivo estético.

Existe otra técnica que consiste en colocar una válvula en el mismo momento de la operación, para posteriormente ir la rellenando de suero hasta conseguir el volumen y la ubicación adecuada. Me encantan los abrazos, mucho más que los besos. Cada vez que me encuentro con una amiga o amigo, no le beso, le abrazo. Siento su pecho, su respiración, huelo su nuca, y todo esto me da más información de lo que nos une, que la que transmiten las palabras. Abrazar reconforta, aunque no haya nada de lo que recuperarse. Un abrazo siempre suma. Trabajo con personas con discapacidad intelectual que tienen el sano hábito de recibirte cada día con tremendos abrazos a modo de exprimidor, que llenan de alegría la jornada. Cada mañana te estrujan como si hiciera un siglo que no te ven. Me aterra pensar la posibilidad de que la válvula no soporte la presión de estos abrazos, a los que no tengo ninguna intención de renunciar.



Silicona, un clásico. Algunas mujeres la utilizan para aumentar el volumen de sus pechos completamente sanos. Hasta ese momento, claro. Luego vendrán las revisiones y múltiples operaciones para mantener la prótesis en su sitio, o para sustituirla por otra nueva antes de que el material se envejezca, siempre con suerte de que el organismo no la rechace por considerarla un cuerpo extraño.

Y para colmo, el tatuaje del pezón.

Y ante todo esto me pregunto ¿cuáles son los motivos reales para recomendar con tanto interés la reconstrucción? Se me ocurren varios:

- 1.- Recuperar la feminidad: Aunque parezca mentira esto lo he leído tal cual en algunos artículos científicos sobre reconstrucción de mamas tras una mastectomía. Tengo una amiga que podría ponerse como ejemplo de lo que se dice una pedazo de mujer, brava, guapa, seductora, atractiva, inteligente, cariñosa, simpática, entregada totalmente a sus amistades y a causas sociales, leal, noble, pero sobre todo hiperfemenina. Y resulta que esta amiga mía apenas tiene pecho. ¿Tener menos pecho significa ser menos femenina?, ¿se es más femenina por tener uno o dos pechos?, ¿qué significa realmente ser femenina?, ¿es necesario ser femenina para sentirse mujer?, ¿se es menos mujer si se tiene un solo pecho?, y si tengo uno real y otro artificial ¿soy más o menos mujer?, si me reconstru-

yen el pecho atendiendo a los estereotipos de feminidad vigentes, ¿será una feminidad artificial? o ¿acaso toda la feminidad lo es?

Y la cosa es que yo nunca respondí a los estereotipos de mujer femenina, pero siempre me he sentido mujer.

2.- Disfrutar de la sexualidad y el erotismo: Si hago repaso de mis últimas relaciones sexuales y analizo el grado de satisfacción que he tenido con cada una de ellas, descubro que las más placenteras no son necesariamente las que se han centrado en la genitalidad. No necesito tener dos pechos iguales para disfrutar. Vivo la sexualidad y el erotismo como un todo que envuelve cada instante. No se trata de una caricia en un punto concreto, ni siquiera de llegar al orgasmo. Disfrutar de la sexualidad va mucho más allá. Se trata de generar un ambiente que embelesa, una mirada que destellea, un abrazo lento, una caricia tenue, una voz susurrada al oído, el vello de la espalda erizado al roce de unos labios. Un beso que deambula con mimo a lo largo de una hermosa cicatriz. No necesito una reconstrucción para seguir disfrutando de la sexualidad, pues nunca ésta dependió de la estética.

3.- Mantener la simetría: Aunque en el fondo ésta nunca es real. Todas las mujeres tenemos siempre un pecho más grande que otro, una mano más larga o un pie más ancho. Las personas no somos simétricas por mucho que nos empeñemos, nunca tenemos el mismo perfil si nos miramos con el rabillo del ojo izquierdo o derecho. Y si por alguna extraña razón existiera simetría en nuestro cuerpo, ya nos encargamos de que desaparezca con nuestros andares, cargando pesados bolsos y macutos sobre uno de los hombros, apoyando más el peso del cuerpo en una cadera que otra, e infinidad de caprichosas posturas corporales que desafían la simetría constantemente sin que esto suponga una gran pérdida.

Además, la reconstrucción solo garantiza la simetría por un tiempo, pues tras una intervención quirúrgica que parece más bien una obra de arte, el resultado, si todo transcurre como está previsto será una teta firme, con el volumen adecuado y la ubicación perfecta. Pero ¿qué ocurre con el paso de los años?, la teta reconstruida seguirá estando en su sitio, mientras que la otra, que nunca dejó de ser dinámica, continúa su curso, hacia abajo generalmente, porque es donde suelen terminar las tetas a partir de los sesenta y tantos por mucho fitness que se haga. Y entonces volverá la asimetría a menos que se vuelva a pasar por el quirófano, pero esta vez, para reorganizar la que está sana.

4.- Evitar el trauma: Verme en el espejo con un solo pecho no es un trauma. Para mí es mucho más traumático quedarme sin trabajo a los 47 años después de una vida laboral enlazando trabajos precarios, con muy pocas posibilida-

des reales de desarrollar mi carrera profesional, con sueldos irrisorios que incrementan su miseria por el hecho de ser mujer, según demuestran las últimas estadísticas. Traumático es no poder hacer frente al pago del alquiler de la vivienda en la que resido, o tener que pedir dinero prestado a mis padres pensionistas para llegar a fin de mes cuando toca ir al dentista. Traumático es ver el telediaro y contemplar la muerte a diario de cientos de personas que huyen de una barbarie para embarcarse en otra, ante la indiferencia de la vieja Europa que les vuelve la espalda...

Entonces, si no siento haber perdido una feminidad que nunca me caracterizó, nunca necesité ser simétrica para disfrutar de la sexualidad y no tengo ningún trauma por el hecho de tener un solo pecho ¿para qué necesito reconstruir? Ya tengo bastante con asumir el proceso que supone una operación de cáncer de mama, y eso que mi caso es de los menos destructivos. Aun así, las biopsias que machacan el pecho antes de que lo mutilen, las mamografías que parecen sandwicheras donde tus pechos llegan a tener el mismo espesor que los tranchetes, todas las veces que tienes que ir al hospital para escuchar malas noticias, el gadolinio radiactivo que circula por tu sangre cada vez que te hacen resonancias magnéticas, en las que tus pechos cuelgan mientras los brazos se anquilosan durante minutos de infernales sonidos. Y por último la radioterapia que lentamente achicharra tus células, hasta el punto de que cambiar la piel se hace necesario para superar el agravio (y gracias que en mi protocolo no se incluye la quimioterapia).

Prefiero invertir mi energía en aceptar mi nueva imagen, un pecho plano y otro mediano. Podría verse como un pecho de chico y otro de chica. Y así, dependiendo de si miro al izquierdo o al derecho, recordaré sonriendo cuando era niña y rogaba que los pechos no me crecieran tanto como los de mi madre, por lo incómodos que serían para jugar al baloncesto. Encargaré al taller de costura del centro ocupacional donde trabajo un relleno de cascara de espelta y lavanda para colocar bajo la ropa cuando me apetezca lucir dos pechos. Y cuando no lo utilice, lo guardaré en el cajón de lencería para que aromatice mis prendas íntimas.

Puedo pedir a mis amigas artistas que adornen la cicatriz con dibujos de henna, que desaparecen en unas semanas e iremos sacando fotos de todos los dibujos, para hacer con ellas una exposición.

Incluso ir a la playa puede ser divertido. ¿Me pongo la parte de arriba entera o solo un triangulito, a modo de parche pirata? Mejor tomaré el sol a pecho descubierto y cuando la gente me mire tendrá que decidir si estoy haciendo topless o soy un jovencuelo entregado a la nueva moda del tanga masculino.

Todo dependerá del rabillo del ojo con que se mire.

¿Edadismo? no, gracias



Jimena Jiménez Madrazo
Médica

“La vejez solo puede ser entendida en su totalidad; no es solo un hecho biológico, sino un hecho cultural”

Simone de Beauvoir

Aunque seamos feministas de toda la vida, a medida que cumplimos años nos es más difícil luchar contra la desigualdad y las dificultades de la vida, aumentadas, ahora, por el maltrato de la sociedad hacia las personas mayores, lo que se ha dado en llamar Edadismo.

Luchamos con fuerza por nuestros derechos cuando éramos jóvenes, luego apareció el escollo de la menopausia y ahí nos pilló un poco desprevenidas y tuvimos que meternos a fondo en el tema para reivindicar, con toda la energía, que seguíamos siendo mujeres válidas y estupidas.

Pero ¿qué pasa con la vejez?

Está claro que aquí ya llegamos con menos energía, pero es un nuevo reto que tenemos que asumir.

Nos vemos mayores, más feas, con dolores, con menos memoria, menos vitales y la muerte a la vuelta de la esquina. También nos asusta el tema económico al que, tal vez, no habíamos dado la importancia que tiene para poder vivir esta etapa de una manera más libre.

Así que de repente nos damos cuenta de que a pesar de haber sido mujeres activas, incluso activistas feministas desde la juventud, nos encontramos solas, con pocos recursos económicos y con problemas de salud.

Porque las mujeres somos las que padecemos en mayor medida las enfermedades crónicas, las que vivimos más años y las que nos quedamos solas después de haber cuidado a los demás (sin remuneración económica).

En esas circunstancias de dependencia, es nuestra familia la que decidirá por nosotras. Si nuestros familiares tienen recursos, puede que nos lleven a una residencia, pero si no los tienen, tratarán de cuidarnos ellos mismos. Frecuentemente, el adulto tiraniza de una manera solapada al viejo que depende de él, así que es fácil que nos veamos convertidas en niñas, sin poder de decisión y avergonzadas, incluso, de tener deseos



que a los que deciden por nosotras les pueden parecer poco adecuados para nuestra edad y situación.

Por eso es importante ocuparnos de esta etapa cuando todavía tengamos energía y podamos organizarnos para pasarla y disfrutarla lo mejor posible.

Como decía antes, las mujeres después de cuidar a los otros frecuentemente nos quedamos solas así que es muy importante decidir con tiempo cómo queremos vivir en adelante. Es importante tener una cierta independencia económica para depender lo menos posible de otros.

También, ahora están surgiendo posibilidades de vivir en comunidad (co-housing), con espacios propios pero con la posibilidad de compartir el tiempo con otras mujeres.

También es fundamental no olvidar los cuidados personales para mantenernos en forma física y psíquicamente, porque siempre hemos sido grandes cuidadoras pero muchas hemos descuidado nuestro cuerpo.

De la sexualidad en esta etapa nadie habla, porque existe la idea de que no es cosa de mayores, y que a esta edad es casi obsceno pensar en ella, pero hay muchas mujeres mayores que mantienen una actividad sexual aunque no siempre con pareja.

Así que hablemos también de ello y abramos más puertas.

Por suerte, siempre ha habido mujeres valientes y avanzadas a su tiempo, cuyas vidas son un referente para nosotras, que han vivido y disfrutado al máximo y con orgullo el hecho de envejecer. Y eso es lo que queremos estimular con este dossier. Que lo disfrutéis.

La bella ancianidad



Dolores Juliano

Antropóloga. Profesora jubilada
Universidad de Barcelona

Constantemente nos bombardean con información sobre cómo podemos borrar los signos de la vejez y se nos insta para seguir teniendo una apariencia joven. Hacer desaparecer las canas y las arrugas; conseguir pechos firmes y mantener un frenético ritmo de actividad hasta edades avanzadas parecen ser objetivos deseables y hasta obligatorios. Una amiga brasileña comentaba, "en nuestra televisión no se muestra a personas ancianas, las que lo son es que han descuidado su obligación de mantenerse jóvenes".

Nos encontramos así ante un mandato social imposible de cumplir, que nos lleva forzosamente al desencanto, la frustración y la amargura de constatar que pese a nuestros esfuerzos, la edad va dejando sus huellas en nosotras. ¿Pero es realmente esa la situación? ¿Es verdad que la vejez sea forzosamente fea? Quizá todas esas exigencias de eterna juventud son simplemente trampas para hacernos consumidoras y demandantes de productos de belleza y cirugía estética, procurando ganancias a las empresas farmacéuticas y médicas.

Parece entonces necesario desmontar el modelo.
Para empezar

- No se debe identificar vejez con enfermedad, no es lo mismo ser niño que tener tos ferina, ni ser anciano/a y tener alzhéimer. Envejecemos como vivimos y cada vez vemos más ancianas saludables que gozan de buenas condiciones de vida, y se sienten bien. No necesitan ninguna reparación de defectos inexistentes.
- Cada etapa de la existencia tiene sus límites y sus posibilidades y sus propios patrones estéticos. No se debe identificar lo que resulta atractivo sexualmente con lo que puede considerarse bello. Hay una diferencia entre aquellas características que hacen a una persona deseable (desde una perspectiva heterosexual) y lo que podríamos considerar acorde con patrones generales de belleza. Si esta diferencia no nos resulta siempre evidente es porque vivimos

en una sociedad marcadamente androcéntrica, donde la mirada masculina se nos presenta como la única mirada posible, además de ser una sociedad muy sexualizada.

- La opción no consiste en elegir belleza o fealdad, sino en buscar los patrones estéticos más adecuados para cada etapa de la existencia. La mayoría de los elementos que Hakim agrupa dentro de su concepto de "Capital erótico" es decir de aquellas características que hacen atractivas a las personas, tienen poca relación con la edad: la gracia, el encanto, el don de gentes, la facultad de caer bien, la vitalidad, el sentido del humor, el saber adecuar el aspecto a las circunstancias (Hakim 2012) (p. 22-23) son todas habilidades que pueden aprenderse y desarrollarse, y que por consiguiente se pueden utilizar para compensar los aspectos que se deterioran con el tiempo.
- Para evaluar la belleza de cualquier persona tenemos en cuenta la simetría y las proporciones, así como las manifestaciones de salud y vitalidad, y el hecho de desarrollar plenamente las características de la etapa de vida en la que se encuentra (autenticidad).
- Ante estos criterios evaluativos pierden significado, o se transforman en contraproducentes, cosas tales como la cirugía estética que no esté encaminada a reparar accidentes o subsanar malformaciones. Por otra parte las estrategias para fingir una edad diferente, tales como tintes, prótesis o estiramientos de piel pasarían a considerarse como riesgos estéticos de romper la armonía a la que el organismo tiende cuando está funcionando bien, más que como soluciones a hipotéticos problemas.

Para Platón y Aristóteles, de los que hemos heredado tantas conceptualizaciones, los patrones de valoración de la belleza dependen de elementos como la autenticidad, las proporciones adecuadas, la simetría y la armonía como dones divinos que recibían las personas o las cosas, lo que implicaba que es-



tas cualidades podían encontrarse en niños, en jóvenes de ambos sexos o en personas mayores si eran vitales y saludables.

Kant, por su parte, propone que el ideal de la belleza se forma a partir de miles de imágenes recibidas y que el tamaño medio, por ejemplo en peso o estatura y la forma media, por ejemplo de nariz, boca u ojos es la que consideramos

hermosa. Dado el carácter de experiencia acumulada que implica este criterio de evaluación, se comprende que cambie cuando la experiencia es diferente, por ejemplo daría las bases para entender que grupos con diferentes características raciales, tengan apreciaciones estéticas diferentes. Pensemos que en nuestra cultura, donde las personas ancianas forman una parte importante de la población, aplicar este criterio significa aceptar que, por adecuación visual, se las valoraría como modelos estéticos. Si esto no sucede es porque hay un aprendizaje social del rechazo a la ancianidad.

Queda entonces el trabajo de recuperar el derecho a ser, a vivir cada etapa de nuestras vidas, no como una suma de pérdidas sino como pasos hacia nuestro encontrarnos con nosotras mismas. Esto tiene que ver con la belleza de la verdad, de lo auténtico. Goethe contemplaba en Venecia diversos animales marinos y exclamó entusiasmado: "Que cosa deliciosa y magnífica es un ser vivo! ¡Qué adecuado a su situación, que verdadero, con cuanto ser"(Lukács 1963) (p.467). ¿No tendremos nosotras las mismas cualidades que los restantes seres vivientes? ¿Sólo con nosotras se equivoca la naturaleza y nos obliga a modificarla y corregirla?

Mujeres Mayores Protagonistas



Mariqueta Vázquez Albertino

Fundadora y Presidenta de AMES*

De la agenda feminista quedaron fuera las Mujeres Mayores, las que fuimos protagonistas de los cambios, hoy ya jubiladas, algunas hace algunos años, otras a punto de jubilarse.

Y nos encontramos con otra Revolución coincidiendo en el tiempo, la Demográfica: los últimos avances técnicos, científicos y sociales hacen que la esperanza de vida sea hoy más alta y en ascenso, hoy en España las personas mayores de 65 años suponen el 18% de la población, en 2051 se prevé que sea el 35%, siendo la esperanza de vida para las mujeres más alta que para los hombres: para ellos, la esperanza es de 79,6 años y de 85,3 para nosotras. En 2040 para los hombres será de 85,2 años y para las mujeres de 89,5. Las mujeres vivimos más años, más solas y más dependientes.

Estamos más solas, de hecho 3 de cada 4 mayores de 65 años son mujeres que viven solas. Somos más pobres, las pensiones de la mayoría son muy bajas por cuestiones de género, muchos de nuestros trabajos no son remunerados, en ocasiones por falta de formación, otras porque debemos pedir excedencias y reducción de jornada para, por cuestiones de género, poder cuidar de nuestras familias... y en muchos casos, además, las pensiones derivadas de la pareja, al quedarse viuda, queda muy reducida.

Y según pasan los años cada vez somos más dependientes, porque vivimos más años y por lo tanto cada vez tenemos más dependencias.

Confluyen cambios sociales, rápidos, inesperados, impensados en una sociedad no preparada para las transformaciones



estructurales que requiere una población cada vez más envejecida. Y en esta nueva sociedad caducan las formas tradicionales de envejecer, porque faltan los referentes, la sociedad no entiende cómo asumir los dos retos: la mujer incorporándose con plenos derechos y una sociedad que envejece... ¿Cómo lo articulamos?

ENVEJECER YA NO ES UN PROCESO INDIVIDUAL, DEBE CONCEBIRSE COMO UN PROCESO SOCIAL

Hay una resistencia ante lo desconocido... Sin embargo, una sociedad en constante transformación exige continua adaptación... Envejecer ya no es un proceso individual, debe concebirse como un proceso social.

Las mujeres construimos nuestro nuevo papel social, cambiamos las reglas de juego, y la familia ya no es la garante del bienestar de sus mayores... Ahí las mujeres volvemos a ser un grupo social pionero, muy heterogéneo, estamos protagonizando cambios muy profundos que están transformando la sociedad.

Antes hablábamos de pasado y presente, hoy hablamos de futuro: nos estamos deshaciendo del miedo, del sacrificio, del encierro, de la subordinación, de la sumisión, de la depresión y de la ansiedad, rompemos estereotipos de género, roles, mandatos de género, tomamos las riendas de nuestra vida, reconstruimos nuestro proyecto vital y estamos construyen-

do un nuevo modelo: un modelo para el futuro... ¡Somos una generación en transición!

Y en toda esta situación, la parte emocional, el análisis de los sentimientos está por estudiar. No podemos olvidar que todas necesitamos recibir y dar afecto, compañía y cuidados.

Estamos construyendo cómo, dónde y con quién queremos vivir, y esta tarea debería ser del Estado, del Gobierno, de la Sociedad, una nueva sociedad en transformación, que demanda este gran desafío. Los poderes públicos tienen que intervenir con el concurso de la sociedad

civil, pero ya no queremos que nadie decida por nosotras, sino que se cuente con nosotras.

Hay que incorporar la nueva forma de envejecer, ya no es un fenómeno social negativo, es más activo que pasivo, hemos dejado de ser espectadoras para ser protagonistas, la autonomía personal y la independencia son nuestras señas de identidad. Estamos, otra vez, pergeñando un nuevo modelo de mujer mayor, más activa, más relacionada, más comprometida, más participativa... Seguimos rompiendo estereotipos.

Pero para conseguir todo esto, tenemos que pensar, pedir, exigir otra organización social, Leyes que se cumplan, que se implemente la Ley de la Autonomía Personal (por ejemplo), que consiste simplemente en ser cuidadas, porque es un derecho que nos asiste y no una obligación. Necesitamos nuevas leyes, normativas e instituciones que nos apoyen. Necesitamos pensiones dignas que nos permitan vivir con dignidad, servicios de proximidad y nuevas formas de convivencia que nos permitan a nosotras y a nuestras familias ser más libres: pudiéndonos quedar con los afectos, con los sentimientos, con la ternura de nuestros hijos e hijas, nietas y nietos, amigas y amigos, cuidándonos, disfrutándonos y queriéndonos.

Artículo publicado en la Revista Con la A, nº 42, 2015

*AMES Asociación de mujeres por un envejecimiento saludable

PLACERES SIN EDAD

Talleres de sexualidad para mujeres mayores



**DESMON
TANDO
A LA PILI**

**Victoria Tomas,
Lourdes Orellana.**
Sexólogas

Placeres sin edad es uno de los talleres que más nos gusta hacer. Placeres, porque para nosotras es importante que el sexo y la educación se vinculen al placer, con todo su potencial y sus posibilidades. Por eso también buscamos que el propio formato sea en sí mismo placentero: aprendemos más cuando nos divertimos. Sin edad, porque es un taller dirigido sobre todo a mujeres mayores. Porque entre todas las sexualidades silenciadas y que necesitan ser reconocidas, la sexualidad de las mujeres mayores es una de las que necesita especial atención y cariño. Aclaremos aquí que "mujeres mayores" es una categoría lo suficientemente amplia y abierta como para dar cabida a todas las mujeres que sientan que pertenecen a ella: las decididamente viejas, las que empiezan a despedir su juventud, las que ya dejaron atrás los sofocos, las que acaban de entrar en esa fase de sus vidas y se dan cuenta de que su sexualidad también se ve afectada y que (una vez más) nadie les habló de ello, las que ya no tienen pelos en la lengua porque cumplieron suficientes años como para decir lo que les parece. Y todas las jóvenes que quieran venir son también bienvenidas, claro está.

Se trata de una mezcla entre un taller de educación sexual y un tuppersex, porque llevamos juguetes eróticos que en realidad nos sirven de excusa para abordar varios de los temas que sabemos que es importante tratar al hablar de sexo con las mujeres mayores. Ellas participan en la medida en la que a cada una le apetece, preguntan, nos reímos, y al final les ponemos deberes para casa. El placer no se conquista sin responsabilizarse de él, y hay que derribar el mito de que sabemos disfrutar del sexo naturalmente: hay mucho que aprender, y si deseamos realizar ese aprendizaje hay que llevarse tareas para casa.

Hablamos de la lubricación, de sus cambios con la edad y de alternativas para evitar la sequedad. Explicamos algo sobre el



suelo pélvico, cómo conocerlo y mantenerlo en forma. Damos pistas sobre cómo reconectar con el propio deseo y placer aprendiendo a prescindir de las larguísimas listas de normas impuestas sobre nuestros cuerpos y sexos y dándonos permiso. Sugerimos algunas de las ventajas que nos puede ofrecer un vibrador y enseñamos diferentes modelos, que ellas tocan y descubren, entre avergonzadas, divertidas y curiosas. Insistimos en la necesidad de globalizar nuestra erótica y salir del mandato de genitalidad, coito y orgasmo, para abrirnos a otras maneras de jugar, sentir y disfrutar. Y recordamos también que todo eso no tiene por qué ocurrir en una pareja de hombre y mujer, sino que también puede darse en otros tipos de parejas, y en una misma sin necesidad de alguien más.

LAS MUJERES SE EMOCIONAN

El sexo es emocionante: eso es una certeza que hemos adquirido tratando con muchas mujeres y que traemos aquí como nuestra pequeña colección reunida a través de muchos momentos de encuentro con mujeres diversas en talleres, tuppersex y en el espacio de asesoramiento y terapia. Como sexólogas y psicólogas que somos, nuestras materias primas de trabajo son el sexo y las emociones y sabemos que no se pueden separar.

El sexo es emocionante porque genera muchas emociones: no todas tienen por qué ser positivas, como nos venden los



medios y en general la presión social. Pero tampoco todas tienen por qué ser negativas, como se nos transmite desde esos modelos de educación sexual antiguos (¿tal vez aún presentes?) centrados en todos los riesgos, peligros y cosas malas que pueden suceder en relación con el sexo.

- **MIEDO.** Nos encontramos con mujeres que al hacerse viejas tienen miedo a dejar de gustar y volverse invisibles, y eso tiene que ver con nuestro cuerpo, con su belleza, su funcionalidad y cómo nos han dicho que todo eso debe ser. Miedo a que una vez que se hayan vuelto invisibles ya no resulten objeto de deseo, y que nadie sueñe con disfrutar con sus cuerpos. Está también el miedo al deterioro de la salud, a no poder cuidar de los demás y necesitar ser cuidadas, al dolor. Todo eso repercute en cómo se dan a sí mismas el permiso de sentir placer y disfrutar de sus cuerpos. Es tan fuerte el mandato social de que la sexualidad debe ir unida a la reproducción (y pertenece, por tanto, a la juventud), que una vez que ya no están en esa etapa a muchas les cuesta encontrar otro modelo de sexualidad en el que encajen.

En algunos casos ese miedo es más sutil: los cambios en el cuerpo hacen que disfrutar de este requiera más tiempo, más calma, más concentración... y los orgasmos, que son tan caprichosos y se escapan por menos de nada, empiezan a hacerse más difíciles de encontrar. Entonces puede suceder que esa mujer, que ya tenía algo de miedo de no resultar atractiva, además se bloquea pensando en ese orgasmo que no llega, y a ver si ya nunca más voy a disfrutar como antes, y qué pensará el otro (o la otra... pero es más a menudo un "otro" el que queriendo o sin querer genera esa ansiedad). El miedo paraliza o invita a huir, y ninguna de las dos opciones son buenas vías para el disfrute.

- **ALEGRÍA.** También vemos alegría en los talleres: la oportunidad de hablar con otras mujeres en un espacio de seguri-

dad, sin juicios, ya sea con la excusa de los juguetes eróticos o de las dinámicas que proponemos, supone para muchas mujeres un momento liberador y del que disfrutan enormemente. Uno de los comentarios habituales es "yo nunca había hablado de esto con nadie"; ¡y qué bien sienta hacerlo!

Además, con los años hay ciertos miedos de juventud asociados a la actividad sexual que desaparecen. Una vez eliminada toda posibilidad de embarazo del horizonte (que si me quedo cuando no quiero, que si no me quedo cuando sí que quiero...) muchas mujeres sienten un alivio que les permite

reencontrarse con su deseo y relanzar su erotismo.

- **RABIA.** Hay un momento divertido pero también significativo, que es cuando en un grupo de mujeres se consigue un buen clima de confianza y se comparten secretos: la que usa vibradores desde hace tiempo, la que tiene un amante, la que ve porno... y ahí aparece la rabia en aquellas que no se han animado hasta entonces a salirse de las normas impuestas y que no se habían dado cuenta de que eran las únicas que las seguían respetando. Ese momento en el que acceden a la privacidad de otras mujeres (en ocasiones son amigas íntimas, pero no habían hablado de estos temas) y se enfadan consigo mismas por haber sido tan inocentes hasta entonces, les enciende una luz que les ayuda a darse permiso para hacer lo que realmente deseen o necesiten. Ahí es donde algunas se compran su primer vibrador o piden cita en la asesoría porque quieren más herramientas para seguir el camino que han decidido empezar a recorrer. También aparece la rabia por la sensación de tiempo perdido o poco aprovechado, por haberse creído tantos mensajes en contra de una sexualidad placentera, libre y saludable.

También hay casos en los que sus parejas disfrutaban más que ellas, y eso termina enfadando, porque es injusto. A veces esa situación lleva años produciéndose y llega un momento en el que deciden tomar cartas en el asunto. Esa es otra de las consecuencias de dar por válido un modelo sexual centrado en los hombres y que no tiene en cuenta a las mujeres: se sobreentiende que los ritmos y las prácticas para relacionarse eróticamente son unas determinadas y no se invita a explorar para descubrir las propias, o para ajustarse a los cambios que suceden con la edad.

- **TRISTEZA.** Otras veces lo que nos encontramos es tristeza, por diferentes tipos de pérdidas: las relacionadas con el propio cuerpo, o con la pareja o seres queridos. Cada una a su manera, esas pérdidas suponen duelos que se suelen

traducir en falta de deseo y en un relegar la sexualidad al cajón más pequeño y olvidado, ahí donde no moleste. Pareciera que el buen sexo fuera incompatible con la tristeza, y sin embargo, muchas veces es el sexo, a través del erotismo y el reencuentro con el propio cuerpo, el que ayuda a procesar esos duelos y alivia el dolor.

- **AMOR.** Nos queda el amor. Cierto es que no son las más, pero de vez en cuando nos encontramos con alguna de esas que lo que siente es fundamentalmente amor. Un amor profundo y auténtico hacia sí misma, que hace que se cuide, que sea capaz de dar y recibir placer, de pedir, de dejarse llevar y sentir. No es tanto una cuestión de si están solas o si su pareja es hombre o es mujer, sino que es más una cuestión de proceso personal. Se trata de mujeres que han sido capaces de desmontar a esa Pili que llevaban dentro y que les impedía disfrutar y amarse como ellas merecían, y una vez que han prescindido de todos esos tabúes, miedos y normas absurdas, se han construido a sí mismas como sujetos, como mujeres sexuadas que aman y se aman.

Todo eso (y mucho más) les pasa a nuestras mujeres mayores sin edad... ¿Y a nosotras?



NOSOTRAS TAMBIÉN

Nosotras también nos emocionamos con ellas y con sus placeres.

A veces nos da **miedo** no encontrar la manera adecuada para hacer llegar nuestros mensajes. Hay sitios en el que nos reciben con el gesto duro de quien no quiere ser cuestionada. A menudo las resistencias van cayendo y ese gesto se cambia en sonrisa, pero aun así, ahí está el miedo a que algún día no consigamos esa transformación y las mujeres se enfaden.

Con cada mujer que nos regala una confesión relacionada con su vida íntima sentimos una **alegría** profunda, porque sabemos que eso es bueno, y que nos cuenten cosas nos recuerda que lo que hacemos es útil y que estamos consiguiendo un poco nuestro objetivo: que la gente, las mujeres, puedan hablar de sexo con naturalidad, compartir lo que necesiten y que haya alguien que reciba eso y lo acompañe. Cada vez que una mujer mayor entra a la tienda a comprar algún producto y se va relajando conforme entiende que es un espacio de seguridad y se anima a preguntar, nosotras nos alegramos. Creemos que son pequeñas cosas como estas las que ayudan a cambiar el mundo.

Nos da **rabia** constatar el daño que hace ese modelo cultural horrible que existe en nuestra sociedad en torno al sexo. Duele, pero sobre todo indigna, ver cuánto marcan y bloquean nuestra autonomía y nuestro placer el machismo, la heterosexualidad obligatoria el heteropatriarcado, el capitalismo y todas las herramientas que la sociedad pone a su alcance. Espanta conocer la enorme cantidad de agresiones y abusos sexuales que sufren las mujeres, cómo producen heridas difíciles de sanar y cómo se siguen viviendo bajo el peso de la culpa y el silencio. Claro que esa rabia nos moviliza e impulsa a seguir trabajando y aportando nuestro granito de feminismo alegre a la sexualidad, pero lo cierto es que a veces cuesta digerir ese dolor producido por las agresiones, porque son muchas, en todo tipo de mujeres, y hay días en los que te hartas de tanta injusticia.

Da **pena** cuando ves que el caparazón que tienen algunas mujeres es tan duro que es imposible acceder a su interior y que acepten que eso del placer y el sexo también va con ellas. Al fin y al cabo, son muchos años de levantar barreras contra el sexo y no se pueden derribar tan fácilmente.

Por supuesto que las agresiones que mencionábamos antes también nos producen una enorme tristeza. Ese sufrimiento no es sólo individual, es colectivo, porque nos afecta a todas, y en esa medida nos duele.

En cualquier caso, al final lo que más pesa es que recibimos cantidad de **amor**. El amor de esas mujeres sin edad cuya sexualidad acompañamos. Pero no sólo: también, y fundamental para nosotras, el amor de nuestro equipo de trabajo y de las redes a las que pertenecemos, como las de la economía social o la RedCAPS que nos arrojan e inspiran.

El sexo es emocionante, a cualquier edad. Nuestra invitación es disfrutar de esas emociones que nos produce, cultivar las que más nos gusten, y que cada una construya su propio modelo de sexualidad, prescindiendo de todo aquello que no necesite.

envejecimiento y nutrición



Pilar Parra Barrachina

Bióloga y nutricionista

pilarparra1@orange.es

Cuando hablamos de envejecimiento, y de las múltiples teorías que lo quieren explicar, me parece interesante partir de la idea esbozada por la doctora María Blasco, investigadora especialista en este tema, directora de un laboratorio de Biología Molecular y del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). En su libro "Morir joven, a los 140" opina que "el envejecimiento no está previsto por la evolución. La evolución pone toda su fuerza en generar organismos óptimos capaces de reproducirse, y pierde todo interés en quienes ya se han reproducido. . . . Ni favorece ni penaliza a los seniors. . . El envejecimiento ocurre por defecto, no porque se active un determinado programa genético terminator". O sea, por acumulación de daños en las células con el tiempo, sin un mecanismo eficiente protector.

Con esta idea en mente, quisiera en este documento repasar las opciones nutricionales apoyadas por estudios científicos que puedan ayudar a retrasar las consecuencias en los humanos de ese "abandono protector de la evolución" y que nos lleva a envejecer y enfermar con patologías directamente relacionadas con la edad como enfermedades cardiovasculares, cánceres, neurocognitivas, etc.

Hay numerosos factores que influyen en el envejecimiento. Uno de los más investigados, por la doctora Blasco y muchos otros investigadores, es la longitud de los telómeros, o extremos de los cromosomas celulares; cuanto más viejo es el organismo, más cortos tiene los telómeros, que se van acortando con cada división celular; y hay múltiples factores que afectan a la longitud de los telómeros, como los genes (en un 25%), la dieta, el ejercicio, el estrés, el grado de formación, el hábito de fumar, la exposición excesiva al sol y a las radiaciones, etc.

Por citar alguno, es muy importante el trabajo de la doctora Liz Blackburn, publicado en 2004 en PNAS en el que se demostraba la influencia del estrés en el estado físico y en la longitud de los telómeros. Se observó que los telómeros de las madres de niños enfermos crónicos eran equivalentes a diez años de tiempo más cortos que los de las madres de niños sanos. Así estableció la relación entre estrés psicológico con el estrés oxidativo y los telómeros más cortos.

En la revista Cell, en 2013, la doctora Blasco y otros autores escribieron "The Hallmarks of Aging", donde se exponen nueve grandes procesos causantes del envejecimiento; en relación a nutrición y estilo de vida, allí se nombran los radicales libres, que producen inestabilidad genómica, o acciones como fumar o la dieta que influyen en un genoma que es sensible al ambiente.

En un trabajo del doctor A.M. Valdés y otros, publicado en Lancet, en el 2005, se relacionó la obesidad y el tabaquismo con un mayor acortamiento de los telómeros en mujeres. También la doctora Elissa Epel y otros publicaron en American Journal of Public Health, en el 2014, la relación directamente proporcional entre el consumo de refrescos azucarados y telómeros más cortos: beber diariamente 250 ml de refrescos con azúcar equivale a 1,9 años de envejecimiento en longitud de los telómeros.

El doctor José María Ordovás, director del Nutrition and Genomics Laboratory de la Universidad de Tufts, en Boston (EEUU), aclara a la doctora Blasco en su libro que un factor importante es la flora intestinal que vive en nuestro interior, ya que algunos nutrientes actúan a través de estos microorganismos. Por ejemplo, las variaciones en el microbioma podrían influir en la tendencia a la obesidad. Y algo muy importante, los microbiomas se habrían adaptado a la zona geográfica donde viven sus portadores, con sus alimentos propios, con lo que se plantean muchas dudas a la hora de las recomendaciones de una dieta u otra.

El mayor estudio realizado hasta ahora sobre el tipo de dieta con beneficios en una población, muestra que la dieta mediterránea está entre las más sanas. Se llama Predimed (Prevención con dieta mediterránea), en la década del 2003–2013 y publicada en The New England Journal of Medicine. Entendiéndose por dieta mediterránea la basada en alto consumo de cereales, legumbres, fruta y verduras, pescado como proteína y aceite de oliva y frutos secos como fuente de grasas. Se observó la reducción de complicaciones cardiovasculares. Se obtuvieron mejores resultados que con las dietas bajas en grasas que se llevaban años recomendando.

En posteriores estudios se ha visto que este tipo de alimentación también influye en telómeros más largos.

Otro estudio epidemiológico interesante relacionando zonas geográficas con alimentación y salud es el realizado por la organización Blue Zones, creada por el periodista especialista en salud Dan Buettner. Los hallazgos coinciden por los realizados por el doctor Dean Ornish, fundador del Instituto de Medicina Preventiva y profesor de Medicina Clínica de la Universidad de California, en sus investigaciones. En este estudio, un equipo de médicos, antropólogos, nutricionistas, demógrafos y epidemiólogos, en el 2009, concluyó la existencia de lo que se llamó Zonas Azules. Son lugares con una alta concentración de centenarios con datos de nacimiento comprobados y además que habían envejecido sin desarrollar enfermedades como cardiopatías, obesidad, cáncer o diabetes. En su libro "El secreto de las Zonas Azules" se habla de las zonas encontradas:

- Icaria (Grecia), que además tiene uno de los índices más bajos de mortalidad en la mediana edad y los índices más bajos de demencia.
- Okinawa (Japón), con las mujeres más longevas del mundo.
- Provincia de Ogliastra (Cerdeña), la mayor concentración de hombres centenarios a nivel mundial.
- Loma Linda (California), con la mayor concentración de Adventistas del Séptimo Día, que viven hasta diez años más y con mejor salud que el estadounidense medio.
- Península de Nicoya (Costa Rica), con los índices más bajos de mortalidad en la mediana edad a nivel mundial y la segunda concentración más alta de hombres centenarios.

Los nueve rasgos comunes a estos lugares, con distinciones en cada zona, fueron:

- Moverse de forma natural, o sea, caminar, trabajo doméstico o de jardinería o de cultivo de sus alimentos frescos.
- Propósito en la vida, lo que los habitantes de Okinawa llaman Ikigai, o sea, algo por lo que vivir, más allá de su trabajo.
- Bajar el ritmo mental, evitar el estrés, que provoca inflamación, asociada con todas las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Tienen rutinas para ello como siestas, rezar, recordar a sus ancestros o tomar una copa de vino todas las tardes.
- Regla del 80%, o llenar su estómago sólo en un 80%. El Hara hachi bu, mantra de Confucio de 2500 años de antigüedad. Con las comidas más frugales al anochecer o atar-



- decer, y no vuelven a comer.
- Preferencia por los vegetales. Las legumbres y las verduras son la base de la dieta de muchos centenarios. Y pescado en las zonas costeras. La carne, especialmente de cerdo, como promedio se come 5 veces al mes. La esperanza de vida de los omnívoros con un limitado consumo de carne es más alta que la de los vegetarianos estrictos.
- Vino, 1 ó 2 copas al día con familia o amigos. Los bebedores moderados viven más que los abstemios.
- La existencia de vínculos sociales enriquecedores comprometidos en el bienestar de los miembros.
- Creencias religiosas.
- Convivencia y protección de familiares como pareja, padres, hijos, nietos, etc.

Las investigaciones en relación a la reducción calórica tienen una larga trayectoria. Ya en los años 30 el doctor Clive McCay, de la Universidad de Cornell, demostró que podía alargar la vida de los ratones hasta un 40% reduciendo drásticamente la cantidad de calorías que ingerían, justo para que no estuvieran desnutridos.

La restricción prolonga la duración de la vida en especies tan distintas como levaduras, gusanos, moscas o ratones. En los simios no se ha visto que alargue la vida pero sí la salud. No se sabe por qué y cómo funciona a escala molecular.

A raíz de estos resultados se creó una sociedad llamada Caloric Restriction, sus miembros toman unas mil ochocientas calorías diarias, con los nutrientes y proteínas recomendadas. Llevan alrededor de 16 años y faltan aún más para poder estudiar los resultados, de momento son personas muy delgadas y sin el más mínimo riesgo de patologías cardiovasculares. De otras patologías no se tienen datos aún. Entre los efectos secundarios observados está la reducción del deseo sexual.

El doctor Luigi Fontana, de la Universidad de Washington, cree que los beneficios se obtendrían por el tiempo que se pasa sin comer, más que por comer poco. Parece que el organismo responde al ayuno con toda una serie de mecanismos protectores, como mayor sensibilidad a la insulina.

Los datos obtenidos con animales parecen indicar que el ayuno intermitente sería una buena opción de restricción calórica. El estudio está en marcha.

Formas de hacer el ayuno intermitente serían ayunar dos o tres días a la semana, de forma alterna o, todos los días comer sólo en un intervalo de 6-8 horas, manteniéndose el resto de horas en ayuno de alimentos.

Parece que el beneficio vendría en que el ayuno inhibiría al enzima llamado mTOR (diana de la rapamicina en mamíferos), que se sabe que influye en la duración de la vida en los organismos que se ha estudiado (levaduras, gusanos, moscas y ratones).

Consultar bibliografía en pilarparra1@orange.es

90 años DE VIDA PLENA



Louise Hay
Famosa autora de libros de autoayuda



“Voy a cumplir 90 años este sábado. Elijo ver mi vida moviéndose en diferentes direcciones, todas ellas igual de buenas. Algunas cosas son incluso mejores ahora que en mi juventud. Mis años más jóvenes estuvieron llenos de miedo; en la actualidad mis días están llenos de confianza.

Mi propia vida realmente no comenzó a tener sentido hasta que estaba a mediados de mis 40 años.

A los 50 empecé mi carrera de escritora a una escala muy pequeña. El primer año hice una ganancia de 42 dólares.

A los 55 años me aventuré en el mundo de las computadoras, lo cual me asustó pero tomé clases y vencí el miedo. Hoy tengo tres computadoras y viajo con mi

iPad e iPhone a todas partes.

A los 60 años tuve mi primer jardín.

En este mismo tiempo me inscribí en clases de arte para niños y empecé a pintar.

A los 70 y 80 era más creativa y mi vida continúa siendo cada vez más rica y plena.

Todavía escribo, doy conferencias, enseño a través de mis acciones. Estoy constantemente leyendo y estudiando.

Soy dueña de una editorial muy exitosa y tengo dos organizaciones sin fines de lucro. Soy una jardinera orgánica dedicada. Cultivo la mayor parte de mi propia comida. Me encanta la gente y las fiestas. Tengo muchos amigos cariñosos. He viajado extensamente. Tam-

bién todavía estoy pintando y tomando clases. Mi vida se ha convertido en un tesoro de experiencias.

Quiero ayudarte a crear una idea consciente de tus últimos años, para que te des cuenta de que estos pueden ser los años más gratificantes de tu vida. Quiero que sepas que tu futuro es siempre brillante, no importa cuál sea tu edad. Mira tus últimos años convirtiéndose en tus años de tesoros.

En lugar de simplemente envejecer y renunciar y morir, vamos a aprender a hacer una gran contribución a la vida. Tenemos el tiempo, tenemos el conocimiento y tenemos la sabiduría para movernos por el mundo con amor y poder. ¡Da un paso adelante, utiliza tu voz, sal

CIUTAT D'ELLES: vivir juntas en La vejez



Rosa Masdeu

Cocreadora de Ciutat d'Elles



Cuando teníamos 50 años pensamos que nos gustaría vivir en nuestra propia vivienda, cercanas unas a las otras para ayudarnos en caso de necesidad, para seguir creando proyectos. De esta forma surgió Ciutat d'Elles. El proceso de gestación del proyecto nos hizo engordar porque nos reuníamos siempre alrededor de una mesa, como suelen hacer las mujeres, también reímos mucho, como cuando alguien propuso un terreno cerca de un cementerio y en una colina, por lo que vimos lo práctico que sería deslizarse suavemente hasta la tumba. Bromas aparte, se nos quitaron las risas en cuanto empezamos a buscar terrenos, en Mallorca.

Uno, que parecía idóneo, porque ya tenía una gran casa que podíamos utilizar como lugar común para comidas, reuniones, talleres, alojamientos circunstanciales, de hospedaje o enfermedad, estaba en terreno rustico y necesitábamos que el Ayuntamiento nos considerase de Utilidad Pública. Así que creamos una Asociación y planteamos el proyecto como lo que es, de Utilidad Pública, porque quita un problema a la sociedad, el de dónde "coloca" a los mayores, crea un proyecto piloto que sirve como ejemplo para otras comunidades, reduce los enormes gastos que son las Residencias para Mayores y crea un entorno ecológico, auto-suficiente y económico.

Su planteamiento era sencillo y evidente, crear una comunidad de servicio mutuo: cada participante se comprometía a dar horas de servicio para los trabajos de funcionamiento de la comunidad. Pensamos que grupos de 25 personas era lo idóneo para llevar a cabo estas comunidades. Y se basaba en la autogestión de cada grupo, decisiones por consenso, economía compartida.

Ciutat d'Elles se comprometía también a crear un grupo piloto que sería ejemplo para poder hacer más fácilmente otras comunidades. Ya que es importante resaltar que sabíamos las enormes dificultades con las que nos íbamos a encontrar. En nuestro grupo hay profesionales de la salud, terapeutas, periodistas, trabajadoras sociales, en Humanidades, vaya, que la vida nos había juntado para crear esta tarea. Cualquiera con dinero puede hacer una cooperativa, pero para un proyecto como el nuestro se necesitan personas increíbles y las teníamos.

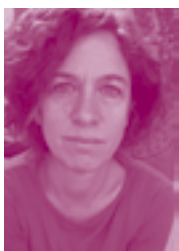
Han pasado 20 años, tuvimos que dejar el proyecto aparcado en la región de los sueños por falta de recursos económicos. Desde entonces he aprendido mucho más sobre la vejez. Durante estos años la vida me ha puesto delante de las narices uno de sus aspectos más duros para que aprendiese que no todo son risas y juerga: ¡el temido Alzheimer!

Vine a Francia para ayudar a mi hija con el cuidado de su suegra con esta enfermedad, pensé probar durante 2 meses y ¡llevo 8 años! He vivido con ella hasta el final de su vida, y le doy las gracias porque ha sido una de las maestras que me ha ofrecido la vida. Gracias a ella, he aprendido la paciencia, a dejar de juzgar, a vivir el momento, el amor incondicional, el respeto, y que el cariño es el máximo regalo que podemos hacer a las personas mayores y estas nos lo devuelven al 1.000 por 1. También he aprendido que en una residencia, donde les atan para que no se auto lesionen, donde se insta a las enfermeras y cuidadoras a que no expresen afecto para que no se produzcan interferencias emocionales ¡para que no sufran al separarse!, es difícil que tengan el bienestar que necesitan. Lo que no significa que no valore el trabajo de estas personas (la mayoría mujeres) indispensable, difícil, agotador física y emocionalmente y poco valorado. Pero mi experiencia es que, cuando una persona con esta enfermedad ya es totalmente dependiente sin poderse mover, se necesita todo un equipo para cuidarla amorosamente: una persona cercana que dirija el entorno, una o dos que la suplanten dos días a la semana para que descanse y enfermeras que vengan mañana y tarde para ayudar. ¿Cuánto cuesta todo este equipo profesional o semiprofesional? Aquí, en Francia, que hay muchas ayudas para la dependencia en cuanto a los cuidados profesionales de las enfermeras, no las hay para pagar a las otras personas que ayudan, y esto supone más de 3.000€ al mes.

Para acabar, volviendo al proyecto Ciuta d'Elles, sólo decir que ya hay muchos ejemplos de cooperativas, o comunidades que funcionan en muchas partes del mundo, es más, cada día se comprueba que en pocos años será la forma de funcionar en muchos colectivos que se unen para disminuir costes de suministros, de habitabilidad, para este nuevo mundo al que no nos queda más remedio que aportar soluciones ya que somos nosotros quienes lo estamos destruyendo.

ABRIRSE AL CUERPO

Las mujeres mayores y el yoga



Mariana Indart Valla

Psicoanalista
Profesora de Yoga Iyengar

La verdad es que no tengo grupos especiales para mujeres mayores, así que no puedo decir que sea una especialista en el tema. Ellas vienen a mis clases y se integran en los grupos que hay, que son pequeños, como máximo 10 personas. Así que puedo contarles sobre las señoras mayores "integradas" a grupos de diferentes edades y sexos.

Además, según mi experiencia, las mujeres mayores no son todas iguales. Están las que han practicado yoga o danza o deporte o diversas gimnasias durante sus vidas, por lo cual ya tienen una buena relación con sus cuerpos y se adaptan lo más bien a la clase. Dentro de éstas están las que soportan bien el hecho de que ya no pueden hacer lo mismo que antes y las que no lo soportan.

Están, por el otro lado, las que nunca hicieron actividad física y lo que les pasa con eso: se disculpan, se avergüenzan, desconfían de mí y de sí mismas, piensan que lo van a hacer mal. Pero si ya han llegado hasta la decisión de probar la clase de yoga es porque están buscando algo que las ayude a sentirse mejor, y en general se quedan. Porque la consigna es que cada uno hace hasta donde puede y a su ritmo.

Son diferentes pero todas ellas tienen algo en común porque cuando hay una mujer mayor en la clase se produce algo especial en el grupo. Se les da un cierto trato diferencial al principio (es que son mayores, viejas) y al final se las admira porque están haciendo la misma clase que ha desafiado a cada uno en sus propios obstáculos con su cuerpo solo que ellas... tienen unos cuerpos muy viejos.

Otra cosa que tienen en común es el ritmo, tienen otra velocidad, son como de ondas largas, fluyen el tiempo de una manera más lenta. Sí, es más lento el ritmo para comprender las consignas, para realizar los movimientos, para recordar

lo que se hizo las clases anteriores, algo del cuerpo va más lento. Incluso las que ya han practicado yoga y seguir la clase les resulta habitual van más despacio.

Lo que no va lento es la mente... los comentarios que hacen... Pero ese ya sería otro tema.

LA RELACIÓN CON EL CUERPO

Hay mujeres, como Ema de 78 años, que se acuerda de los juegos de infancia. "Esto hacía yo con mis hermanos, vuelta carnero, por la barranca de la sierra de mi pueblo en Córdoba". ¿Vuelta carnero? Pero si lo que estamos haciendo se llama halasana en sánscrito. "¡Y es lo mismo!" Cuando el cuerpo ha gozado de la libertad de jugar en la infancia es una suerte porque el cuerpo recuerda y lo revive.

Están las que se quejan de los dolores de cuerpo. La vejez viene con dolores de cuerpo. Pero hay diferentes tipos de queja. Hay la queja indiscriminada, "me duele todo", "me duele tener que moverme, cambiar de posición". Hay la queja por los dolores que no dejan descansar y ahí es importante prestar atención a las transformaciones de ese dolor durante las posturas y sobre todo que en la relajación al final haya descanso, que la persona pueda estar bien en el reposo. Hay las quejas por dolores agudos que surgen de malos movimientos o distribución del peso, desequilibrios.

Por mi formación me es posible discriminar el dolor del cuerpo de la queja. El cuerpo más o menos a partir de cierta edad duele por aquí y por allá, forma parte de otros sentires. Así que también presto atención a las que no se quejan, porque están callando.

Están las que vienen asustadas con los diagnósticos: "la última densitometría me salió que estoy peor, el médico me ha dicho que lo que sigue es osteopenia o algo peor que no entendí". Yo les pregunto siempre que con qué lo están comparando, cuál es el patrón de normalidad con el que se



miden los resultados de sus estudios médicos. Me miran perplejas. Yo no tengo herramientas para decir cuál es el estado de salud de una vieja pero me doy cuenta cuando, en vez de decirles que el deterioro del cuerpo es perfectamente normal y que para llevarlo bien conviene ésto o lo otro, las diagnostican de algo irremediable. Seguramente es lo mismo, envejecer es un diagnóstico irremediable, pero como la mayoría de los médicos no quiere hablar de "eso" entonces les dan un diagnóstico que las asusta.

El miedo se mete en el cuerpo, el cuerpo reacciona al miedo con alertidad, con estrés, con angustia, llámenlo como quieran, ya conocemos su circuito: el susto provoca que se cierre el cuerpo, el diafragma se tensa, la tensión del diafragma acorta la respiración y afecta los riñones, las glándulas suprarrenales segregan adrenalina, esta hormona se comunica con el cerebro que reacciona alertando a todo el cuerpo sobre un peligro y todo se acelera hasta llegar a la taquicardia... La persona ya no quiere estar en su cuerpo, si es como vivir donde suenan las alarmas de alerta por incendio o alguna otra cosa terrible que sucederá.

Y todo esto en el marco de las buenas intenciones y suponiendo que el diagnóstico es certero.

Pero también está el diagnóstico que alivia. Luisa andaba siempre temerosa, se consideraba torpe, descuidada, perdía el equilibrio en la calle, tuvo una caída muy fea que terminó en cirugía y entonces quedó muy insegura y otra vez temerosa, temblorosa. En su caso el diagnóstico de Parkinson llegó para explicar sucesos desconcertantes y aliviar porque trajo nuevos significados.

Para hablar del cuerpo de las viejas no pude evitar pasar por el cuerpo de la medicina. El caso es que los diagnósticos médicos recaen sobre el cuerpo y eso, además de asustar, a veces les hace distanciarse del cuerpo y de la posibilidad de sentir. Se va creando una desconexión muy grande. Tengo mal la cadera, la descarto, ya está enferma, me duele, no quiero saber nada más de ella... pero la cadera es, como cualquier otro lugar del cuerpo, un territorio precioso, lleno de sentires que se pierde en ese mismo gesto. Y la existencia se va secando.

YOGA ES INTEGRACIÓN, UNIÓN

En este sentido, me parece que es consecuente con mi recorrido integrar a las mujeres mayores a los grupos, lo mismo que integro a los hombres mayores, y a las y los jóvenes mayores de 14 años. Y sobre todo hacer este trabajo de unir la cabeza con el cuerpo. De tomar conciencia. Siempre hay un lugar nuevo del cuerpo para conocer y todo el tiempo hay que reconocerse porque el cuerpo cambia.

Hay lugares del cuerpo muy castigados, por la enfermedad, por su significación social o moral, por los traumatismos, físicos y psíquicos. El cuerpo siempre está ahí para dar soporte a lo que no encaja en otros sitios o no es integrado por otros sistemas psíquicos, mentales, incluso sociales porque también hay enfermedades o síntomas de las épocas y de las regiones.

Recuperar el cuerpo es maravilloso, integrarse a un cuerpo viejo no tanto. Hay un momento en que dejamos de reconocernos en las fotos, en los espejos, y hay un momento en que decidimos dejar de mirarnos... o nos animamos. Y el yoga propone posturas. Parece que una va haciendo trikonasana,



Cuando las mujeres se sienten rígidas están peleadísimas con la edad, con el hecho de hacerse mayores y que el cuerpo esté viejo. Esas se quejan desde lo más hondo del alma. Sufren, protestan, miran a los demás, se acuerdan de lo que hacían... y se olvidan de lo que están haciendo ahora, de conectarse con lo que hay, con lo que son, con lo que sienten... No les gusta nada este cambio. Se parecen a algunas adolescentes o mujeres que han sido recientemente decepcionadas en el amor.

La propuesta de yoga no es trivial. Hay que cambiar de postura, salir de eje, ponerse de otra manera. Encima es una

manera rarísima que nunca hiciste (salvo que hayas practicado cualquier deporte o danza o juego corporal). Pero hay mujeres que olvidaron los juegos corporales de la infancia, se escolarizaron en escritorio y silla, comieron con los codos pegados al cuerpo, usaron faldas cada vez más cortas o más largas según la moda y se sentaron, se acostaron, caminaron, trabajaron muchísimo, y tal vez sí o tal vez no, ojalá habrán hecho el amor con curiosidad y buena disposición al juego porque eso está en el lado B de la memoria, en la memoria del movimiento.

El método de Yoga Iyengar en particular, en el que continúo formándome, ofrece alternativas para que todos podamos hacer las posturas básicas y obtener sus beneficios. Se ayuda de elementos como sogas, ladrillos de madera, almohadas, sillas, mantas, y algunos mucho más precisos para la terapéutica como cuñas, cinturones, etc. Es un método preciso, detallado, confiable. Los beneficios a nivel orgánico son rápidos, las personas se sienten mejor y se enferman menos. Estar conectadas con el cuerpo les ayuda a sentirse, a estar abiertas a que el cuerpo lejos de ser una desgracia que dura poco y pesa mucho, es un tesoro en el que lo que reluce es la vida.

Así que a las mujeres mayores estoy encantada de recibir las en mis clases. Aprendo muchísimo con ellas. Y no me vengan con que: "Encima que estoy vieja ahora me mandan a moverme, con lo cansada que estoy y todo lo que yo ya he hecho en la vida" porque vivir... es otro tema.

La alegría de la señora que un día se encuentra parada sobre los hombros o colgando de un columpio. La satisfacción de comentar que ha vuelto a atarse los cordones del calzado deportivo, y la toma de conciencia para los compañeros que la escuchan y que jamás pensaron que eso podría ser un problema alguna vez...

Era muy orgullosa la vieja. Pero no volvió a sentir el agua del mar entre los dedos de los pies, la textura de la arena mojada ni el anhelo de zambullirse en el mar.

La queja es un elemento fundamental en mi trabajo porque si se quejan de dolor no es lo mismo que si se quejan de las propuestas que les hago, por ejemplo, aunque las propuestas hagan sentir algunos dolorcillos, que pueden ser muchos o mucho en intensidad. Hay que estar de cerca sintiendo la agudeza o la búsqueda de salida, el cambio de postura.

LA DANZA LIBRE, el gozo de vivir



Montse Solsona Pairó

Rita Gavarró Buscà

Montserrat Prieto Díez

masgaiariera@gmail.com

www.facebook.com/masgaiariera/

www.dansalliure.cat/ (Associació Catalana de Dansa Lliure)

Cuando danzo me olvido de todo, cuando danzo soy la niña que fui, cuando danzo me viene una alegría de dentro que me da alas. Mi danza se llama Danza Libre y tiene su origen en la figura de Isadora Duncan que revolucionó el mundo de la danza a principios del siglo XX a nivel simbólico y a nivel físico. Isadora rompió los corsés de la danza clásica y contribuyó así al movimiento de liberación de las mujeres en su expresión artística. Más tarde, François Malkovsky, un checo que se afincó en Francia, creó una pedagogía de la danza, que es la que ahora mismo practicamos. Una discípula directa de él, Annie Garby, ha sido y es todavía maestra de las personas que actualmente danzan en Cataluña y otros lugares de España. Annie, que ya ha cumplido los noventa y dos años, y está estupenda, dice "bailar es muy bueno para la salud, os lo digo por experiencia".

Nuestra danza libre se inspira en los movimientos de la naturaleza -en el flujo y reflujo del mar, el balanceo del viento, el andar de los felinos, el pájaro que vuela, el fuego,...- y en los movimientos (y metáforas) de la vida cotidiana -caminar, saltar a la cuerda, acunar a un bebé, sembrar, remar,...- que danzándolos dotamos de significado. De la unión de varios movimientos surgen coreografías que nos divierten y nos hacen fluir con la música.

En su práctica los elementos que nos ayudan a enfocarnos son múltiples: ser conscientes de la respiración, la orientación en el espacio, la suspensión, la oposición, la conexión con la mirada, la repetición (que nos permite interiorizar, integrar y asimilar el movimiento) y, sobre todo la presencia -cuando haces un ejercicio con pelotas tienes que estar ahí, no puedes pensar en la lista de la compra, si no las pelotas se caen.

Las músicas con las que danzamos son importantes y maravillosas. En principio, hacia los años 50, se utilizaron músicas de los románticos (Schubert, Chopin, Brahms, etc.) también de los clásicos (Beethoven, Wagner,..). Muy a menudo en los

talleres se utiliza la música en directo, lo cual es un valor añadido. Los movimientos básicos de la danza libre también pueden ser ejecutados con otras músicas -de acuerdo con la elección de cada profesor- y, eventualmente, recurriendo a distintos complementos (pañuelos de seda, pelotas, piedras, cintas, plumas, pétalos,...) que les otorgan mayor plasticidad y buscan el movimiento justo.

Algo distintivo de la danza libre es que en el grupo se acepta a todo el mundo. Esta danza es buena para el cuerpo, y es buena para cualquier cuerpo, con independencia de la edad, la experiencia previa y los cánones estéticos de la contemporaneidad. En una misma sesión pueden bailar juntas en un mismo círculo, con los pies descalzos y cogidas de la mano, las avanzadas y las que acaban de comenzar. Por ejemplo, en el hilo de seda, se produce una emoción brutal de agradecimiento de corazón a corazón, tejiendo entre todas una trama que nos une.

Ciertamente la danza libre tiene beneficios para la salud en tres dimensiones, la primera sería la física, porque te mueves a favor del cuerpo, porque no lo fuerzas y aprendes a aceptar los



límites que te pone, en el plano espiritual, porque nos ayuda a entrar en un estado de paz, meditación y presencia; y por último, en el emocional porque directamente (en los movimientos y sobre todo en las coreografías) practicamos la expresión de las emociones (el duelo, la alegría espontánea, la tristeza, el dolor, la sorpresa, la inocencia, la ternura, la furia, la duda ...).

La experiencia de cada persona con la danza libre es única porque sus vías de entrada también lo son y porque a cada una la danza nos acompaña de forma diferente en nuestro proceso personal. Esta danza se llama libre porque es liberadora, porque es orgánica en cuanto que va a favor de las leyes naturales del cuerpo. Y porque conecta con la parte de nuestra esencia que sigue siendo libre.



Pero entre las danzantes compartimos una experiencia común: el placer y el gozo de vivir que nos nace durante su práctica.

PD: Este texto salió de un fin de semana de reflexiones (entre danza y danza) en

Mas Gaia (Tarragona) donde estamos creando un proyecto de danza y convivencia.



Beneficios del NORDIC

Magdalena Seguí

Jubilada feliz,
68 años

Hace unos diez años, una tarde estaba yo con unas amigas y vimos pasar un grupo de personas caminando ligeras, con bastones, una detrás de otra. Alguien comentó que practicaban Nordic, una nueva actividad física introducida recientemente en España, original de Finlandia dónde la practican en verano los esquiadores de fondo. Pensé que era una tontería considerar este tipo de paseo como un ejercicio físico especial, si no hacían más que caminar.

¡Qué equivocada estaba! Cuando me jubilé - hace cuatro años- y organicé mi nueva vida, buscaba practicar algún ejercicio que se adaptara a mis circunstancias. Como me ocurre siempre, el

consejo de una amiga fue providencial y me llevó a practicar Nordic regularmente, una hora y media, dos o tres días a la semana. Asisto a una clase con una monitora porque soy consciente que es difícil hacerlo correctamente para sacarle todo el juego.

Estoy encantada de mi decisión y os explicaré qué objetivos he conseguido alcanzar:

Muevo todo el cuerpo, no solamente las piernas, porque los bastones llevan una "dragonera" en la que se apoya la muñeca para darse impulso y los brazos han de coordinarse con el movimiento del tronco. Además, al finalizar la marcha hacemos unos minutos de ejercicios y estiramientos para completar.

El Nordic me permite disfrutar del aire libre, de caminos y paisajes, subir y bajar montes... Porqué además de la

práctica semanal, algunas veces participo en marchas de tres o cuatro horas, combinando el placer de la excursión con el ejercicio físico.

En el plano social, el Nordic me ha aportado unos contactos enriquecedores porque mientras lo practicamos podemos hablar, lo que me ha conducido a conocer otras personas, en su gran mayoría mujeres (en mi grupo somos el 90%), de diferentes edades. ¡Podemos intercambiar tantas experiencias mientras caminamos!

Pero no siempre estoy con ánimo de hablar y escuchar. A veces prefiero caminar en silencio y es una excelente ocasión para reflexionar, pensar y encontrarme a mí misma.

Animo a las personas que buscan salir del sedentarismo y no encuentran cómo hacerlo, a que conozcan el Nordic. Hay mucha información por parte de expertos en salud física. Seguro que encuentran más ventajas que las expuestas por mí.

simplemente vieja



**Maria Elena
Cuyás Robinson**

Ha pasado mucho tiempo desde mi última colaboración en MyS. Desde que mi hija Montse murió, el 4 de enero hará 15 años, no logro enfrentarme a la hoja en blanco. El aniversario reciente de la revista, el tema de este número y la insistencia machacona de Margarita, han logrado romper el hechizo. Ahora soy una vieja, si, no digo anciana porque no me gusta este nombre, ni mujer mayor que no tengo ni idea de dónde está el límite para conseguir este título. Soy vieja y me encanta. Por fin, a punto de cumplir los 70, me quedé sola, en la casa donde entré a los 19 con mi marido después de abandonar la casa paterna (digo paterna porque lo era aunque tenía madre). No voy a explicaros mi vida porque cuando miro hacia atrás a pesar de todo lo que he vivido, me siento agradecida. He sido una mujer afortunada porque he tenido la suerte de poseer un don que me ha ayudado a descubrir lo bueno en los momentos peores.

Me quedé sola porque mis hijas y mis hijos se fueron y mi marido murió, después de años de lucha contra un cáncer. A punto de cumplir 70 y ¡por fin sola! A algunas quizás os parezca feo que diga esto, pero es la pura verdad.

¿Soledad? Bienvenida sea. Al principio me descontrolé. Vacíe la casa como una posesa. Les ofrecí a mis hijas, hijos, nietas y nietos que pasaran a recoger lo que quisieran pero con fecha tope y lo que no quisieron, ¡fuera! No me puse ninguna obligación y empecé una nueva vida. Han pasado ya cuatro largos años como un soplo y descubro lo agradable que es no tener que rendir cuentas de mis actos a nadie que no sea yo. He hecho algunas concesiones porque mis hijas (mis hijos no) se estresan si llaman a partir de las 10 y no estoy en casa. El whatsapp es de gran apoyo. Mando uno a "nenas" que pone: cine, teatro, amiga y se quedan tranquilas y cuando llego a casa le mando una casita y un beso.

He hecho un viaje con el INSERSO yo sola y fue tan fantástico que no volveré. No conocí a nadie interesante y la única oferta que tuve fue para jugar al parchís con unas viejas como yo. Me vais a decir que soy frívola y superficial, que lo soy, pero colaboro activamente con diversas asociaciones bastante alternativas que me proporcionan una mirada más abierta al mundo en que vivimos. Tengo la suerte de tener 15 nietos y nietas, entre 24 años y 1, con los que me relaciono casi



semanalmente de forma selectiva. Esto me hace ser activa en diferentes campos, según la edad. Lo que más me gusta es la relación con los adolescentes que vienen a comer en grupo y me entero de cosas que sus padres ni imaginan. Creo que una abuela es una persona muy valiosa en la vida de los nietos, siempre y cuando no preguntes, no te asustes y estés al día en temas tan curiosos como el "poliamor".

Hablando del amor, uf, este es un tema peliagudo. Al principio me cogió el furor uterino y me asusté: me daba por mirar a los hombres de menos de 60 (en realidad estos ya me parecían demasiado viejos), incluso me encapriché de uno y tenía sueños eróticos. Me identificaba con las mecenas del romanticismo que patrocinaban a pianistas y poetas. Se me pasó pero fue hermoso mientras duró. Si quisiera podría tener un hombre de 80 para arriba dispuesto a tratarme como una reina si lo llevo a pasear, pero esto no me proporciona sueños eróticos. No me interesa.

Tengo que terminar pues no me han dado mucho espacio. Resumiendo: me cuido mucho porque esto es lo primero en mi vida. Nado tres días a la semana, un día tengo clase de informática, muy necesaria para estar activa en las redes, otro día diafreo, para las que no la conocéis es tan milagrosa como agua de Lourdes. Practico meditación y desapego que es genial para sentirte con las mochilas preparadas para el último viaje que espero tarde en llegar. Me olvidaba algo para mí básico: solo hago la cama dos días a la semana, o sea que, chicas, si queréis ir a verme, porfa, me avisáis y la haré aunque no toque.

¡Lo difícil es Lograr salir a La calle!*

Para empezar, me gusta llevar vestidos dos tallas más grandes que la mía para evitar la constante preocupación por perder peso. Si a esto se añade que me lleva mucho tiempo tomar decisiones y que mis movimientos son lentos, os podéis dar cuenta de que prepararme para salir de casa se ha convertido en una gran operación.

Hace años, cuando el teléfono sonaba, diez minutos más tarde yo ya estaba duchada, vestida y fuera de casa. Actualmente, cuando tengo que salir, necesito saberlo unas horas antes si quiero tener el coraje de enfrentarme al mundo.

Primero, el peinado. Mis cabellos son blancos y grises, y cortos, y además el momento de cortarlos se ha vuelto crucial. Un día demasiado tarde y te conviertes en una "greñuda", y un día demasiado pronto y se ven pegados y endurecidos. Cortar los cabellos exige un momento de precisión, hay que pedir hora y presentarse aunque no te apetezca, porque no puedes hacer enfadar al peluquero. Demasiadas cosas dependen de su buen humor. El hombre tiene métodos muy fáciles para castigar a los que no creen en su arte, al fin y al cabo es el amo de las tijeras.

Después viene la depilación. Este es un asunto semanal. La naturaleza es perversa, mientras que otras partes del cuerpo pierden pelo de una forma alarmante, la barbilla florece con una rapidez creciente. En cuanto al pelo facial, los minutos cuentan. Lo que por la mañana parecía una barbilla virgen, de golpe tiene pequeños rizos por la tarde, y esto comporta ponerme las gafas más potentes, buscar un espejo de aumento y una luz perfectamente clara. Si el sol no ha salido, olvídate, no encontrarás los pelos. Me consuelo a mí misma con la creencia de que la vista de mis amigos ya no es lo que era.

Ahora bien, asumiendo que estos dos problemas estén, más o menos dentro de límites aceptables, queda todavía la eterna cuestión: ¿qué me pongo? Recibo lo que me merezco por haberme comido aquellos dos cucuruchos de helado esta semana. Ahora no cabré en los pantalones nuevos, eso seguro. Y si no me los puedo poner, ya no puedo llevar mi chaqueta preferida. Los otros pantalones, que son de una medida más grande, no hacen juego con la chaqueta. Todo esto es muy complejo. Cierro la puerta del armario con frustración. No hay salvación. Simplemente tengo que tomar una decisión. Pero este es el problema.



Cada vez es más difícil tomar decisiones. Además, tengo el convencimiento de que estoy básicamente desfasada para los tiempos actuales.

Después de quejarme mucho, lanzo una mezcla de piezas de vestir sobre la cama y espero un milagro. Por insatisfactorio que pueda ser, esto me evita la necesidad de tomar una decisión.

Finalmente, entro en el maquillaje. Es realmente un ejercicio de quitar y poner. Necesito un color uniforme para tapar las manchas oscuras y al mismo tiempo sé que demasiado maquillaje me convierte en una "mujer mayor" peligrosamente cerca de parecer una payasa. La aplicación del maquillaje requiere un cuidado paciente y amoroso, una buena dosis de vanidad y, lo más importante de todo, tener el convencimiento de que me ayudará. A menudo, en lugar de superar este trauma, opto por una imagen natural y me pongo alguna hidratante en la cara. ¿A quién quiero engañar? Acabo frotándome con el pañuelo de papel para no parecer un bote de grasa rezumando aceite por los poros abiertos.

Por fin, abro la puerta. Puedo leer la cara de desaprobación de mi amiga, que trata desesperadamente de encontrar algo agradable que decir sobre mi aspecto. No es fácil, puedo sentirlo, y me da lástima, pero la verdad es que no me preocupa tanto como me imaginaba... Es una sensación de liberación. Salgo con una amiga a ver una película y quizá después a cenar. Charlaremos y discutiremos sobre acontecimientos, libros y la familia. Nos sentiremos estimuladas y vivas. Quizá la pasión no alcance las alturas de vértigo de épocas pasadas, pero nos hará sentir un suave calor y nos sostendrá.

* Testimonio extraído de Women and Aging, Seminari, Key Center for Women, Melbourne, Australia, 1994.

viejas, no: SABIAS



Pilar Martín

Cuando me propusieron escribir sobre mujeres viejas, pensé "viejas, viejas", no me gusta esa palabra, ¿por qué? La palabra vieja me transporta a cuando era niña, la referencia que tengo es mi abuela y no es muy agradable. Aún hoy la recuerdo como una mujer muy mayor con muchas arrugas en la cara, su pañuelo negro en la cabeza y casi siempre malhumorada, no fue una abuela cariñosa, como niña tenía la sensación de que más bien yo molestaba y, aunque de mayor entendí por qué era así (había tenido una vida dura), no puedo olvidar la sensación de aquella mujer vieja, con todo lo que aquello comportaba.



A mí me gusta más decir que hay mujeres "sabias". Sabias por muchas razones: cuando llegamos al medio siglo de vida y podemos mirar retrospectivamente lo que ha sucedido en esa parte de nuestra particular película, me da mucha alegría pensar que hemos sido la generación que más cambios ha vivido en las últimas décadas, desde los primeros biquinis pasando por los Beatles, a las redes sociales..., y si hemos logrado subir al tren de esta excitante evolución, no damos cuenta de lo mucho que hemos aprendido y de la sabiduría que este viaje nos ha dado.

Es cierto que hemos sido una generación de mujeres que hemos tenido que trabajar mucho, reivindicando nuestra valía, tanto en el campo laboral como en el familiar y que hemos invertido mucho tiempo en demostrar que lo podíamos hacer (ser buena profesional, buena madre, buena esposa...). Pues bien, "misión cumplida" ¿y ahora qué?

Pues ahora soy una mujer jubilada. Y estoy feliz. ¿Saben por

qué? Porque me siento libre de responsabilidades y de horarios, ahora tengo tiempo de recrearme en un desayuno, en pasear a mi perra, puedo ver amanecer y ponerse el sol en el acantilado cerca de mi casa, leer por la tarde y no sólo por la noche como lo hacía, volver a pintar, ir a conferencias, compartir opiniones, penas y alegrías con mis amigas..., y, lo más importante, ya no tengo que demostrar nada: aún con mis kilos de más, mis canas, y mi código de barras, siento que he hecho lo que tenía que hacer y aún puedo seguir aprendiendo: cómo disfruto de ver la cara de ni nieto de siete años cuando le digo que él ya sabe más que yo manejar una Tablet. Quiero que mis nietos me recuerden como una "abuela yé-yé"

Hasta ahora vivía "al día", pero en estos momentos decido vivir "el día". Mujeres SABIAS eso sí que es hermoso. Yo diría que somos genuinamente sabias porque nos permitimos simplemente ser.

¿SOMOS LAS MUJERES incapaces de honrar NUESTRA PROPIA HISTORIA?*



Kate Millet
Teórica Feminista

Otra temporada en la granja, no tan mala, pero no la mejor. No puedo pasar todo el día leyendo, así que escribo, o intento hacerlo. Ejercicio inútil. Mis libros están fuera de impresión, incluso "Política Sexual", y el manuscrito sobre mi madre no encuentra editorial.

Intento también conseguir un empleo. Al principio las voces académicas fueron amables y abrieron sus puertas imaginando que soy rica y hago esto por diversión. Con un ligero tono de culpa me ofrecen mi nuevo sueldo de esclava: 3.000 dólares al año. "¡Pero yo no puedo vivir con eso!", exclamo. "Nadie podría", sonríen desde sus puestos de 50-80.000 dólares. Una plaza docente real parece ser imposible ahora, y no sólo en mi caso. Tengo amistades con doctorados ganando tan solo 12.000\$ al año, viviendo una intrincada existencia corriendo en automóvil por cinco escuelas diferentes y en el límite económico. Estoy muy vieja para eso y debo ganar más. "¡Oh, el presupuesto!", musitan, "realmente no tenemos fondos, a pesar de lo mucho que nos gustaría tenerla con nosotros".

"¿Seguramente estoy calificada como académica acreditada con años de experiencia docente y un doctorado con honores de Columbia y Oxford First, ocho libros publicados?", pregunto. Ellos me llamarán.... Pero nunca lo hacen.

Empiezo a preguntarme qué tengo de malo: ¿estoy demasiado fuera de línea o demasiado vieja?, tengo 63 años, o ¿soy de la vieja ante la nueva escuela feminista?, o ¿es por algo peor?, ¿he sido denunciada o desacreditada?, ¿por quién?, ¿qué pasa, entonces, son mis modales?... Dios sabe que soy lo



suficientemente amable con esta gente, ¿mi feminismo me ha hecho abrasiva?

No puedo conseguir empleo, no puedo ganar dinero (excepto vendiendo árboles de Navidad, uno por uno), no puedo enseñar..., no tengo nada más que ser granjera. Y cuando físicamente ya no pueda, ¿qué haré entonces? Nada de lo que escribo ahora tiene perspectivas de verse impreso. De todos mis supuestos logros, no tengo ninguna habilidad vendible.

Da miedo ese futuro. Cuando se acaben mis ahorros, ¿qué pobreza habrá por delante, qué mortificaciones? ¿Por qué imaginé que sería diferente, que mis libros me darían algún magro ingreso, o que al menos podría dar clases en el momento en el cual casi todas las demás docentes se retiran?

Desde mi libertad de escritora y artista he servido todos estos largos años. Sin salario, he logrado sobrevivir con lo poco que acostumbro, y hasta guardar un poquito, para invertir en una granja y convertirla en una colonia de mujeres. Los ahorros pueden durar unos siete años. Así que en siete años debo morir. Pero probablemente no será así, las mujeres

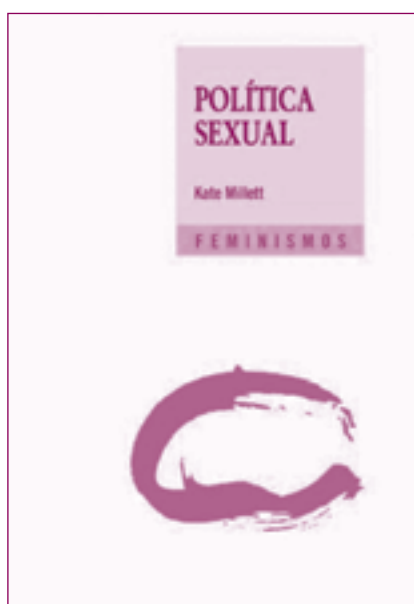
en mi familia viven para siempre. Tanto como me cansa la vida sin propósito o sin trabajo significativo que la haga soportable, pero no puedo morirme porque en el momento en que lo haga, mi escultura, dibujos, negativos y serigrafías serán tiradas al basurero.

The Feminist Press, el otoño pasado, me ofreció quinientos dólares por reimprimir *Política Sexual*. No sólo les tomó 12 meses hacer la oferta sino que tampoco podían hacerlo antes del año 2000, ya que necesitaban encargar uno o dos prefacios de lujo escritos por académicas en estudios de la mujer, más jóvenes, más maravillosas. Mi agente y yo nos sentimos felices de rehusar su oferta. Subieron la oferta a mil dólares.

Aunque el libro está siendo celebrado en una antología de los 10 libros más importantes que la casa Doubleday ha publicado en sus 100 años de existencia, los poderes de esta editorial rehúsan también a imprimirlo. Una joven editora de Doubleday le dio a entender a mi agente que el trabajo teórico feminista más reciente y «en el clima actual», de alguna manera había convertido a mi libro en obsoleto. Estoy fuera de moda en la nueva industria de las casitas académicas del feminismo.

Recientemente un libro preguntaba: ¿Quién robó el feminismo? Yo no fui. Ni fue Ti-Grace Atkinson, ni Jill Johnston. Todas estamos fuera de impresión. Nosotras no hemos podido construir lo suficiente para crear una comunidad o seguridad. Algunas mujeres de esa generación desaparecieron para luchar su destino solas en el olvido. Otras, como lo hizo Shula Firestone, desaparecieron en los asilos y no han regresado para contarlo. Hubo tristezas que sólo pueden terminar con la muerte: María del Drago escogió el suicidio, también lo hizo Ellen Frankfurt, y Elizabeth Fischer, fundadora de *Aphra*, el primer periódico literario feminista.

Elizabeth y yo solíamos encontrarnos por las tardes en un cómodo y antiguo café hippy en Greenwich Village. Allí, en público para evitar los peligros de la privacidad suicida en casa, escribió algunos de los pasajes más densos de *The Loony Bin Trip*. Así terminó el libro que fue el trabajo de su vida. Pero probablemente no tuvo la recepción que ella esperaba en el ya saturado nuevo mercado de textos de estudios de la mujer, escritos por repentinas especialistas en este campo. Elizabeth y yo, junto a un «desayuno de tarde» conversábamos disfrazando



cuidadosamente nuestras miserias. Las feministas no se quejaban entre sí entonces, cada una imaginaba que la soledad y sensación de fracaso era única. Los grupos de auto-conciencia ya no existían. Una no tenía colegas: Nueva York no es un lugar cálido.

Ahora, Elizabeth está muerta y yo debo vivir para contar la historia, esperando decirle a otra generación algo que quisiera que sepan sobre la larga lucha de la liberación de la mujer, algo acerca de la historia de Estados Unidos y la censura. Quizás pueda también tener la esperanza de explicar que el cambio social no llega fácilmente, que

las pioneras pagan un precio alto y una soledad innecesaria por aquello que sus sucesoras toman por hecho. ¿Por qué las mujeres parecen particularmente incapaces de observar y honrar su propia historia? ¿Qué vergüenza secreta nos hace tan obtusas? Ahora hay una laguna en la comprensión de una generación y la siguiente, hemos perdido mucho de nuestro sentido de continuidad y camaradería.

Pero también he pasado 40 años como una artista, habituada al filo existencial y, aunque satisfecha de ello, proclamo que todo está perdido. Estoy planeando un regreso... imaginando una sinecura en derechos humanos para la extrema tercera edad, ediciones de las colecciones de mis trabajos y gloria final.

Justo la semana pasada, después de una cena y una buena obra de teatro, soñando despierta, sumaba las rentas de la granja y miraba la manera de hacer arreglos: el techo viejo, pintar las construcciones... Haciendo mis sumas, extasiada porque finalmente pagué mis tarjetas de crédito, garabateaba a las tres de la mañana que plantaré rosas otra vez, último gesto de éxito. Habré ganado después de todo. Vivir bien es la mejor venganza. Mis ahorros analizados a la luz de la magia aritmética computarizada en un programa que tiene el *The Elder*, más la porquería de rata de mi seguro social sellan mi determinación. Parece que voy a poder estar liberada de las humillaciones de buscar un empleo regular, de la obediencia institucional, de la discreción o reglamentación. Parece que, con una existencia mínima de supervivencia, puedo permanecer libre y bohemia, una artista-escritora ocupada y libre de empleo remunerado. Libre al fin (esperando lograr vivir realmente con los pies en la tierra).

*www.jornada.unam.mx/1999/02/01/kate-millet.htm#Kate

MORBILIDAD DE LAS MUJERES MAYORES

¿Prevenir o Resignarse?



Carme Valls Llobet

Médica endocrina

La vida, si lo pensamos bien es un milagro desde el mismo momento del nacimiento. De hecho, desde el momento de la concepción. Existen miles de circunstancias y condiciones adversas que podrían impedirla o convertirla en un camino lleno de dificultades. Por eso, si hemos llegado a los 70, con un estado de salud aceptable, podríamos pensar que ya no es necesario que trabajemos para prevenir los nuevos problemas que podamos tener. ¿Total para qué?, si vamos a acabar igual, me dicen algunas compañeras.

Actualmente, la esperanza de vida media entre mujeres es de 86,4 años y la los hombres de 79.

Las causas de muerte se han modificado en los últimos 20 años. Como ya sabíamos, la primera causa de muerte global en mujeres sigue siendo la patología cardiovascular y en hombres los tumores, pero si miramos la franja de edad de mayores de 74 nos encontramos que la demencia senil y el Alzheimer (10,4% + 8,15%) superan a las debidas a enfermedades cerebrovasculares (7,9%) (datos Barcelona 2015).

Sorprenden estos resultados cuando las estrategias preventivas que se nos proponen desde diversos ámbitos sanitarios es la vigilancia de los niveles de colesterol, cuando existen evidencias de que disminuir el colesterol total por debajo de 200 mgrs puede incrementar la mortalidad en mujeres (Pertursson 2012). ¿Podemos hacer algo para prevenir las demencias, el Alzheimer y las alteraciones cardiovasculares? En este terreno hemos de tener en cuenta que se cruzan las causas vasculares de demencia y las alteraciones de las arterias cerebrales relacionadas con la diabetes y la hipertensión.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EMERGENTES:

Prediabetes y diabetes:

La diabetes aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad por cualquier causa pero, además, los niveles basales de glucosa aumentada, y los niveles alterados de glucosa durante el día, son un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular especialmente en mujeres. Estos estudios también reflejan que el riesgo de muerte por otras causas es el doble entre las personas diabéticas y un 60% más alta en las personas con prediabetes, comparado con el riesgo de las personas con un metabolismo de la glucosa normal. La doctora Nanette Wenger (2007) apunta que las mujeres diabéticas no se están beneficiando de la mejora en la supervivencia por enfermedad cardiovascular producida entre los varones desde el 2000, por lo que pide un cambio de estrategia.

Deficiencia de Vitamina D:

Un estudio de Wu-Waog y colaboradores (2007) ha correlacionado los niveles bajos de vitamina D con mayor incidencia de enfermedad cardiovascular. En concreto los niveles de 25 OH D3 (el calcidiol), y cuanto más bajos eran éstos niveles mayor era incremento. Recordemos que los niveles bajos de vitamina D son más frecuentes entre mujeres. Los autores sugieren que la corrección de las deficiencias de vitamina D podría contribuir a la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Terapia Hormonal Sustitutiva en la Postmenopausia

El estudio Hers (1998) ya demostró que la administración de terapia hormonal sustitutiva (THS) en mujeres que padecían enfermedades coronarias incrementaba la incidencia de infarto, así como la mortalidad. Durante el 2007 (Rossouw et al), un análisis secundario del Women's Health Initiative (WHI) ha demostrado que hay relación entre la administración de THS y riesgo de padecer accidente vascular cerebral tras la menopausia. Es muy importante señalar esto porque, como se recordará, durante años el gran argumento para prescribir THS en la postmenopausia fue que protegía a la mujer de padecer enfermedades cardíacas.

La Proteína C Reactiva y el Colesterol LDL

Cuando estos dos factores predictivos, la proteína reactiva (PCR) y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) están elevados en una persona indican riesgo cardiovascular. Sin embargo, aunque el LDL (colesterol malo) es un buen indicador de riesgo cardiovascular, a veces la trombosis arterial se presenta sin aumento de éste. Por otra parte, un estudio realizado entre 27.939 mujeres (Ridker 2002), aparentemente sanas, seguidas durante ocho años ha demostrado que entre las mujeres el nivel de PCR es un predictor de enfermedades cardiovasculares mejor que el nivel de colesterol LDL. Otro estudio, el Women's Health Study, ha confirmado que varios marcadores de la inflamación, entre los que se incluye la PCR, tienen, efectivamente, valor pronóstico para la detección de problemas como infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, muerte súbita por causas cardíacas y enfermedad arterial periférica.

Hipotiroidismo

El estudio Rotterdam (2008) ya demostró que la presencia de hipotiroidismo incluso leve (el denominado subclínico) puede relacionarse con riesgo de infarto de miocardio en mujeres, por encima de la hipertensión, la hiperlipidemia y la diabetes. El hipotiroidismo con TSH por encima de 2,5 UI/ml es un factor

de riesgo de infarto en mujeres que debe prevenirse ya que afectaría al 25% de las mujeres mayores de 40 años.

Doble jornada

El estrés laboral es un factor de riesgo cardiovascular. La participación de las condiciones de trabajo laboral y doméstico, y la doble jornada, en la génesis de la hipertensión y alteraciones en el ritmo cardíaco, es conocida desde los trabajos pioneros en la última década del siglo XX de la profesora Marianne Frankenhauser y el profesor Ulf Lundberg.

Un estudio de la Universidad canadiense de Laval (Aboa-Eboulé 2007), muestra que las personas que han sufrido un infarto de miocardio tienen el doble de riesgo de volver a repetir un accidente cardiovascular si están inmersas en un estrés laboral crónico.

Las malas relaciones personales

Las tensiones que genera la mala relación con las personas con las que se convive pueden incrementar un 40% el riesgo de accidentes cardiovasculares entre personas que no habían padecido antes infarto (De Vogli 2007). Tener una relación estrecha con otra persona que aporta, sobre todo, sentimientos negativos, hostilidad y enfados puede desembocar en infarto. Este aspecto de la convivencia pesa más en el riesgo de accidentes cardiovasculares que el hecho de que la persona en sí sea pesimista y dada a conflictos. La alteración crónica de las hormonas relacionadas con el estrés como la adrenalina y la noradrenalina constituyen la base neuroendocrina del porque se incrementa el riesgo cardiovascular.

Todos estos nuevos riesgos cardiovasculares permanecían invisibles y sobre ellos se deberían desarrollar nuevas estrategias de prevención cardiovascular.

DEMENCIAS Y ALZHEIMER

No todas las demencias que se presentan en la vida adulta van a ser la Enfermedad de Alzheimer, por lo que cuanto más riguroso sea el diagnóstico cuando se empiezan a presentar trastornos de memoria reciente o cambios de conducta -acompañados de temblores o movimientos anómalos- más eficaz podrá ser el tratamiento.

Las causas de las demencias secundarias se podrían agrupar en cinco grandes áreas:

- Las de origen vascular relacionado con la presencia de hipertensión y diabetes previas.
- Las derivadas de infecciones por virus como herpes, enfermedad de las vacas locas...
- Las derivadas de endocrinopatías como hipo/hipertiroidismo y Hiperparatiroidismo.
- Las derivadas de enfermedades autoinmunes.
- Las de carencias nutricionales como el déficit de B12 y ácido fólico.

Deberíamos hacer un seguimiento de estas patologías y observar la relación entre ellas y la aparición de demencias.

Actualmente casi la mitad de las mujeres con demencia han sido diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer, quizás porque ha avanzado mucho el conocimiento de la enfermedad. Aunque el Alzheimer puede iniciarse hacia los 40 años, es más frecuente a partir de los 65 años. Se conoce ya que el acumulo de las proteínas amiloides en el cerebro estimulan la formación de proteína Tau que lesiona las neuronas (Wu 2016). El amiloide se podría considerar como el factor de riesgo -ya que los depósitos se pueden presentar 20 años antes de que aparezcan pérdidas de memoria- y la proteína Tau como un índice de neurodegeneración.

Además de las pruebas neurocognitivas para diagnosticar la pérdida de memoria, existen las técnicas de neuroimagen y la detección de algunos marcadores en Líquido Cefaloraquídeo. La importancia de detectar la enfermedad de forma precoz se debe a que empiezan a existir fármacos que pueden retardar la evolución de la enfermedad. El tratamiento futuro se prevé relacionado con la disminución de la autoinmunidad (de predominio en mujeres), del estrés oxidativo (relacionado con exposición a químicos y campos electromagnéticos), con el mejor metabolismo de las neuronas, de la glucosa, del colesterol y del hierro (Winblad 2016).

FACTORES DE RIESGO:

- **Genéticos:**
 - Presencia de alelos APOE E 4
- **Vasculares:**
 - Hipertensión
 - Enf. Cardiovascular
 - Diabetes
 - Obesidad
- **Hábitos de vida:**
 - Sedentarismo
 - Tabaquismo
 - Consumo alto de alcohol
- **Nutrición:**
 - Grasas saturadas
 - Hiperhomocisteinemia
 - Déficit de vitamina B6, B12 y folatos
- **Otros factores:**
 - Depresión
 - Lesión traumática cerebral
 - Exposición laboral a metales pesados
 - Campos electromagnéticos de extremada baja frecuencia
 - Infecciones
 - Herpes virus tipo 1
 - Espiroquetas
 - Clamydophilae pneumoniae

FACTORES DE PROTECCIÓN:

- **Factores genéticos**
- **Factores psicosociales:**
 - Alto nivel de educación
 - Buena situación socio-económica
 - Trabajo de alta complejidad
 - Red social rica
 - Implicación social
 - Actividad mental estimulante
- **Hábitos de vida:**
 - Ejercicio físico moderado
 - Ingesta ligera o moderada de alcohol
- **Nutrición:**
 - Dieta mediterránea
 - Ácidos grasos poliinsaturados
 - Derivados de aceite de pescados
 - Vitamina B6, B12 y folatos
 - Vitaminas antioxidantes (A, C, E)
 - Vitamina D

(Winblad 2016) Lancet Neurol

cuidar, mejor que curar

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LA CONSULTA*



Aurora Rovira Fontanals
Médica de familia

Esta reflexión nace de una sensación de incomodidad creciente y compartida, en la atención a las personas ancianas de la consulta, especialmente aquellas en situación de fragilidad. Los cambios demográficos y sociales han dado paso a un escenario nuevo: gran envejecimiento de la población, pacientes con múltiples enfermedades crónicas, muy dependientes, que viven en núcleos familiares reducidos, y escasas ayudas al cuidado.

La posibilidad de prevenir o tratar las enfermedades cardiovasculares o el cáncer ha dado paso a mayor supervivencia asociada a menudo a un aumento de la discapacidad por enfermedades neurodegenerativas o pluripatología. Además, constatamos que existe poca evidencia de la efectividad de los tratamientos farmacológicos sobre la morbimortalidad en personas mayores con pluripatología y aún hay menos evidencia de sus efectos sobre la calidad de vida. A pesar de ello, con frecuencia, las personas mayores no participan suficientemente en las decisiones que afectan a su salud (especialmente en la prevención farmacológica), y los y las profesionales no reflexionamos suficientemente sobre los conflictos éticos que se generan en la asistencia. Por tanto, a pesar del tiempo y esfuerzo que dedicamos, temo que nuestra actuación sanitaria pueda aumentar la medicalización y la dependencia, y contribuir a alargar la vida sin mejorar su calidad.

Este escenario nuevo afecta de forma determinante a las mujeres, por su mayor supervivencia y carga de morbilidad, y por su papel mayoritario como cuidadoras. Y podríamos añadir, por la feminización creciente de la atención primaria.

LOS CONDICIONANTES DE SALUD Y FRAGILIDAD

Para empezar, es fundamental reconocer que la edad, el sexo y la presencia o no de enfermedades crónicas no son los únicos determinantes de discapacidad y dependencia. Existen otros condicionantes de muchísima importancia como son la calidad de los cuidados que recibimos, la existencia de ayudas sociales para el cuidado, las relaciones sociales y afectivas o la ausencia de ellas, la pobreza y las desigualdades de clase, etc. El sexo y las desigualdades asociadas son factores importantísimos; así, cualquier disminución del estado de bienestar y las ayudas a la dependencia afecta doblemente a las mujeres, como pacientes y como cuidadoras.

Todos estos factores determinan la presencia de discapacidad y dependencia, y condicionan la percepción subjetiva de salud y la calidad de vida. Por eso es tan importante reconocerlos: la medicalización del envejecimiento responsabiliza (culpabiliza) a la persona y desvía la atención de los problemas sociales durante la vejez.

En este texto me voy a centrar en dos temas que me parecen los mayores retos actuales en la atención a las personas mayores desde la atención primaria de salud: la polimedicación y la continuidad de la atención.

POLIMEDICACIÓN: EFECTOS SECUNDARIOS

Se define como la presencia simultánea de 5 o más fármacos de uso crónico (>3 meses). Tengamos en cuenta que el consumo medio de medicamentos en pacientes ambulatorios mayores de 65 años en nuestro entorno es de 7-13 fármacos. Las consecuencias de la polimedicación son muy importantes:



- **Aumento de efectos adversos.** La frecuencia es del 6% cuando se asocian 2 medicamentos, 50% cuando se asocian 5, y casi el 100% cuando se asocian 8 ó más medicamentos. En la práctica hay que considerar como posible efecto adverso cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión...) que aparezca en personas polimedicaadas.
- **Reducción de la eficacia por menor cumplimiento** (los pacientes priorizan los medicamentos más importantes según criterios distintos a los nuestros).
- **Aumento morbimortalidad,** peor autopercepción de salud, peor calidad de vida.
- **Aumento de la necesidad de cuidados** y mayor complejidad de los mismos.
- **Aumento del uso de recursos sanitarios** y de los costes.

Aunque muchos de los factores asociados a la polimedicaación son poco modificables desde el sistema de salud, es importante resaltar aquellos que sí dependen de nuestra actividad:

1. **Aplicación de Guías de Práctica Clínica.** Ya que la escasa evidencia disponible de la efectividad de los fármacos en personas ancianas, frágiles, con comorbilidad y polimedicaadas se aplica a menudo sin adecuar al contexto clínico individual del paciente.
2. **Organización del sistema sanitario:** múltiples prescriptores, falta de continuidad asistencial, escaso reconocimiento de la atención primaria, falta de tiempo en las consultas, modelo centrado en el medicamento (consulta = receta), la tecnología y el hospital.
3. **Influencia de la industria** en la investigación y la docencia.

¿PODEMOS HACER ALGO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA?

La respuesta es sí, mucho:

- **Podemos contextualizar y ajustar la medicación** a las preferencias y necesidades individuales.
- **Podemos conciliar el tratamiento prescrito** en cada transición asistencial.
- **Podemos utilizar herramientas para mejorar la adecuación de la prescripción:** listas de fármacos de uso inapropiado en personas mayores (criterios de Beers, STOPP START, etc.), alertas informatizadas de seguridad, de interacción fármaco-morbilidad y fármaco-fármaco, de polimedicaación, etc.
- Y finalmente, **podemos decidir la retirada de fármacos.**

Recientemente cada vez más publicaciones se hacen eco de la necesidad de retirar tratamientos crónicos ("deprescribing", prescripción razonable), dependiendo de la expectativa de vida, el tiempo esperado para obtener un beneficio del fármaco, y lo que esperamos conseguir con el tratamiento prescrito en relación a los objetivos de cuidado. Por tanto, a medida que aumenta la fragilidad, aumentará la selectividad en los objetivos del tratamiento y disminuirá la agresividad terapéutica. Aunque los estudios son hasta ahora escasos y diversos, la retirada de fármacos en personas ancianas frágiles se muestra segura y con beneficios clínicos. Hay que generar conocimiento sobre cuándo y cómo retirar fármacos en pacientes específicos, así como profundizar en la investigación para reconciliar las múltiples Guías de Práctica Clínica en pacientes con comorbilidad.



Aunque es mucho lo que podemos hacer para reducir la polimedicación desde la atención primaria, a menudo las médicas y médicos de familia hemos abdicado de esta responsabilidad por la sobrecarga de trabajo, la falta de prestigio profesional frente a otras especialidades, iniciativas institucionales contrarias (como propuestas de desburocratización que incluyen que cada médico se responsabilice de su prescripción, o el exceso de control de medicamentos “penalizados”) y la escasa implicación de otros profesionales (enfermería, farmacéuticos comunitarios, farmacólogos de atención primaria). Es imprescindible un abordaje multidisciplinar que incluya desde educación para la salud hasta intervención sobre el entorno social.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial es un pilar fundamental de la medicina de familia y es imprescindible para integrar y coordinar la atención realizada en diferentes contextos asistenciales. Se apoya en la continuidad de la información y en la relación personal, basada en la confianza y la responsabilidad, generada tras el contacto continuado en el tiempo (longitudinalidad).

Una adecuada continuidad en la atención disminuye la yatrogenia y la morbimortalidad, mejora la atención al final de la vida, y reduce los costes. Pero en el caso de las personas mayores la continuidad está muy amenazada por la multiplicidad de entornos asistenciales y de cuidados en los que se mueven, y por mayores dificultades de desplazamiento y comunicación.

En nuestro entorno se han hecho mejoras importantes especialmente en la continuidad de la información, pero no se

contabiliza el tiempo de consulta necesario para la continuidad y se valora muy poco la continuidad interpersonal.

Se ha descrito un impacto negativo de la continuidad asistencial sobre las y los profesionales que la ejercen, en relación con la mayor carga de responsabilidad e implicación emocional. Pero este impacto negativo podría ser debido a las condiciones en que se ejerce la continuidad y a la falta de soporte a los profesionales, ya que la relación interpersonal con los pacientes se describe habitualmente como una fuente de satisfacción.

Es imprescindible valorar el tiempo profesional que se dedica a la continuidad asistencial y profundizar en los factores que la condicionan.

PARA ACABAR...

Para concluir esta reflexión, creo que la atención a las personas mayores desde la consulta de atención primaria debe guiarse por dos ideas fundamentales:

CUIDAR MÁS QUE CURAR:

En la consulta: promover la toma de decisiones compartidas, empoderar en el cuidado, buscar tiempo y estrategias para la continuidad.

Desde las instituciones: potenciar los roles profesionales más integradores, promover cambios organizativos que garanticen la continuidad, facilitar la coordinación entre red sanitaria y red social.

Desmedicalizar: reducir los excesos diagnósticos, preventivos y terapéuticos; reconocer los condicionantes sociales; reivindicar la relación y la palabra; generar conocimiento independiente, midiendo la capacidad funcional y la calidad de vida. Es imprescindible repensar la atención sanitaria a las personas mayores. Y también, los cuidados a la dependencia, ya que es imposible “solucionar el problema” desde el punto de vista médico asistencial. Y, individual y colectivamente, reflexionar sobre cómo queremos envejecer.

BIBLIOGRAFÍA

- La web del polimedcado. Polimedicación y salud. www.polimedcado.com
- Guía para la implantación de programas de conciliación de la medicación en los centros sanitarios. Sociedad catalana de farmacia clínica, 2009.
- Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. www.opimec.org

* Ponencia presentada en el XIV Seminario de la Red-Caps, 2011. Ver texto completo en www.caps.cat

NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS. ¡nos necesitamos!



Querida amiga,
 Hace más de 45 años, nosotras, las fundadoras de **Our Bodies Ourselves** nos reunimos por primera vez para hablar sobre nuestras vidas, nuestra salud y nuestros cuerpos. Nunca habíamos hablado públicamente de estos asuntos íntimos. Llegamos a creer entonces, como lo hacemos ahora, que no hay nada que pueda substituir a un pequeño grupo de mujeres, con espíritu de confianza y respeto mutuo, escuchando, hablando y honrando la verdad de nuestras propias experiencias vividas. A través de nuestras conversaciones, y

la investigación posterior, desarrollamos un libro con los textos de esas conversaciones. Ese primer libro se convirtió en "Our Bodies Ourselves"*. Hoy en día, nuestro grupo activo de fundadoras sigue profundamente involucrado con la organización **Our Bodies Ourselves**. El trabajo que empezamos está lejos de terminar. Estamos consternadas por la reciente retórica electoral que revela actitudes peligrosamente sexistas y racistas. Nos estamos preparando para luchar contra los intentos de revertir los avances en derechos reproductivos y humanos básicos, desde el control de natalidad

y el aborto hasta la identidad sexual y de género.

Por eso necesitamos que se unan a nosotras y apoyen a **Our Bodies Ourselves (OBOS)**.

La organización es, maravillosamente y en contra de todo pronóstico, una de las pocas organizaciones que siguen activas desde los primeros días del movimiento mundial de mujeres. Por favor, **DONE AHORA** para ayudar a **OBOS** a proteger los derechos de las mujeres, luchar por la justicia reproductiva, desafiar la desinformación y reunir a las generaciones para empoderar a las mujeres y las niñas.

Con gratitud, Elizabeth MacMahon-Herrera, Jane Pincus, Joan Ditzion, Judy Norsigian, Miriam Hawley, Norma Swenson, Paula Doress-Worters, Pamela Berger, Ruth Alexander, Vilunya Diskin, Wendy Sanford

<http://www.ourbodiesourselves.org/>

* La traducción literal es "Nuestros cuerpos, nosotras mismas" pero en España el libro fue titulado por Leonor Taboada, responsable de la traducción y adaptación al castellano, "Nuestros cuerpos, nuestras vidas"



Fina Sanz Ramón, 2016 Ed. Kairós

Todo el mundo conoce el problema del maltrato. Fina Sanz nos propone en este libro un cambio de perspectiva sumamente original: un modelo de convivencia desde y para el "buentrato".

El buentrato ha de crearse en un espacio personal, relacional y colectivo. Para ello, debemos abandonar creencias antiguas, valores y comportamientos

que reproducen —de forma consciente o inconsciente— el maltrato. Por el contrario, hemos de crear nuevos valores, otras formas de percibirnos y de relacionarnos que favorezcan el desarrollo personal y unas relaciones humanas, sociales y con la Naturaleza desde el respeto a la diferencia, la cooperación y la solidaridad, la armonía y la paz.

Fina Sanz es psicoterapeuta, sexóloga y pedagoga. Es formadora de profesionales en España y Latinoamérica, directora de los másteres "Autocognoscimiento, sexualidad y relaciones humanas en Terapia del Reencuentro (TR)" y "Educación sexual para la salud comunitaria y terapia sexual".



SI VAS AL HOSPITAL, MEJOR QUE TE ATIENDA UNA MÉDICA

Los ancianos hospitalizados tratados por médicas son menos propensos a morir durante los primeros 30 días de ingreso, y menos propensos también a volver a ingresar durante los 30 días posteriores al alta médica, que los tratados por médicos. Este es el resultado de nuevo estudio de la Universidad de Harvard. Es la primera investigación que documenta cómo las diferencias en la manera de tratar a los pacientes de hombres y mujeres dan lugar a diferentes resultados para su salud y supervivencia.

Los investigadores estiman que si los médicos varones pudieran lograr los mismos resultados que sus colegas femeninas, habría 32.000 muertes menos cada año entre los pacientes de Medicare (sistema de cobertura sanitaria pública de EEUU).

Se analizaron los datos de más de 1 millón de beneficiarios de Medicare mayores de 65 años hospitalizados con un problema médico y tratados por internistas generales entre 2011 y 2014. Los investigadores encontraron que los pacientes, si eran tratados por una médica, tenían un riesgo del 4% menor de morir prematuramente y un riesgo del

5% menor de reingresar en el hospital en de los 30 días siguientes. La asociación se observó en una gran variedad de condiciones clínicas y de nivel de gravedad.

Los autores del estudio se preguntan ahora por las causas de esta diferencia para poder llegar a dar a los pacientes la mejor atención independientemente del sexo del profesional.

Si de verdad quieren entender el porqué de esta diferencia, les recomendamos que lean todo lo escrito (que es mucho) por las feministas sobre la cultura de los cuidados.

Physician Gender and Outcomes of Hospitalized Medicare Beneficiaries in the U.S. Yusuke Tsugawa, Anupam B. Jena, Jose F. Figueroa, E. John Orav, Daniel M. Blumenthal, Ashish K. Jha, MD, MPH1,2,8, JAMA Internal Medicine, online December 19, 2016.



EL SECRETO ESTÁ EN LEVANTARSE

Todas sabemos desde hace tiempo lo importante que es moverse. Sabemos que el sedentarismo es peligroso para la salud: aumenta un 114% el riesgo de enfermedad, 82% el de Alzheimer, 150% el de depresión, 90% el

de diabetes tipo 2, las mujeres físicamente activas tienen reducidos el de cáncer de mama entre 20 y 30%, etc...

Pero lo que no sabemos es que lo importante no es hacer ejercicio regularmente (aunque esto está muy bien), lo importante de verdad es no permanecer largos ratos inactiva. Lo realmente malo es la inmovilidad.

De esto se dio cuenta hace años la Dra Vernikos, experta en salud de astronautas, cuando comprobó que el envejecimiento de los astronautas cuando estaban en órbita, aunque acelerado, era igual que el de las personas ancianas postradas en cama que había visto en una residencia.

Sus experimentos le llevaron a comprobar que lo realmente nocivo para la salud es la falta de gravedad y que la persona sentada, de pie inmóvil o tumbada ponía su cuerpo en cuasi-microgravedad.

Como criaturas terrestres, desarrolladas en un medio sometido a la ley de la gravedad, estamos diseñados para interactuar con ella, para oponernos a ella, la gravedad es un elemento capital en la estimulación de nuestro metabolismo, lo pone literalmente en marcha.

Por eso hay que moverse con frecuencia. Ponerse de pie 35 veces seguidas no es ni la mitad de beneficioso que levantarse cada 20' cuando se está sentado. Hay que mantener el movimiento como modo natural de estar, y descansar de vez en cuando, y no al revés.

"Fuimos diseñados para ponernos en cuclillas. Fuimos diseñados para ponernos de rodillas. No estamos diseñados para estar sentados continuamente. No son las horas que está sentado las que son malas, ¡lo que es bueno es la frecuencia con la que se interrumpe el estar sentado!" Dra. Vernikos

Cómo la Inactividad Física Aumenta el Riesgo de Enfermedades Crónicas. <http://espanol.mercola.com/>

Sentarse Mata, Moverse Sana. <http://espanol.mercola.com/>

Con la colaboración de:



Suscríbete al MyS para que podamos continuar

www.mys.matriz.net

También síguenos en facebook

www.facebook.com/pages/Revista-MYS/

Revista-MYS/ y clicla "me gusta"



...Y PARA PASAR UN BUEN 2017 YA SABES... REGALA SALUD A QUIENES MÁS QUIERAS...

MyS MUJERES Y SALUD

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

- > Haz un ingreso de 15€ 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.