

María Fuentes Caballero

Nosotras. La salud. Desde el sur del siglo XXI



NOSOTRAS

La salud. DESDE EL SUR del siglo XXI

María Fuentes Caballero

NOSOTRAS

La salud. DESDE EL SUR del siglo XXI



Editorial Digital Feminista Victoria Sau

Barcelona, 2024

Autora: María Fuentes Caballero

Título: Nosotras. *La salud. Desde el sur del siglo XXI*

Edición: Rosa Marín Ribas

Imagen portada: Rosa Marín Ribas

Usted es libre de:

Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

- RECONOCIMIENTO (*attribution*): En cualquier explotación de la obra autorizada por la licencia será necesario reconocer la autoría.
- NO COMERCIAL (*non commercial*):
- La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- SIN OBRAS DERIVADAS (*non derivate works*):
- La autorización por explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.
- Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.
- Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene permiso del titular de los derechos de autora.
- En esta licencia nada se menoscaba o restringe de los derechos morales de la autora. Los derechos derivados de usos legítimos o otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por la anterior.

María Fuentes Caballero. Licenciada en medicina y cirugía UC Barcelona. Especializada en homeopatía. Experta en salud de las mujeres con perspectiva de género y salud maternoinfantil. A lo largo de cuarenta años. Fundadora e impulsora de:

- Cooperativas, Colectivos, Asociaciones en todo el territorio nacional en pro de la defensa de los derechos de mujeres y la infancia. Especialmente en la etapa perinatal
- Escuela de salud holística y maternoinfantil Consuelo Ruiz para profesionales
- El primer Programa Municipal de Prevención, salud y género del Estado Español en Ayto. de Jerez de la Frontera.
- El Centro de salud Artemisa. Consulta como médica de familia, hace 30 años. Formó miles de mujeres en toda Andalucía en colaboración con ayuntamientos, asociaciones e instituciones públicas, en temas de salud, prevención y empoderamiento.

Es miembro de Redcaps desde 1995. Del consejo editorial de la revista MYS.

Autora de diversas obras: *Mujeres y salud desde el sur. Hilando Fino, Gestación nacimiento y crianza desde el sur.* Y de numerosos artículos.

Prólogo

Nosotras. La salud desde el sur. Hay veces que el título nos dice todo, o nos susurra y nos predispone a leer con una determinada mirada: *nosotras, salud, sur.*

Nosotras

Utiliza este término María Fuentes con mucho sentido. Pero no somos un “nosotras” cualquiera. Tras terminar de leer la introducción me vino a la cabeza la sociedad de las extrañas que nos describe Virginia Woolf en *Tres Guineas*: «*Para que vea, señor, que esta sociedad de las extrañas tiene las mismas finalidades que su sociedad: igualdad, libertad y paz. Pero esta sociedad pretende avanzar por los medios que un sexo diferente, unas diferentes tradiciones, diferente educación y valores diferentes han puesto a nuestra disposición*».

Aída Míguez Barciela nos recuerda que, en *Tres Guineas*, Virginia Woolf emplea la expresión “las extrañas” para referirse a las mujeres en cuanto individuos excluidos de una sociedad en la cual los derechos y los privilegios los detentan únicamente hombres. Una sociedad de mujeres será una “sociedad de extrañas”, designación con la que no solo se busca corresponder a una situación de hecho, sino también plantear una exigencia, de entrada, a las propias mujeres. Si las mujeres han de unirse de alguna manera en pro de un objetivo común, que se unan en calidad de extrañas y que se llamen a sí mismas “las extrañas”. Hacer lo contrario, ingresar sin más vacilaciones o razonamientos en alguna de las muchas sociedades que componen la sociedad masculina que

las ha excluido y que las sigue excluyendo, significaría borrar su diferencia y suprimir su extrañeza, lo cual echaría por la borda eso que no solo se posee, sino que, según parece, interesa mucho conservar”. Esa extrañeza, María la describe con mucho color y, yo al menos creo entrever, mucho dolor cuando hace su declaración de intenciones de cómo intentó aprender el arte de curar cuando estudió medicina. Una extrañeza que ella vive desde las entrañas de su experiencia. Extrañas y huérfanas. Nos recuerda María las palabras de nuestra querida Victoria Sau en El vacío de la maternidad: «*En el patriarcado tod@s estamos huérfan@s de madre*».

Nosotras nos engloba a todas, no solo a las médicas. Nosotras, todas, cada una desde sus vulnerabilidades, como bien nos lo recuerda María. Las que nos caemos y nos levantamos, las que se ríen hasta en los momentos más dramáticos, las pobres y las no tan pobres, las que estudiamos y las que quisieron y no pudieron, y las que hemos vivido cuidando, aunque muchas veces fuera la salud en ello. Nosotras, las que no cedemos al desaliento, las que aprendemos de la resiliencia de las más vulnerables, las que entendemos desde la escucha dónde creemos que puede estar oculto el sufrimiento. Nosotras, las médicas “raras”, las homeópatas, las de las bolitas, las de las “hierbas”, las de “cuida tu cuerpo dándole cariño, buenos alimentos y movimiento”. Nosotras a las que nos cuesta prescribir, las que queremos retirar psicofármacos porque están mal prescritos y acallan la voz del sufrimiento de las mujeres. María nos permite, en el análisis certero de cada situación contada en forma de historia clínica, viajar de lo macro a lo micro, de lo micro a lo macro, siempre con el enfoque que nos dan las gafas del feminismo. Micro: historias concretas, macro: el océano en el que flotamos. Porque si no introducimos en lo macro el daño producido por la violencia patriarcal estructural, nos quedamos en la fantasía de la individualidad como nos recuerda Almudena Hernando. Y entonces no podremos tener poder y potencia para cambiar nuestros mundos: el cercano y el global.

Salud

María nos regala los relatos y experiencias de su consulta de muchas de las mujeres que en confidencia, en confianza, se los regalaron a ella. Nos obliga a repensar, a estar alertas ante lo evidente, a mirar siempre más allá, a desmedicinalizar y escuchar la voz de lo que desean hacer esas mujeres con sus enfermedades y con sus malestares. Con una escucha respetuosa, acompasando nuestro/su tiempo a los tiempos que sí o sí necesita cada mujer. Salud entendida desde lo global, desde lo biopsicosocial. María no añade el término político a esta definición de salud, como nos propone Belén Nogueiras, pero no hace falta, en cada historia está más que implícito lo político. Divide el libro en seis apartados y lo va tejiendo hasta crear una tela multicolor: Desde el sur geográfico y el vital, Desde la experiencia a la evidencia, Las múltiples formas de violencia, La sexualidad secuestrada, La maternidad: realidad y ficción y En lo macro: datos relevantes del sur. Nos invita a las profesionales a meditar sobre nuestro papel en el sistema sanitario. A pasar de ser cómplices -conscientes o inconscientes- de la violencia institucional, a generar complicidad con las personas a las que atendemos y con nuestras compañeras.

Un caleidoscopio: *«mi experiencia es como si cada una de las mujeres que llegan hasta mí, fuera a la vez una especie de caleidoscopio que me hace entrar en otra mirada, otra área de la vida, de las familias, de las mujeres, de los cuerpos y las almas en las que me obliga a zambullirme, y me muestra sufrimientos -frecuentemente silenciados durante años- de todo tipo»*.

Sur

Sur es origen, punto de partida, sensorial, calidez, agricultura, rural, olivarero, emigración, base, abajo, adentro, hondo, profundo, tierra, intuición. Me estremezco con la voz de María: “aunque las estadísticas digan que las mujeres en el sur lo tenemos más difícil, la vida es mucho más poderosa que las estadísticas”. Y la palabra y experiencia de las sabias, de las que han escuchado, de las que resisten son poderosas. Y María es una de las afortunadas. Gracias,

María, por este libro, este relato y estas historias susurradas que se entretejen para plasmar nuestro universo.

Y para las lectoras, un consejo breve: léase arropada por una taza de té o de café, según preferencias, un pañuelo a mano y, a las que no les parezca un sacrilegio, lápiz para subrayar.

«... desde los tiempos remotos las mujeres han contado historias... han sido las tejedoras de relatos y retales. Durante siglos han devanado historias al mismo tiempo que hacía girar la rueca o manejaban la lanzadera del telar. Ellas fueron las primeras en plasmar el universo como malla y como redes. Anudaban sus alegrías, ilusiones, angustias, terrores y creencias más íntimas. Teñían de colores la monotonía. Entrelazaban verbos, lana, adjetivos y seda».
Irene Vallejo. El infinito en un junco.

Mar Rodríguez Gimena. Médica de familia, actualmente trabajadora en centro de salud rural en Buitrago del Lozoya, médica homeópata. Feminista.

Índice general

Prólogo	9
1. Introducción. <i>Cuando el sur está más allá</i>	15
2. Entre el sur geográfico y el vital	23
2.1. Determinantes de salud	24
2.1.1. Variables de salud	24
2.1.2. Reparto de recursos	24
3. Desde la experiencia a la evidencia	33
3.1. Cuando la medicina superespecializada convierte a una mujer agotada en enferma crónica	34
3.2. En el siglo XXI. La cenicienta sigue aquí	46
3.3. La moda de los síndromes... ováricos... u otros	48
3.4. Síndrome Ovario Poliquístico. O supresión de la menstruación desde la menarquia	50
3.5. “El va a cambiar”	53
4. Las múltiples formas de violentar vida y salud	57
4.1. Cuando la violencia de una vida se expresa en el cuerpo y la estructura sanitaria la amplía	57
4.2. La inmigración y el trabajo sumergido como cofactores de riesgo añadidos	65

4.2.1.	Algunos párrafos del prospecto (en cursiva lo que afectó a Natalia)	66
4.2.2.	Toma de sertralina cinco con otros medicamentos	67
4.3.	El autodesprecio y el maltrato, enterrados tras diagnósticos y protocolos de salvación	73
4.4.	Violencia obstétrica pediátrica disfrazada de: “menos mal que estamos aquí para salvarlos!”	79
4.5.	La fibromialgia: el dolor oculto en el cuerpo y aumentado por l@s que “cuidan-curan”	82
5.	La sexualidad secuestrada	87
5.1.	Cuando la ignorancia y el miedo llevan al absurdo. HPV como amenaza para una sexualidad libre	87
5.2.	La sexualidad como pecado. La ignorancia como patología y riesgo	89
6.	La maternidad. Realidad y ficción	93
6.1.	Cuando las experiencias de las maternidades destapan la caja negra	93
6.2.	¿Igualdad en la crianza? La regresión en la crianza en un hecho	95
6.3.	Una mirada de género a una experiencia de maternidad joven	99
7.	En lo macro. Datos relevantes del sur	105
7.1.	Puntos comunes a las historias relatadas. Algunas reflexiones	105
7.2.	Respecto a nuestros determinantes de salud principales	109
7.3.	Diferencias de género respecto a la salud en el sur	111
7.4.	Entonces: ¿hay salida?	114
	Bibliografía	119
	Datos estadísticos en videos y artículos	121

I

Introducción. *Cuando el sur está más allá*

Frecuentemente me preguntan: y ¿por qué “desde el sur”? ¡Vamos allá!

Hablemos del *sur*: en este caso, el sur de la península ibérica, el sur español. Andalucía.

Pero, podemos hacer un paralelismo con casi todos los Sures: Europa, América, hemisferios terráqueos. Incluso en los países mediterráneos, también hay denominadores comunes de los Sures respectivos no sólo geográficos, sino también sociológicos. Siempre me ha asombrado ese denominador común. Y aún no he encontrado una respuesta válida que me lo explique.

Suelen ser países más cálidos, con cultivos y agricultura más diversa, por tanto, con una muy marcada riqueza agrícola sobre todo en lo referente a frutas y verduras y, también, a cierto tipo de cereales y legumbres. Aunque esto podemos generalizarlo básicamente en Europa. En el esquema mundial lo que es más generalizable sería que las materias primas básicas están más situadas en el hemisferio sur, pero, sobre todo, que la elaboración, el procesamiento industrial, es decir, los sectores secundarios, están mucho más desarrollados en el hemisferio norte, así como al norte de Europa, o el norte de nuestra península. Más al norte, sociedades más urbanitas. Más al sur, sociedades más rurales.

Otras causas que sería muy interesante explorar, son inaccesibles por su propia naturaleza: las características de los territorios desde el punto de vista

energético-electromagnético. Es una convicción que por ahora no puedo demostrar: que la manera de mirar el mundo, de vivir la vida, de contemplar y experimentar las relaciones, lo cotidiano, y también el modo de organizarse en lo colectivo está marcado también por esa circunstancia. No sé cómo. Sabemos que americanos del sur y del norte se diferencian entre sí ampliamente, al igual que los europeos del norte y el sur, y también los españoles, italianos, alemanes, franceses dentro de sus respectivos países... es así, simplemente. No son sólo factores climatológicos o históricos. Así que asumo que hay factores ahora mismo-inexplicables, pero presentes y condicionantes del modo de vivir/relacionarse y organizarse en colectivo según las latitudes.

Más allá del tema geográfico, hay otras razones por las que *el sur* aparece en mis títulos con frecuencia. Yo nací en el sur. Origen campesino olivarero. Emigrada en la infancia (años 60) como muchos miles de andaluces a Catalunya. En los 90, voluntaria y libremente, decidí regresar al sur, donde aún vivo, hace ya más de treinta años. Sin duda, eso marca mi vida, mi trabajo, mis investigaciones, mis publicaciones, mi trayectoria vital. Hay un hecho anecdótico revelador: a los catorce años, la primera charla pública que dí en mi vida, fue en el instituto donde estudiaba bachillerato nocturno. Precisamente, sobre Andalucía. Necesitaba desmontar los estereotipos que percibía a mi alrededor y que menospreciaban injustamente lo andaluz, desde el desconocimiento y los prejuicios. Mi condición de emigrante marca mi vida. Con la perspectiva del tiempo, y a pesar de las dificultades diversas que hube de afrontar por esa causa, la agradezco profundamente.

Es un sur también metafórico. Sur también nos habla de base, de abajo, de adentro, de hondo, de profundo, de origen, de tierra.

Me gusta escribir más desde lo vivido que desde lo pensado. Obviamente, hay que integrarlo en el pensamiento. Pero es como si la forma de arriba abajo fuera la que hemos heredado del sistema patriarcal: del pensamiento a la realidad, que tan frecuentemente nos confunde. Como mujer siento la necesidad de partir de lo experienciado (abajo), pasarlo, “calentarlo” o “hume-decerlo” desde el sentimiento, y llevarlo arriba, donde ya puedo transformarlo

en lenguaje formal para reencontrar así lo perdido, lo olvidado en el fondo de nosotras mismas y nuestros cuerpos.

Procedo del sur. Mi identidad de persona y mujer están impregnadas de esa procedencia. Mis orígenes diseñaron a la niña que fui para dar paso a la joven desterrada, y a la mujer que regresó a ellos. Tal vez mi vuelta geográfica a mi origen guardaba en sí misma el afán de reencontrar el *otro origen*: quien soy, quiénes somos las mujeres del sur. Qué nos diferencia y que nos define.

Sur significa también origen: punto de partida. El punto de partida del desarrollo humano es el mundo de lo sensorial, desarrollo que se inicia desde abajo, desde el suelo, cubriendo todas las etapas para ir construyendo el “cableado neuronal interhemisférico” desde esa información, y con ello, la base para lo que será el desarrollo motriz e intelectual. De nuevo, de abajo a arriba.

Hablar, reflexionar, compartir sobre la salud de las mujeres ha de pasar necesariamente por la vida. ¿Dónde sino se originan el dolor, el sufrimiento, el desajuste que nos llevan lejos de la salud, a la enfermedad?

Para conocer la vida, y aquello que la perturba, es preciso conocer el hoy, pero también el ayer: el origen. Aquello que viene de atrás, pero está tan invisibilizado que frecuentemente, ni tan sólo es recogido en la historia clínica médica. A excepción de unas letras vacías de contenido como son los llamados *antecedentes familiares*. Lo que llamamos heredado, que olvidamos y sin embargo conforma lo que somos, lo que pensamos y lo que sentimos, lo que aparece como imagen y lo que ocultamos. Impregna nuestra manera de percibir el mundo, de interpretarlo, de sentirlo, y de nombrarlo.

Todo eso es parte de mi empeño. Un empeño aún en sus inicios. Tras treinta años de regreso al sur, apenas intuyo cómo se entretajan entre sí: la niña, la adolescente, la joven que fui con la mujer madura que soy. Cómo nos entretajemos con las otras. En este entorno que nos acoge, nos impregna, nos marca, nos condiciona para la salud y para la enfermedad. Para el mundo de lo consciente, para el inmenso inconsciente personal y colectivo que somos. Por eso para seguir dando paso a la intuición, a la observación y al conocimiento, también hay que ir más profundo, más abajo, más adentro, más al *sur*.

Me ha llevado toda una vida poder formular con palabras el por qué a la joven “trasplantada” desde la tierra (literalmente) a la urbe, desde lo más básico y sencillo de lo sensitivo y la supervivencia, a lo más elaborado de la vida urbana y universitaria, le costaba entrar en los códigos de lo que conforma la llamada “ciencia medica”. Mi hacerme médica no fue tan difícil por el hecho de lo duro de los estudios en sí mismos sino porque ellos están contruidos “desde arriba”: desde arriba como energía intelectual, desde arriba como clase social, desde arriba como sistema de poder imperante: patriarcado. Desde arriba como paradigma de un conocimiento jerárquico mecanicista-reduccionista.

No lo entendía porque ¡no era posible entenderlo! Ingenualmente, creí durante muchos años, que era algo defectuoso en mí, que no era lo bastante lista, o no le dediqué el suficiente tiempo (algo de cierto habría, porque tenía que conjugarlo con jornada laboral de cuarenta horas semanales y mi activismo social). No se podía entender porque no había espacio para la Vida en una carrera que supuestamente está concebida para cuidarla o salvarla. No había espacio para las preguntas básicas sobre la misma, pero tampoco para lo más básico: cómo propiciar la vida, cómo cuidarla, cómo despedirse de ella, cómo honrarla o aliviarla cuando el dolor o el sufrimiento la invaden.

No resulta todavía fácil ponerle palabras a todo ello sin entrar directamente en la biografía ni en el relato de lo colectivo.

He podido empezar a hablar de salud desde un punto de vista colectivo, sólo cuando he podido ir desprendiéndome del lastre de lo impuesto desde mi formación (o deformación) universitaria. Hube de alejarme unos años de ese escenario y esa doctrina ritualizada y desalmada en la que se había ido convirtiendo la carrera de medicina para poder dar paso a lo que, *desde lo más profundo, lo más hondo, lo más básico*, me llamaba y me inspiraba: conocer cómo la salud está entrelazada con la vida.

Muchos años, y mucha soledad para llegar a desplegar sin complejos, mi vocación: conocer, descubrir, cuidar el entretejido de lo que llamamos Vida, desde lo biológico a lo filosófico. De lo inmanente a lo trascendente. Desde lo que depositamos en las manos médicas, a lo que depositamos en las manos de psicólogos@s, pensador@s, teólogos@s. Porque hablar de biología debería ir liga-

do a conocer nuestra biología. Sin embargo, el conocimiento real de mi cuerpo y sus procesos de mujer me llegó desde fuera del “templo del saber” y a pesar suyo. Tenía ya treinta años, ya licenciada, cuando fui consciente de cómo mi ciclo menstrual era fuente de conocimiento. Me indicaba las pautas precisas para conocerme y me proporcionaba una inmensa autonomía personal, poder sobre mi reproducción e independencia y seguridad respecto al sistema sanitario, además de salud.

He debido recorrer un largo camino para empoderarme plenamente. Sin “ser” ginecóloga, he acompañado a miles de mujeres para ayudarlas en dolencias consideradas ginecológicas. Sin “ser” obstetra, he ayudado a nacer respetuosa y gozosamente a cientos de criaturas que sus madres parían en seguridad, en intimidad y en la mejor forma que ellas consideraban. En ambos campos, he podido también denunciar y evitar muchas de las agresiones y violencias tanto obstétricas como ginecológicas que contemplo a diario. Sin “ser” endocrina, he podido escribir, educar y orientar a miles de personas sobre cómo la alimentación puede ayudar a prevenir y recuperarse de enfermedades, y denunciar cómo la industria agroalimentaria hace justo lo contrario. Sin “ser” pediatra he ayudado a curar y prevenir a miles de criaturas de dolencias crónicas, supuestamente incurables. Sin ser psicóloga ni teóloga ni filósofa, la vida me ha propiciado acompañar y ayudar a cientos de personas a transitar con mayor suavidad y menor sufrimiento las diferentes crisis vitales, incluidas la del último tránsito: la muerte.

Así he ido descubriendo algo todavía difícil de ver, y explicar: cada una de las especializaciones que nos enseñan en nuestra formación —cada una de ellas implica, de tres a cinco años, además de los seis de la licenciatura, más una larga serie de esfuerzos inútiles, sometimiento a sufrimientos silenciados, abusos de poder (en casi todos los niveles que podamos imaginar)— no son indispensables para ejercer como médica y ponerme al servicio del bienestar y la salud de la población. Seguramente, algunas de ellas son útiles e incluso necesarias, pero no siempre imprescindibles tal como están planteadas. Es más, descubrí que dedicarme a hacer el MIR de alguna de esas especialidades hubiera supuesto alejarme cada vez más de una realidad que mi intuición me

indicaba: el ser humano es una globalidad en la que todas y cada una de esas áreas interaccionan de un modo sincrónico. Separarlas en compartimentos estanco sólo provoca una superespecialización que enseña múltiples detalles de cada trocito de nuestros cuerpos, a los que divide en compartimentos estanco, a la par que nos aleja de la comprensión del todo, es decir de *quiénes* somos. En definitiva, el paradigma y la estructura universitaria que yo viví y que se sigue aplicando, nos impide comprender cómo somos en nuestros cuerpos, cómo la vida transcurre y se manifiesta a través de ellos. *Cómo sufrimos y enfermamos cuando no respetamos ese ser, su estar en el mundo y en conexión con l@s otr@s. Al tiempo que, si la vida en el mundo no es respetada en toda su amplitud, también hará sufrir y enfermar a ese ser y a tod@s.*

Si además esos cuerpos son de mujeres, el drama es mucho mayor. Porque la ignorancia es tal que es obviada como ignorancia. Porque ni tan sólo está contemplado en el currículo universitario médico que existen diferencias entre géneros en lo psíquico, en lo orgánico en lo social. Diferencias tan importantes, que nos hacen vivir, sentir, relacionarnos, existir y por tanto enfermar o morir de maneras diferentes.

Tan simple, tan difícil y doloroso llegar hasta ahí.

Realmente, *se hace camino al andar...* Porque todo eso lo puedo articular ahora con un cierto orden y coherencia por el devenir de los años y la perspectiva que eso da. Es como cuando te vas adentrando en un camino desconocido, que ni siquiera sabes si es un camino o sólo una vereda sin salida, y sólo cuando llevas mucho tramo recorrido y subes de nivel, ganas perspectiva y puedes llegar a ver sus peculiaridades, incluso descubres que es mejor que otro que te habían indicado como el único correcto. Es como aquel cuento:

Un día, un becerro tuvo que atravesar un bosque virgen para volver a su pastura. Como era un animal irracional, abrió un sendero tortuoso, lleno de curvas, subiendo y bajando colinas.

Al día siguiente, un perro que pasaba por allí usó ese mismo sendero para atravesar el bosque. Después fue el turno de un carne-

ro, jefe de un rebaño, que viendo el espacio ya abierto hizo a sus compañeros seguir por allí.

Más tarde, los hombres comenzaron a usar ese sendero: entraban y salían, giraban a la derecha y a la izquierda, descendían, se desviaban de obstáculos, quejándose y maldiciendo, con toda razón. Pero seguían recorriéndolo sin crear una nueva alternativa.

Después de tanto uso, el sendero acabó convertido en un amplio camino donde los pobres animales se cansaban bajo pesadas cargas, obligados a recorrer en tres horas una distancia que podría haber sido vencida en treinta minutos si no hubieran seguido la vía abierta por el becerro.

Pasaron muchos años y el camino se convirtió en la calle principal de un poblado y, finalmente, en la avenida principal de una ciudad. Todos se quejaban del tránsito, porque el trayecto era el peor posible.

Mientras tanto, el viejo y sabio bosque se reía, al ver que los hombres tienen la tendencia a seguir como ciegos el camino que ya está abierto, sin preguntarse nunca si esa es la mejor elección.

Gracias a esa intuición —tan menospreciada por cierto en nuestra cultura porque además se la minimiza con el apellido de femenina— pude ir haciendo mi camino. Pude ir mirando más allá de los esquemas y textos académicos, más allá de los dogmas disfrazados de ciencia, más allá de la ignorancia escondida tras la superestructura del sistema universitario y sanitario patriarcal. Más allá de los miedos a salirse de lo políticamente correcto —mucho más arraigados cuanto más supuestamente científico es el campo en el que te mueves. En ese recorrido he descubierto muchas maravillas.

Sencillas y grandiosas. Cotidianas y trascendentes. Personales y colectivas. Sobre la salud, sobre la enfermedad, sobre el cuerpo. He podido redescubrir múltiples dimensiones de los cuerpos, las almas, las mentes, los hombres, las mujeres, las criaturas, los grupos humanos, las familias, las tribus.

Lo más sorprendente; sobre mí misma. Sobre la naturaleza y la esencia humanas.

Sobre esa paradoja incomprensible que es la individualidad irreplicable de cada ser humano, y a la par, la similitud en lo esencial que nos hace ser parte de un todo.

Fue así de ese modo tan inesperado como orgánico que se fue desplegando mi camino como médica. Médica: primero de mujeres, luego de mujeres y criaturas, y por fin de mujeres, criaturas, hombres, familias, grupos.

Así voy encontrando el camino... hacia mí... hacia mi origen. Acompañando a las mujeres en los vericuetos de la vida en ciernes, gestaciones, nacimientos, en los cuidados de hijas e hijos, en los laberintos de la vida en pareja, en las soledades inesperadas o temidas, en la nueva amenaza del “peligro de la menopausia”. Todo ello, cuando aún no habíamos oído hablar en este país de la perspectiva de género. Sin embargo, para mí era obvio: había que hablar de la salud de las mujeres. Yo la veía, la palpaba, la experimentaba como diferente y única. La exploración de la vida en salud me fue descubriendo los recursos para la enfermedad en la vida.

Las mismas mujeres que me ofrecieron el privilegio de acompañarlas en sus maternidades, me ofrecen el de contemplar sus inmensos recursos para la supervivencia en duras condiciones, me muestran el poder de su fortaleza, y el de compartir. Me impulsan para entrenar mi capacidad de comprender cómo sus sufrimientos se transforman en las llamadas enfermedades, mientras yo sigo aprendiendo y viajando...

2

Entre el sur geográfico y el vital

Invito a quienes dispongan de curiosidad, tiempo y capacidad de contemplación, dediquen siete minutos a visualizar este pequeño audiovisual, llamado “del microcosmos al macrocosmos”. Viaje en potencias de diez.

<https://www.bing.com/videos/search?q=del+microcosmos+al+macrocosmos+imágenes&qvvt=del+microcosmos+al+macrocosmos+imágenes&FORM=VDRE>

Es un modo fácil, hermoso y rápido de captar parte de mi método de trabajo, y de mi mirada holística en general, y aplicada en este trabajo en particular. Así podemos entrar de manera más ligera y dinámica en la mirada “macro”: Andalucía.

Las características socioeconómicas e históricas condicionan y determinan gran parte del nivel y modo de vida de una población, puesto que forman parte de los determinantes de salud.

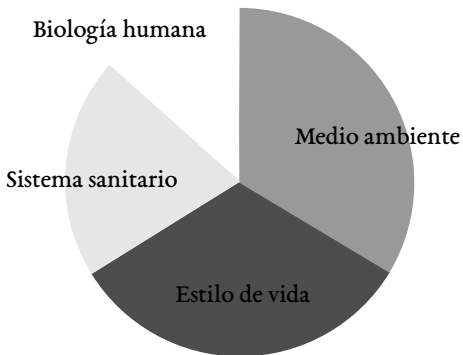
De hecho, sigue siendo vigente en la mirada de la salud pública, el modelo Lalonde (1974). Según el cual, los factores que determinan la salud de la población dependen mucho más de los hábitos, modelos de vida, y medioambiente que del sistema sanitario o la genética. A pesar de que inexplicablemente, los recursos públicos no se empleen en coherencia.

2.1 Determinantes de salud

2.1.1 Variables de salud



2.1.2 Reparto de recursos



Dicho de otro modo, nuestra salud depende en gran parte de cómo nos alimentamos, dónde vivimos, cuáles son nuestras posibilidades de acceso a la cultura, a los estudios, a la formación, los ingresos económicos, las relaciones, los roles, nuestra proyección de futuro y posibilidades de desarrollo, el sistema

político en el que vivimos, en definitiva, cual es nuestro modo de vida, nuestros valores y recursos.

Por tanto es indispensable encuadrar en el contexto temporoespacial la realidad que pretendemos abordar para poder comprenderla.

La estructura socioeconómica de Andalucía tiene su origen muchos siglos atrás. De hecho, no es posible comprenderla sin revisar qué sucede con la unificación de la península en el llamado reino de Castilla y Aragón, con los Reyes Católicos, tras la llamada reconquista. Aún somos herederas y herederos de la estructura medieval y caciquil que surge de esa etapa, que hace de nuestra tierra, tierra de latifundios, de desheredados, de jornaleros sin propiedades, y abocados a la dependencia del señorito, o a la emigración.

Sólo hay alguien más pobre que el campesinado andaluz: las campesinas andaluzas.

Y no estoy hablando del pasado.

El índice de desempleo, y el riesgo de pobreza nos dan datos objetivos sobre cuál es la situación socioeconómica hoy.

Resumiendo, según los datos que podemos consultar en ese enlace las tasas de desempleo son de un dieciocho por ciento en Andalucía, de un ocho por ciento en Cataluña y un seis por ciento en el País Vasco.

Entre siete y nueve por ciento en cualquiera de las comunidades del norte... por encima de Madrid.

La media nacional es de un doce por ciento.

Así mismo, si consultamos el riesgo de pobreza por Comunidades Autónomas (CCAA), podemos ver un mapa muy esclarecedor. Solo los colores, lo muestran: en la península, prácticamente desde Madrid hacia Gibraltar, la tasa de riesgo de pobreza duplica o triplica la de los territorios por encima de Madrid.

Teniendo en cuenta que el riesgo de pobreza es siempre mayor en mujeres que en hombres, en todo el Estado, y que el riesgo de pobreza por CCAA, en todo el sur de la península es bastante mayor que del centro al norte, podemos concluir que Andalucía es la que en 2022 alcanzaba el mayor riesgo de pobreza: 30,5 de todo el Estado, más del doble que en Cataluña, y Madrid o La Rioja. El

triple que, en País Vasco, y sólo algo por encima de todo el resto de la mitad sur: Extremadura, Ceuta y Melilla, Murcia, Castilla la Mancha. Es decir, que las mujeres andaluzas son junto a las extremeñas la población más empobrecida de esta España nuestra. Establecido ese dato, junto a los determinantes de salud, no podemos más que esperar que los niveles de salud de las mujeres andaluzas sean los peores de toda la península. Veamos a continuación los detalles, y tratemos de profundizar.

No sólo mantenemos una estructura socioeconómica heredada de la edad media, sino que el paso de una sociedad cuasi medieval, caciquil y rural a la llamada sociedad industrial/urbana, se hizo en Andalucía unas cuantas décadas por detrás de las zonas industriales: Norte, Levante, Nordeste de la península. De hecho, sin entrar en análisis socioeconómicos ni tener intención de adentrarme en ese terreno más allá de lo indispensable, creo no equivocarme si afirmo que aún en el siglo XXI no hemos completado esa transición. Es más, creo que uno de los pesos añadidos a ese desfase es el de haber perdido la identidad como sociedad rural. No somos una sociedad rural. No somos una sociedad industrial. Seguimos siendo el “granero de Europa”, pero ya no es el campesinado andaluz el que se siente y es el protagonista de esa realidad. Porque eso se ha ido diluyendo entre la industrialización de la producción agraria, la aparición de grandes capitales y empresas extranjeras copando gran parte de esa industria, la incorporación de una gran masa de población inmigrante en condiciones casi esclavistas a dicha producción, y, ese fenómeno extraño y difícil de definir sin simplificaciones ofensivas, que ha sido el mezclar la posición de “subsidiarios etern@s” con las llamadas “peonás” de l@s jornal@s. Es decir, combinar el trabajar en el campo un mínimo de un mes aproximadamente, con varios meses de cobro por desempleo. No es posible aquí desgranar detalladamente todas las causas y consecuencias de esta situación. Pero también se hace indispensable introducirla, y nombrarla para poder comprender un poco mejor el tema central que nos ocupa. Sin dejar de nombrar las condiciones de semiesclavitud en las que trabajan muchas jornaleras y jornaleros, inmigrantes o no, así como las condiciones en las que están obligados a vivir. No podemos olvidar una nueva forma de esclavitud: el sector hostelero. Se nutre de tempo-

reras y temporeros, como se ha llamado siempre al campesinado que emigra en busca de la siguiente recogida de cosecha. Ahora, emigran entre marzo y octubre a los lugares de mayor turismo. Con varios agravantes: sueldos frecuentemente miserables o injustos. A lugares donde el precio de la vivienda está pensado para turismo y desde la avaricia. Donde los precios en general están adaptados al turismo y no a l@s residentes. Donde una persona puede estar entre doce y quince horas seguidas trabajando y cubriendo el puesto que deberían cubrir dos personas. Sin poder ganar ni para pagar unos alquileres abusivos como son los de las zonas turísticas actualmente.

Os invito a sumergiros en mi primera obra para quien quiera profundizar y comprender mejor el tema. Tras veintitres años desde la primera edición, los cambios socioeconómicos han sido lo bastante significativos como para necesitar alguna ampliación de perspectiva.

Creo indispensable dar un somero repaso al capítulo IV de mi obra *Mujeres y salud desde el sur* (p. 71 a 83) como modo de introducirse desde lo profundo a esta comprensión.

Somos hereder@s de un sistema patriarcal milenario que ha definido, marcado y diseñado gran parte de nuestro modo de vida, nuestra cultura, nuestra estructura de pensamiento y nuestro inconsciente colectivo.

Por nombrarlo en pocas líneas: es imposible comprender la situación actual de las mujeres en general, y de las mujeres del *sur* (¡de cualquier sur!) en particular, sin indagar un poco en el origen de nuestra historia como colectivo, hasta remontarnos al matriarcado, y el paso al patriarcado. La opresión de las mujeres en lo socioeconómico va de la mano con la represión de lo *femenino* como género humano. La pérdida del poder y el paso al orden patriarcal sólo puede explicarse desde la experiencia de habernos *desconectado* de nuestro *poder en tanto que mujeres*. *Mujeres que forman parte de una cadena de mujeres dadoras, cuidadoras y transmisoras de la vida*.

Acudo a algunas de las palabras de una de mis prologuistas (González Bayo, M), que creo que amplían la mirada...

Los conceptos desenraizados de los profundos abismos de la naturaleza, fueron a partir de entonces el reino de lo masculino que perdió de esta manera la savia de su propio pensar y ni siquiera la concepción lo fue por entero de las mujeres, porque al final como se señala en esta obra, fuimos expulsadas de nuestro propio territorio, instaladas en una cultura expropiadora de nuestro cuerpo, colonizadas por instancias ajenas y por conceptos que no nos pertenecían. Porque no hay mayor extrañamiento que aquel que se produce por alejamiento de las propias entrañas. Perder el contacto con el origen conduce a la pérdida del hilo que orienta nuestro sentido, dejamos así de ser seres en devenir para convertirnos en huérfanas y huérfanos, sin saber hacia donde nos dirigimos.

Nuestra Victoria (Sau), lo dijo de un modo mucho más rotundo y directo: «*En el patriarcado tod@s estamos huérfan@s de madre*».

Parte de nuestros sufrimientos —llamados patologías en medicina— proceden de esa orfandad, del “exilio de nosotras mismas”. Si podemos mirar la enfermedad desde un ángulo que no sea estrictamente mecanicista-reduccionista podemos comprender que en realidad, la enfermedad, según muchos autores y autoras universales, es la expresión de la vida no vivida: *La vida no vivida es una enfermedad de la que se puede morir.* (Jung, C.).

¿Cómo hemos llegado a sentir nuestros órganos sexuales como una amenaza?, ¿cómo hemos llegado a creer que extirparlos puede llegar a formar parte de lo que llamamos presuntuosamente “Prevención”? ¿cómo seguimos permitiendo que cualquier desconocido por muy médico que sea, diagnostique *fibromialgia*, sin haber hecho ni una simple mirada a nuestra historia personal ni haber explorado que significa la palabra *dolor* en nuestra biografía? No sólo aceptamos el diagnóstico, y lo damos como profesionales a otras mujeres, sino también aceptamos o emitimos el pronóstico (es decir, nos condenen o condenamos) para toda una vida, con una palabra que si aprendemos a mirarla sencillamente, significa literalmente dolor en los tejido fibrosos y musculares.

Volvamos la mirada a nuestras referentes más próximas, y vemos que ellas ya veían y denunciaban lo que hoy es una pandemia. Nuestra Victoria (Sau), ya hace décadas escribía: *«Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea»*.

O escribía nuestra Consuelo Ruiz: *... ¿cómo es posible que resulte más natural ver a las gallinas defender a sus polluelos de las agresiones del exterior que a las mujeres hacerlo sobre sus criaturas al parirlas y criarlas? ¿Hasta dónde la llamada cultura patriarcal ha llegado a desposeernos, para que la natura no pueda ejercerse con inteligencia y conciencia?*

En estos días, mientras trato de darle forma a esta reflexión, me llegan “mensajes” de diferentes mujeres —todas entre los treinta y tres y los cuarenta y cinco años... y todas de profesiones sanitarias. Cada una desde su vivencia actual, desde su experiencia buscan el modo de explicarse a sí mismas y formularme una cuestión que las sorprende, y a la vez las preocupa y las enfada... según la etapa en la que cada una está. Si lo resumo en sus propias palabras, viene a ser algo así como: *María, o yo estoy muy perdida, o no encuentro a las mujeres que me entiendan porque cuando lo digo sólo veo caras de extrañeza. —¿El qué? —contesto. —Pues que esto de que las mujeres nos hemos liberado es una estafa. Yo lo que siento es que nos estamos convirtiendo (sí es que no nos hemos convertido ya) en “seres masculinos en cuerpos de mujeres, como si nos hubieran abducido a su propia manera de vivir y conducir el mundo y vivir en él”*.

A medida que vamos profundizando... manifiestan: *«tengo amigas que no sólo no me entienden, sino que me critican si pretendo dar de mamar a mi hija, porque según ellas, eso me impide hacer mi vida, me quita tiempo para mi trabajo, y mi vida y soy una radical de la crianza con apego, tengo otras que no sólo es que les parezca mal que no haga como ellas: dejar a sus hijas con alguien que se ocupe de ellas, sino que ni siquiera se ocupan de sí mismas, están desconectadas de sus necesidades. Están agotadas y no se dan cuenta. Imposible hacerles comprender que eso aparte de que me cansé lógicamente, por encima de todo, me da una energía tremenda, que no se parece a nada más. A mí, estar con ellas, darles de mamar, pasar tiempo con ellas, me conecta conmigo y me da una*

gran y maravillosa energía, me pone contenta! Sin negar que es cansado criar y trabajar, y vivir en mis carnes que yo sigo poniendo más energía que él en la crianza, con los conflictos que todo eso conlleva. Pero es tanto lo que me da que no puedo vivirlo sólo como una entrega, o un problema o desgaste sino como un intercambio, una oportunidad... y una conexión esencial conmigo que ninguna otra cosa me da». Otra, con cincuenta años y madre de un adolescente y una de diez, con diagnóstico reciente de cáncer, me dice: *«es que no sé dónde me perdí, en qué parte del camino. Aparte del diagnóstico, y lo que eso signifique, es que siento que desconecté de mis propias necesidades hace años. Empeñada en ayudar a los demás, controlar mi pequeña empresa, atender las necesidades de la familia... olvidé qué es estar conmigo, qué necesito, qué me gusta, qué deseo, cuál es mi propósito vital... ¿Dónde me he perdido? ¿En qué me diferencio de lo que siempre critiqué como feminista a los hombres? Me dediqué a trabajar, trabajar, trabajar, y distraerme para desconectar».*

Hay mucho que bucear en esas reflexiones y tantas otras que, sin serlo, tienen forma de quejas, angustias, dolores, insomnios o cualquier otra patología, o sencillamente se vive como conflicto.

El exilio de nuestros cuerpos, de nuestros procesos vitales —reproductivos, creativos, biológicos, anímicos— se ha ido haciendo a la par que nos hemos ido incorporando a los patrones económicos, sociales y culturales patriarcales. Patrones de buenas estudiantes, mujeres comprometidas con su trabajo, mujeres exitosas en su carrera, mujeres independientes y activas. Mujeres que ponen la misma entrega física y emocional en todos esos patrones que la que pondríamos en nuestros amantes, hijas e hijos, hogares, vida personal. Nuestras madres se disolvían en estos mundos privados e íntimos, considerados propiamente femeninos. Nosotras nos disolvemos en los mundos públicos y profesionales del mismo modo. Seguimos teniendo pendiente lo esencial: ¿y yo, nosotras, quién soy, quiénes somos?, ¿qué necesito, qué me mueve, qué quiero de la vida, qué ofrezco a la vida, cómo lo quiero ofrecer, cuál es mi forma genuina de hacerlo, la mía, la de esta persona, mujer, que por más que la definan sólo es posible que se defina a sí misma cumpliendo sus sueños, y dándoles su propia forma? Tal vez ese paso requiere tiempo. Tiempo personal, y tiempo

colectivo. Tiempo de evolución. Tal vez haya que sacrificar algunas generaciones para ese tránsito. Tiempo para que los patrones patriarcales rígidos y anclados en el inconsciente colectivo puedan dar paso a la capacidad de crear *la libertad de pensamiento, la capacidad de crear fuera de patrones prefabricados, la libertad del libre albedrío, la libertad de construir caminos que no pueden estar diseñados más que por la vida de cada una, cada día.*

Tratando de dar respuestas a estas preguntas, y con el ánimo de inspirar para abrir caminos en direcciones más saludables, abordaré estos temas a partir de la experiencia clínica y algunas experiencias grupales.

Decido transcribir parte de sus historias, para no caer en teorizaciones que arriesgan de nuevo alejarnos de lo “entrañable”, del aquí y el ahora. Cada día, aún tras cuarenta años en consulta debo hacer esfuerzos titánicos para contener mi ira (mi justa ira diría un gran amigo) al escuchar los relatos del encarnizamiento del sistema social y el sistema médico sobre las mujeres. Un encarnizamiento estructural, mantenido a lo largo de décadas, centenas de años. Yo diría que cada vez más perverso porque cada vez está más disfrazado de prevención, de tecnicismos, y cada vez más anestesiado con fármacos. Un encarnizamiento, que produce aún más “desentrañamiento” y divorcio o disociación internos de los que provocaron la situación primera que lo generó. Que acaba anestesiando transitoriamente el dolor, para finalmente, negarlo, y atribuirlo a “causas químicas”, “agentes microbianos”, “enfermedad autoinmune”, “herencia genética” o cualquier otro eufemismo que no permita relacionar la Vida o biografía, el sentir, pensar, vivir... con el sufrimiento y la enfermedad. Porque para todo eso no hay píldoras que puedan venderse ni enriquecimiento posible. Sólo la posibilidad de ayudar a reconstruirse a sí mismas, habitarse, reconocerse, y aprender a cuidarse y amarse con respeto, ayuda y tiempo. Y si vamos más allá, a reconstruir nuevas formas de vida, relación y creación que engendren en sí mismas vida creativa, respetuosa, libre y gozosa. Porque no es otra cosa la salud sino poder vivir desde esas posibilidades el desarrollo y el crecimiento como humanas.

Pasemos al relato de algunos casos clínicos para que todo esto adquiera significado.

3

Desde la experiencia a la evidencia

Voy a ir desplegando algunas historias de mujeres, tratando de entretrejer su biografía, con su historia y anamnesis clínicas, y desde ahí, ir abordando algunos de los motivos actuales más frecuentes de enfermedad y sufrimiento entre las mujeres. Sus causas biográficas, y sus causas estructurales. Con el objetivo de tratar de comprender una vez más que la enfermedad no es sólo una experiencia personal y biológica, sino que frecuentemente tiene sus orígenes en un contexto de estructura socioeconómica determinada y determinante, y se puede manifestar en lo físico, en lo psíquico, en lo personal, en lo familiar y en lo social. Para ello, acudiré a nombres supuestos para asegurar aún más el anonimato de las protagonistas. A veces usaré sus propias palabras, que trataré de poner en cursiva, y la mayor parte del tiempo, describiré yo misma la situación y la experiencia.

Por otro lado, cada una de esas historias, trae consigo algunos de los aspectos presentes en el modo de enfermar en las mujeres, también en el modo de ejercer la medicina actual, y en concreto, con las mujeres. Así mismo irán apareciendo algunas pinceladas sobre los cambios que se vienen produciendo en el sistema sanitario de este Estado, y de este país en los últimos años. Cambios que también determinan el discurrir de esas historias, y ponen de relieve algu-

nos de los aspectos económicos, ideológicos, filosóficos, que están actuando en nuestro mundo actual.

3.1 Cuando la medicina superespecializada convierte a una mujer agotada en enferma crónica

En este primer relato no sólo muestro la historia de esta mujer, sino que hago una introducción orgánica y aplicada en la práctica a mi método de trabajo, que será útil y aplicable a todas las demás, sin que tenga que repetirlo en todas, o que se de por supuesto que no existe en las que no lo nombro. Es un método que *siempre* aplico. La diferencia puede ser en el orden que lo haga, o dónde ponga el acento en cada caso, o el momento de profundizar en cada área.

Amalia es una mujer de sesenta y cinco años. Está casada hace unos cuarenta años. Es madre de un hijo de treinta y cinco. Actualmente, convive con su marido, su hijo y un sobrino con una discapacidad del ochenta por ciento. Trabaja como administrativa desde su primera juventud.

El motivo que la trae a la consulta: *«me siento sin nada de energía, agotada desde hace casi dos años, no paran de darme antibióticos, al principio por una neumonía, y ya en los últimos meses, no sé bien por qué. El caso es que voy recayendo con los pulmones de diferentes maneras, me duele todo el cuerpo y no levanto cabeza, a pesar de llevar de baja más de año y medio»*.

A mi pregunta sobre cuál es su expectativa, al venir a verme, responde: *«pues sobre todo me gustaría saber si hay algún modo de dejar de tomar tanto fármaco, y también si puede ayudarme a mejorar porque ya no sé ni qué es lo que me pasa ... »*.

Esta es una pregunta que me gusta hacer siempre en el inicio del primer encuentro. Por diversos motivos:

- No quiero dar por supuesto casi nada, o nada.
- Necesito diferenciar cuáles son sus prioridades de las más.

- Frecuentemente buscan mejorar de algo, pero no necesariamente curarse. Soy médica, pero médica “rara” como suelen decir muchas de ellas. Entre otras cosas, especializada en medicina de género, homeopática y naturista. Todo ello casi no se conoce, o no se comprende bien qué significa. Eso da pie a que muchas veces, vengan con la expectativa de que “las cure” milagrosamente, como si de una bruja moderna se tratase. Desde la creencia de que *yo las curaré, y ellas sólo deben creer con fe*. Una vez agotadas las vías de la medicina académica imperante, el resto les suena a “curanderas, brujas, magas, sanadoras”, o simplemente algo raro que no entienden, pero creen necesitar. He de decir que no sólo mujeres de bajo nivel académico pueden estar en esta posición. Frecuentemente, las hay de muy alto nivel académico y/o económico, que vienen con la convicción de que mi sapiencia les permita curarse, pero... sin que ellas hayan de modificar nada, porque suelen considerar que todo lo que hacen en su vida es muy importante, no sólo para sí mismas o su familia, sino también para sus alumnas y alumnos, o pacientes, o trabajo, y que por tanto no pueden aplazarlo, ni cambiarlo... es como en aquel sabio cuento:

A una persona muy afligida, que había acudido a ella en busca de ayuda, le preguntó su médica:

—¿Deseas realmente ser curada?

—¿Me habría molestado en acudir a ti si no lo deseara?

—¿Por qué no?, la mayoría de la gente lo hace.

—Entonces, ¿para qué vienen?

—No precisamente buscando la curación, que es dolorosa, sino sólo buscando sólo el alivio que yo pueda darle

A sus discípulas dijo la Maestra:

—Las personas que desean curarse con tal de seguir viviendo de la misma manera, son como las que dicen estar a favor del progreso, con tal de que éste no ponga para ellas cambio alguno

- Suelen venir condicionadas por el *síntoma principal*, porque es el modo habitual de proceder en la medicina actual. Limitarse a aquellos síntomas principales que preocupan, y que toca cada especialista por separado. No olvidemos que frecuentemente, a estas consultas llegan mujeres que han pasado por todo un vía crucis de especialistas, pruebas diagnósticas, y tratamientos. Llegan como a ver si “toca la flauta por casualidad” o a la desesperada, como última opción. Generalmente, porque alguien cercano se lo ha recomendado por experiencia directa previa.
- A pesar de que suelen saber que vienen a una consulta “rara”, es decir de medicina homeopática, la inmensa mayoría no saben cómo funciona, ni cuál es el tipo de método que empleamos, ni tan sólo si creen que puede ayudarles.
- Es un modo de ayudarles a evaluar en el transcurso del tiempo, cuál ha sido la evolución de su dolencia y de su estar. Y a recordarles qué venían buscando y qué han encontrado. Por supuesto, también para mí.
- También he comprobado con los años, que hay una evolución. Una vez resuelto el primer motivo que les traía, hay quienes sencillamente dan por terminado el trabajo, o les doy el alta, otras suelen continuar profundizando en otros aspectos de su vida. Antes de dar ese paso, suelo recordarles cuál fue la respuesta a esa primera pregunta.

Siempre suelo indicar de algún modo que no tengan prisa, que se tomen su tiempo.

Están habituadas a que el médico vaya rápido, y no les de mucho tiempo a expresarse, mucho menos a hablar de sentimientos, ideas, experiencias. Asocian eso más a una consulta de psicóloga. Mi intención es que se sientan escuchadas en toda la extensión de la palabra. Con el tiempo, el gesto, la actitud... y puedan mostrarse lo más abiertamente posible sin sentirse juzgadas ni tampoco presionadas por el tiempo.

Les invito a que relaten de manera natural y detallada sus síntomas, porque en nuestro enfoque holístico, es muy importante ir captando cómo se expresa

la persona, cuál es su lenguaje, en qué hace más hincapié, hacia donde dirige su atención en el relato. Los síntomas físicos son importantes, y hay que tratarlos, pero incluso para eso, es preciso hacerlo contemplando *quién es esa persona, cómo los percibe, cómo se originaron, etc.* Porque no nos interesa sólo *aliviar* el síntoma, sino también y si es posible, *curar*. Para ello, hemos de comprender quién es esa persona y qué le hace sufrir.

Con las mujeres, además se dan algunas situaciones llamativas: no consideran síntomas de trastorno o dignos de ser tenidos en cuenta, cosas que llevan sintiendo hace años, que no son normales, pero han normalizado: cefaleas frecuentes, trastornos menstruales, sueño interrumpido o de mala calidad. Así que, si no preguntas por todo, ni lo cuentan. Aún así, pueden escaparse muchas cosas. Y sencillamente, los siguen sufriendo, o se asombran cuando vuelven la segunda o tercera vez y te dicen: “¿Cómo es que ha dejado de dolerme el estómago si yo no me estoy tratando por eso, y yo no le conté nada?”. Porque aún no comprenden que en el remedio homeopático que damos no sólo se contemplan los síntomas que ellas cuentan, sino que se recoge todo un perfil, retrato robot de una patología que se puede manifestar en lo físico, lo mental y emocional, lo local y lo general.

Necesitamos también saber cuáles son sus hábitos cotidianos: cómo come, cómo duerme, cuáles son sus horarios, qué tiempo dedica al trabajo, al descanso, a las relaciones personales, al ocio, qué gustos preferentes tiene, qué red social real de apoyo. En fin, una buena cantidad de detalles que permiten hacerse una idea bastante clara tras una hora y media, de cuál es la situación actual y cómo ha llegado hasta aquí. No olvidemos que partimos de la convicción de que una gran parte de lo que llamamos enfermedad procede de los llamados *determinantes de salud*, o dicho de otro modo, los factores de salud de índole física, psíquica o social que inciden o han incidido largo tiempo en las personas.

De nuevo, este abordaje consigue varios objetivos a la vez: me da información muy útil sobre su tipo de vida, nivel de cultura y conciencia de autocuidado, hábitos alimentarios, etc., sino que le proporciona a ella, cuando el relato es amplio y largo y sin prisas, darse cuenta de muchas cosas que está viviendo en

su cotidiano pero a lo que no le prestaba atención: el poco tiempo que dedica a planificar y procesar lo que come, el mucho que dedica a cuidar de los demás, la cantidad de alcohol a la semana de la que no era consciente, el poco tiempo que dedica al placer o a las relaciones, la ausencia de una red de relaciones sólida y placentera, la nula presencia de ejercicio físico, la ausencia en su vida de la pregunta: “es esta la vida que quiero para mí?”... o ¿cuál es el propósito de mi vida?... Suele ser una primera toma de conciencia, frecuentemente reveladora para ellas.

En el caso de Amalia, me cuenta que cuida algo la alimentación, que es una alimentación casera estándar. Compruebo que sólo toma una cuarta parte como máximo de comida de origen ecológico e integral. Que suele cocinar ella siempre, como sucede en el noventa por ciento de las mujeres que vienen a consulta y yo diría de todas las mujeres en el sur. Era practicante de yoga hace años, pero en esta última etapa le es imposible por su agotamiento y trastorno respiratorio.

Su sueño es de mala calidad. Tiene insomnio crónico que la hace pasar el cincuenta por ciento de sus noches despierta desde hace años. Eso, si no le insisto, ni me lo contaba, porque consideraba que eso “*en mi, es lo normal*”.

Tiene ayuda en casa de una persona profesional que viene tres horas por semana. El resto de tareas de casa, las hace ella, con “*algo de ayuda de él*”, además, cuida de su sobrino, lleva un minihuerto en casa, y hace inglés.

Lo primero que me llama la atención —como tantos otros casos en estos últimos años— es la fecha en que inicia su neumonía: poco después de la vacunación de COVID 19.

Esa enfermedad la ha llevado al hospital en diversas ocasiones en el plazo de año y medio, con estancias de una a dos semanas cada vez. Toma masiva de antibióticos y corticoides a lo largo de 18 meses, aún en este momento.

Sigo indagando sobre pruebas complementarias, otro dato llamativo: le han realizado seis TAC y dos PET-TACS (una variante del TAC con radiofármacos) en ese tiempo. Este dato será analizado y reflexionado más adelante.

Por el momento, detenerme en un tema que ocupó, más bien invadió nuestras vidas a lo largo de dos años, las trastocó en muchos casos, provocó

mucho sufrimiento personal, familiar y colectivo, de nuevo con mayor proporción entre mujeres. Y del que casi nos hemos olvidado en lo cotidiano a la hora de diagnosticar, comprender procesos y ayudar a curar: el Covid 19.

No es el momento ni el lugar de extenderme. Es un tema muy complejo, con multitud de aristas, muy nombrado pero muy poco conocido, mucho menos comprendido, muy manipulado, pero que sigue presente en los cuerpos de la población (seguramente para siempre o para muchos años) condicionando una manera de estar, de enfermar, o de tener un terreno propicio para ello. Sólo nombraré por encima algunos de los aspectos médicos. Muy pocos, y sobre todo, algunos de los efectos que a día de hoy se han observado y observo en la población a causa de las llamadas vacunas.

De nuevo, he de remitirme a alguna bibliografía especializada. Hay muchísima, pero muy censurada por la medicina académica oficial, aunque los especialistas e investigador@s de primera línea que lo escriben y publican también son parte de esa medicina, pero no tienen intereses económicos ni de poder. Por tanto, son excluidos de las publicaciones oficiales porque son independientes y libres de intereses económicos y de poder de la gran industria farmacéutica. Ell@s siguen investigando, defendiendo su libertad para publicar y compartir sus descubrimientos e investigaciones.

Para quien quiera profundizar: Dr. Erviti, Dra. A. Maestro, Prof. John Ioannidis, Prof. R. Laporte, Dr. Jr. Loayssa. Tod@s ellos de gran prestigio nacional e internacional. Nada sospechoso de caer en el epíteto superficial, manipulador y tendencioso llamado “negacionismo”. Much@s de ell@s, pueden ser conectados a través de mi Blog, o de las redes directamente.

Todos ell@s coinciden en multitud de hechos tan graves para la salud pública mundial y nacional, como desconocidos para el gran público y gran parte de la profesión:

- La enorme manipulación que se ha hecho de este capítulo de nuestra historia colectiva.

- La falta de rigor científico al respecto, aunque se haya usado y abusado de los términos “ciencia y evidencia científica” para justificar muchas de estas manipulaciones.
- Y uno más específico que es el que nos ocupa aquí, y que es común a muchas de las personas que me consultan en los últimos años: los efectos secundarios de las llamadas vacunas. Están descritos en la literatura médica más de 200 efectos secundarios, muchos de ellos graves o muy graves, es decir causantes de enfermedades crónicas y/o terminales y mortales. En concreto, y en el caso que nos ocupa, Amalia tuvo una neumonía muy poco después de ponerse las vacunas. Una neumonía muy grave, que como ya he relatado, la tuvo ingresada en varias ocasiones durante muchos días en hospital. La llevó a ser tratada en numerosas ocasiones por multitud de fármacos, y en definitiva, está en el sustrato del estado de enfermedad que la mantiene postrada en los dos últimos años. La neumonía es uno de los efectos secundarios graves más reconocidos y publicados de estos medicamentos llamados vacunas. Neumonías atípicas, de larga duración, refractarias a muchos de los tratamientos habituales, con múltiples recaídas, y frecuentemente con secuelas, e incluso acabando en la muerte.

Mucho más frecuentes que las neumonías son trastornos respiratorios de muy diversos tipos, y recurrentes cada poco, o mucho más frecuentes de lo nunca se dieron en esa persona, o más virulentos.

Seguimos el relato sobre Amalia:

A medida que avanzamos en su historia, en la que es obvia la intoxicación masiva que viene padeciendo en el último período de su vida, lo que se pone de relieve es que es una mujer que no es consciente de su agotamiento crónico. Parece vivir como *normal*, una situación que debo resumir aquí en pocas líneas, prescindiendo del relato de toda su biografía, sólo relataré la más relevante para lo que nos interesa:

De los treinta a los treinta y cinco: tiene un hijo, sigue trabajando como viene haciendo desde la primera juventud. Enferma gravemente una hermana

que pasó 4 años en proceso de larga enfermedad terminal antes de morir. Esa hermana, era madre de dos niños pequeños. Ella se hace cargo de su hermana y de sus sobrinos porque el padre de estos desaparece a los dos años del inicio de la enfermedad de la hermana, además de no haber asumido nunca del todo su parte de responsabilidad. Ese cuidado ha durado más de veinte años. Uno de esos sobrinos, es discapacitado al ochenta por ciento. A esta situación se superpone el proceso de enfermedad y muerte del padre, y enfermedad neurológica de quince años de evolución de la madre. A pesar de que son muchos hermanos, la mayor parte viven lejos, y ella asume gran parte del peso de todo ello. Mientras tanto, su único hijo vive todo eso sintiéndose apartado, y desarrolla diferentes conflictos escolares y de adaptación que hacen de él un joven difícil, con graves conflictos de identidad e intentos de suicidio y a día de hoy, con treinta y cuatro años, una persona no autónoma y dependiente de sus padres. Pregunto por el marido, al que ni nombra durante todo el relato: *“Bueno, él me ayuda, pero él no sabe qué hacer con todo esto”*.

Empieza a darse cuenta cuando hace todo el relato completo de su historia sin interrumpirla, de que su problema no es sólo la neumonía, sino el enorme agotamiento que ha ido acumulando a lo largo de la vida. Ahí podemos empezar a trabajar.

Primero: desintoxicar, soltar lastres, recuperar energía: alimentación revitalizadora y que permita desintoxicar y nutrir a la vez. A la par que le voy planteando cómo recuperar algo de tiempo para ella: para descansar, dormir, y nutrirse emocionalmente porque una de sus frases iniciales ha sido *“no hago nada de lo que quiero”*.

La evolución, en apenas dos meses es esperanzadora para ella, y toda una inspiración para todas: deja todo fármaco (antibióticos, analgésicos, ansiolíticos), desaparecen secuelas respiratorias completamente, recupera un cuarenta por ciento de vitalidad, puede caminar treinta a cuarenta y cinco minutos diarios (antes era incapaz de desplazarse más allá de su casa), mejora el sueño y el ánimo. Indico un terapeuta para su hijo.

Son muchos progresos en muy poco tiempo. Apenas hemos iniciado el trabajo terapéutico. Aún está lejos de plantearse cómo seguir gestionando te-

ma familia o pareja, sobrino y tiempo personal. Será un largo recorrido. Por múltiples razones. Enumero algunas de ellas:

- Porque la curación debe venir de la consolidación de los nuevos hábitos saludables.
- Porque la desintoxicación requiere de disciplina, cuidados y perseverancia.
- Porque no sólo ha de cambiar hábitos de salud, sino, sobre todo, hábitos de comportamientos, creencias que la mantienen en situación de estrés crónico, relaciones malsanas, roles que la atrapan y le niegan su capacidad de disfrute.
- Porque resetear ese sistema biológico requerirá tiempo, cuidados, y apoyo.
- Porque el sistema familiar, social y el sanitario seguirán ahí, presionando y condicionando cada uno desde un ángulo. El más inmediato: en la mutua le siguen planteando la necesidad de otro TAC, y ella sigue dejándose llevar obviamente aún por “lo que dicen los médicos”. Porque según dice: *“ellos creen que hay que comprobar qué está pasando en ese pulmón y un pequeño quiste renal que habían observado en el último TAC”*. Y ella, obviamente, tiene sus dudas, y tiende a plegarse a la autoridad, desde su confianza o desde su hábito de creer que toda autoridad externa tiene por definición más valor que la propia.

Aquí quiero hacer otro inciso para explorar brevemente otro de los males que aquejan a nuestra población —más a la femenina puesto que somos mayoría como usuarias y consumidoras del sistema de salud.

El uso y abuso que se está haciendo de las llamadas en medicina Pruebas complementarias. Es un largísimo capítulo, del que hay mucho publicado, pero poco conocido, y mucho menos concienciado. Se ha ido perdiendo progresivamente lo que en medicina ha sido siempre esencial: el arte. Se insiste una y otra vez en reivindicar “lo científico” de la medicina, cuando históricamente

desde siempre, la medicina jamás ha sido considerada como ciencia, sino como una combinación de ciencia y arte difícil de delimitar. Y con el arte, se está perdiendo la clínica. Es decir, la capacidad de escuchar, tocar, oler, observar, analizar, explorar, pensar, intuir, deducir qué está pasando en esa persona. Que por supuesto, puede completarse a veces con lo que llamamos pruebas complementarias. ¡Pero sólo a veces! Recuerdo uno de mis mejores profesores gritar en el aula: “Sres., no olviden que las pruebas complementarias, se llaman así por alguna razón!... porque deben ser complementarias... de la clínica!”. Es decir, no se debe diagnosticar nunca o casi nunca una enfermedad en base a lo que “digan las pruebas” ... que es una frase casi universal que podemos escuchar actualmente casi de continuo. Las pruebas no piensan, no perciben, no analizan el ser de esa persona. Sólo pueden fotografiar órganos, analizar elementos químicos o microbiológicos, o histológicos... Eso lo hacen las máquinas. Y lo interpretan personas. Pero el auge de la medicina tecnocrática, y a la vez de la medicina privada con la gravísima crisis de la sanidad pública, ha provocado que la manera de diagnosticar se base cada vez más en esas pruebas. Se abuse de ellas, con las consecuencias de diferentes tipos que ello conlleva:

- el encarecimiento de los procesos diagnósticos y médicos
- la dilatación del tiempo del proceso diagnóstico
- la superespecialización del mismo
- el riesgo de las diferencias en la interpretación de cada prueba por profesionales diversos, y frecuentemente, por profesionales que no conocen ni han visto ni hecho un seguimiento de la persona.
- el riesgo implícito del impacto de radiaciones, reactivos químicos, isótopos, biopsias, etc. Nada despreciable, por cierto.

Y aquí en el sur, esta medicina privada está haciendo su “agosto” sobre todo desde las mutuas y los centros de diagnóstico, que ofrecen pruebas muy rápidamente, y por casi cualquier motivo por poco grave que sea. Produce a la

gente una falsa sensación de seriedad, profesionalidad, enmascarada de cientifismo –ell@s creen que es científico-, y además están concertados con la sanidad pública, desbordada a su vez para poder atender la demanda multiplicada de este tipo de pruebas. Una demanda que se ha promovido intencionada y equivocadamente entre la población. Como se ha promovido el abusivo y pernicioso consumo de fármacos. Y por la misma razón: es un gran negocio. Actualmente, aquí, si necesita hacerse una Resonancia magnética, debes esperar un año en la pública. Si vas a la privada, en dos días la tienes. Y la pagas.

Además, estas pruebas calman, aunque sea de manera transitoria la ansiedad de la mayoría, aunque a veces también aumentan de manera desproporcionada, dependiendo del resultado, el miedo de las personas.

De nuevo, invito a ampliar esta información con algo de bibliografía en este caso, la Dra. Pérez Fernandez, y el Dr. Gervás, son grandes referentes —al final del artículo referencias útiles. Ahora, solo un pequeño párrafo, para justificar mi preocupación por esta paciente usuaria, dicen estos autores: “Cinco TAC irradian lo mismo que la bomba atómica de Hiroshima... Su empleo en niños, puso de relieve en un estudio británico, que al cabo de los años, dobló los casos de leucemias y cánceres de cerebro”. Recuerdo aquí que Amalia ya ha recibido el impacto de 6 TAC y unos cuantos más PET-TAC (o sea, añadiendo isótopos radiactivos) en menos de un año.

Con la intención de invitar a la reflexión y al compromiso con la salud pública de nuestras colegas, quiero acabar este capítulo dándole voz aquí al editor de la revista científica Lancet (una especie de “Biblia” para las profesionales médicas), médico a su vez, que en 2020 publicó este análisis reflexivo al respecto de la pandemia. Lo tituló:

“El Covid no es una pandemia”

COVID-19 no es una epidemia; es una “sindemia”. La naturaleza sindémica de la amenaza a la que nos enfrentamos indica que si queremos proteger la salud de nuestras comunidades necesitamos una aproximación más matizada.

En el 2017 escribió junto con Emily Mendenhall y colegas en el Lancet que una aproximación sindémica revela las interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud. Limitar el daño causado por el SARS-CoV-2 requerirá prestar una atención mucho mayor de lo que hasta ahora se ha hecho a las NCDs y a la desigualdad socioeconómica. Una sindemia no es simplemente una comorbilidad. Las sindemias se caracterizan por interacciones biológicas y sociales entre enfermedades y situaciones, que incrementan la susceptibilidad de la persona para que sus resultados sanitarios sean perjudicados o empeoren.

Las consecuencias más importantes de considerar al COVID-19 como una sindemia es subrayar sus orígenes sociales. La vulnerabilidad de los ciudadanos de mayor edad; de miembros de las comunidades negras, asiáticas y otras minorías étnicas; y de trabajadores clave que habitualmente están mal pagados y tienen menos protecciones de bienestar (ayudas, seguros, etc.) señala una verdad hasta ahora apenas conocida, a saber: que no importa lo efectivos que sean los tratamientos o la protección que brinde la vacuna, la búsqueda de una solución para el COVID 19 puramente biológica fracasará. A menos que los gobiernos diseñen políticas y programas para revertir las profundas desigualdades, nuestras sociedades nunca estarán verdaderamente seguras frente al COVID 19. Como Singer y colegas escribían en 2017, “Un abordaje sindémico proporciona una orientación muy diferente a la medicina clínica y la salud pública al mostrar como una aproximación integrada a la comprensión y el tratamiento de las enfermedades puede tener mucho mayor éxito que simplemente controlar una enfermedad epidémica o tratar a pacientes individuales”. Yo añadiría una ventaja más: nuestras sociedades necesitan esperanza. La crisis económica que avanza hacia nosotros no se resolverá con un medicamento o una vacuna. Se precisa nada menos que un resurgimiento ciudadano. La apro-

ximación al COVID 19 como una sindemia invitará a una visión mucho más amplia que incluya educación, empleo, vivienda, alimentación y medio ambiente. Considerar al COVID-19 solo como una pandemia excluye una propuesta tan amplia como necesaria.

3.2 En el siglo XXI. La cenicienta sigue aquí

Keka. Mujer de treinta y tres años. Soltera. Convive con pareja mujer. Profesión: grado medio de técnica sanitaria. Cuidadora a domicilio.

El motivo de consulta fue fibromialgia, diagnosticada hace seis meses. Tratamiento actual:

Antiinflamatorios. Duloxetina. Paracetamol. Tramadol. Lexatin. Prednisona (analgésicos, antiinflamatorios, ansiolíticos, corticoides).

Todo inicia hace dos años, con una inflamación de tobillo. Casualmente, observan caída de pelo localizada, y hacen un diagnóstico de esclerodermia, y tratamiento de metrotexate. Un fármaco que sólo está indicado para ciertos tipos de cánceres y artritis reumatoide. A la cuarta dosis de este, se produce una reacción tóxica: dolores generalizados, cansancio, debilidad muscular, alteración de función hepática, disminución de memoria y concentración. Todo ello, viene descrito como posibles efectos secundarios de dicho fármaco. Además, se confirma que el diagnóstico anterior era incorrecto. Me cuenta que, cuando tuvo la reacción tóxica estaba muy desanimada porque se sentía mal, muy preocupada, agotada, impotente, enfadada por el error médico más la intoxicación y además por estar obligada a no trabajar y no tener apenas ingresos dada su baja cotización y su situación económica y laboral.

A continuación, con un diagnóstico verbal de fibromialgia, y uno escrito de “síndrome miofascicular” le dan el tratamiento con el que llega a mi consulta a los seis meses de dicho diagnóstico: es decir tratamientos para depresión y la ansiedad, con antiinflamatorios y analgésicos muy duros y corticoides de larga duración. Por supuesto, con el pronóstico típico de fibromialgia: esto es para siempre, e irrecuperable. Con los mismos síntomas que inició, pero aumentados, sigue el dolor de tobillo inicial.

Durante su relato de vida, va apareciendo el sustrato que explica gran parte de su historia actual:

Familia de origen humilde. Huérfana de madre desde los 8 años. La cuida en parte su abuela, pero sigue viviendo en la casa del padre. El padre la hace responsable del cuidado del hermano menor, y de la casa. A los diez años ya empieza a cuidar niños, y a los once a limpiar casas. Todo ello, lo combina con la asistencia a la escuela. A los catorce se reconoce a sí misma como lesbiana, lo mantiene en secreto para su familia, y a los dieciocho lo manifiesta, sintiendo el rechazo de su padre y su madrastra, con graves conflictos de convivencia, por lo que se va de casa.

Tiene su primera pareja a los veinte y tras la ruptura, hace un intento de suicidio con toma de pastillas.

Vuelve a la casa paterna, siempre con mala relación con la madrastra y buscando ansiosamente la aprobación y el amor de su padre y hermano.

Finalmente, a los veinticinco, se va con la pareja actual, la relación con el padre mejora, y con el hermano prácticamente es inexistente.

Viene de la mano de una amiga, que la anima a salir de ese círculo vicioso de dolor, medicalización, sufrimiento sin salida. Sólo la veo una vez. No vuelve.

No siempre es posible abordar el proceso de curación. Esa es una de las limitaciones que como médica debo afrontar, y más he debido entrenar para evitar hacer mío sus propios sufrimientos. El ansia de salvar a otr@s también forma parte del mandato inconsciente incorporado, ligado a ese “maternaje profesional” del que muchas de nosotras (médicas, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras...) no hemos sido siempre conscientes. En este caso (tras cuarenta años de trayectoria profesional) ya no lo sufrí. Pero no puedo dejar de preguntarme cómo estará gestionando la situación y si tardará mucho en volver a verme, o encontrar a alguien más que pueda ayudarla.

Muchas han necesitado tiempo para digerir lo vivido y sentirse capaces de confrontar sin disfraces su propio laberinto interno. Conectar con su vulnerabilidad, su sentimiento de abandono, y su propia rabia introyectada. Amén del esfuerzo de gestionar hábitos, ritmos de vida, dependencias. Sin olvidar que esta persona está en riesgo de pobreza desde la infancia, y eso no es sólo

una condición económica. Te castra también parte de tu capacidad de sentir que tienes derecho a una vida mejor. Y que puedes intentarlo y conseguirlo.

Nada que añadir a todo el proceso de encarnizamiento farmacológico, violencia médica, mala praxis, de la que está siendo víctima junto a miles de congéneres.

De nuevo el “sistema” enmascarando y pretendiendo anestesiarse dolores ocultos y silenciados que están más allá de los fármacos. Y que reclaman escucha, cuidados, compasión, discernimiento, acompañamiento. Mientras, suman una mujer más a lo millones de mujeres que sufren crónicamente mientras siguen intoxicadas y/o dependientes farmacológicamente, gestando futuras enfermedades que más tarde se nombraran como autoinmunes, desconocidas, idiopáticas, raras.

3.3 La moda de los síndromes... ováricos... u otros

Irene. Treinta años.

Motivo de consulta: Amenorrea (no tiene menstruación) desde hace dos años. Diagnóstico: síndrome de ovario poliquístico. Tratada con anovulatórios, que abandonó por no soportar los efectos secundarios. Antecedentes de anorexia en la adolescencia.

Empezamos la indagación muy lentamente. Me llama la atención una anorexia en adolescencia. Según ella, fue tratada en varias psicoterapias a lo largo de los años, pero observo un perfil de alta autoexigencia y una amenorrea prolongada que me da pistas sobre posibles conflictos con su ser mujer, la experiencia y la intuición ya me hacen oler algo debajo, oculto.

Tras dos consultas y seis meses de tratamiento dirigido a hacer emerger secretos dolorosos, buceamos, y aparece el nudo de su ovillo:

Abusos continuados de su abuelo materno en la infancia y pubertad.

Seguimos tirando del hilo: su madre fue violada sistemáticamente. También su tía.

Ella lo oculta por vergüenza, culpa a su familia y empieza comportamientos de estrés y shock que hacen que el entorno la trate con tanta presión que eso la agrava aún más. Ese es el período de la anorexia.

Posteriormente: dismenorreas, anorgasmia, frigidez, dificultad de relaciones de pareja, ansiedad.

Ninguna de las terapias desbloquea el tema por completo hasta ahora.

Tras el tratamiento homeopático y de apoyo terapéutico adecuados, va volviendo a la normalidad, tras una catarsis de varias sesiones. En unos meses regresan sus reglas poco a poco, su capacidad de disfrute se inicia y se expande. Comunica el tema a la familia. Con diferentes reacciones según la persona. Por supuesto, no todas fáciles de gestionar. Algunas han debido terminarlas. Tras seis consultas y dos años, a sus treinta y dos años, vive una vida autónoma, satisfactoria, con pareja estable, trabajando a nivel estatal contra la violencia de género. Gran cambio interno y en su patrón de relaciones de pareja y de familia nuclear y extensa. Es posible que a lo largo de su vida aún deba hacer frente a otras secuelas que no ha tocado aún. Por mi parte, hace años que no la veo después de darle el alta.

En este caso aparece otro aspecto del paradigma actual: no sólo la medicina trabaja de manera mecanicista reduccionista, también desde la psicología se puede trabajar desde un punto de vista reduccionista y cartesiano. Es decir: si hay síntomas físicos, se derivan al especialista médico del sistema afectado correspondiente. Si hay síntomas psíquicos a psicólogo@. En general, l@s psicólog@s a su vez, se ocupan de los aspectos que asocian a la parte emocional y biográfica, sin tener en cuenta que frecuentemente pueden ir de la mano de alteraciones orgánicas. Hay multitud de casos en que un cambio profundo en la alimentación y una reestructuración del sistema digestivo, producen por sí solas mejoras muy marcadas en el estado psíquico. Actualmente se conocen mejor los mecanismos que relacionan sistema nervioso e intestino a través de las investigaciones que hablan del “segundo cerebro”, pero en la medicina naturista siempre se ha tenido en cuenta esa globalidad y la hemos comprobado en miles de casos.

Por otro lado, gran parte de los síntomas físicos y en concreto, ginecológicos, suelen tener un sustrato de trauma, estrés crónico, efectos de violencia. No es posible desligarlos y esperar poder ayudar de manera eficaz y sin dañar. El cuerpo es uno. El ser es uno. La vida es una. La mirada holística es la única posible si queremos comprender, y ayudar.

De nuevo, los abusos en la infancia traen otro tema central en la salud de las mujeres. También en las mujeres del sur. Los porcentajes siguen diciendo que el ochenta por ciento de los mismos, se producen sobre niñas. Aunque francamente, el horror es sencillamente, que se cometan. A su vez, un ochenta por ciento suele ser en manos de alguien de la familia o muy próximo a la misma. Jamás creí encontrarme tantos y tantos casos de mujeres de todas las generaciones habiendo sufrido abusos de todo tipo a lo largo de años, y desde la edad de bebés. Abusos en cadena: madre, tías, hermanas, primas. Aunque no es necesariamente el sur donde el índice de maltrato y violencia sexual infantil es mayor en la península, sigue siendo uno en los que es muy alto.

El poder del “pater familias” sigue estando muy presente. El silencio o el mirar para otro lado por parte de las madres ya sea por miedo al violador, al escándalo público, al conflicto familiar. Incluso para poner como barrera entre sí mismas y el agresor a la criatura. Es frecuente que esas madres también fueran niñas abusadas.

3.4 Síndrome Ovario Poliquístico. O supresión de la menstruación desde la menarquía

Cecilia. Veintitrés años. Soltera. Camarera de profesión.

Es ella misma al pedirle que lo escribiera a posteriori, para otras que tal vez estuvieran en su mismo caso, la que pone palabras en primera persona, a su recorrido:

«Vengo porque no sé qué me pasa, pero no puedo hacer el amor con mi novio... me duele y es imposible el coito, ¡desde hace casi un año!... Llevo con anticonceptivos desde mi primera regla, porque me dijeron que no ovulaba porque

tenía ovarios poliquísticos, y que si no empezaba y seguía durante años tomando la píldora no se podría solucionar y no podría tener hijos.

»Lo del dolor... no siempre me ha pasado, antes tuve otro novio... y no me pasaba... (Ante mis preguntas) ... ¿la relación con ese anterior novio?... bueno... yo creía que las malas palabras, los insultos, los empujones, los enfados exagerados de mi novio eran normales en una relación y me daba vergüenza comentarlos a nadie... Luego me enteré de que me mintió durante años, me engañó, con chicas, con dinero... y lo pasé fatal... pasó el tiempo, y lo dejé...

»Mas tarde, empecé la relación actual, que me costó mucho porque desconfiaba mucho. Cuando ya al fin se estaba estabilizando, y todo iba bien, empecé a dolerme cada vez que teníamos relaciones... fui a mil ginecólogos... me hicieron mil pruebas, cada uno de me mandó algo diferente: cremas, antibióticos de diferentes clases, antifúngicos, y ya lo último, ¡un lubricante que tenía efectos anestésicos! ... empecé a desesperarme. Dejé todo... estudios, intereses, lloraba día y noche. Ya me angustiaba lo de no poder tener hijos... y ¡ahora esto!... ¡era lo que me faltaba! Lo poca mujer que ya me sentía también empezaba a desaparecer...

»Así iba todo hasta que la doctora me ayudó a ver que mi cuerpo y mi mente me estaban advirtiendo de algo que yo no llegaba a comprender, y había que escucharlos...

»Dejé los anticonceptivos, tomé la homeopatía, empecé a leer, a enterarme de cosas parecidas que le pasaban a otras mujeres, hablamos mucho la doctora y yo... lloré mucho en esas consultas... me vacié”...

»Dejé de hacer la penetración por un tiempo, tal como me recomendó la doctora, y exploramos otra manera de comunicarnos con el cuerpo y la sexualidad... y se nos está removiendo todo!

»¡Estamos poniendo los puntos sobre las Bess en todo, no sólo en la sexualidad!, ... siento mi vagina por dentro... soy consciente de cómo la cierro... en estos meses hemos aprendido del sexo sin penetración más de lo que nunca hubiera imaginado... y sobre todo, me vuelvo a sentir como una mujer, no como una cosa... He podido volver a hacer el amor de verdad, ya sin dolor... estamos felices, yo, sobre todo, porque he sentido que él me entiende, me apoya en los momentos

difíciles, me respeta... A veces me vuelve el miedo a que vuelva a suceder, pero ya sé que tiene solución, que la penetración no lo es todo, y lo más importante: me debo y me deben respeto a mí misma».

Este proceso estuvo mediado por descargas emocionales asociadas a la toma de conciencia de lo vivido. Necesitó de apoyo y sostén para su propio auto-reconocimiento y poder transitar el proceso. Preciso de tratamiento homeopático, y tres consultas en un período de cinco meses, para efectuarse y curarse definitivamente, tras años de sufrimiento, tratamientos inútiles y perjudiciales.

Años más tarde, ha sido madre de dos hij@s, vive una vida satisfactoria, normalizada de mujer, madre de familia, trabajadora, libre de fármacos, de miedos, y sin ningún síntoma ginecológico digno de mención.

Un par de reflexiones entorno a estos dos últimos casos:

Llama la atención que ninguno de los numerosos casos que me han llegado de mujeres jóvenes tratadas como afectadas del Síndrome de Ovario Poliquístico (actualmente, llamado SOP), han sido diagnosticadas observando rigurosamente su ciclo previamente. Es decir, supuestamente esas mujeres no ovulan. Sin embargo, no se hace una observación rigurosa de la temperatura basal, el moco ovulatorio, y los diversos signos y síntomas del ciclo. Sería el modo científico objetivo que verdaderamente confirmaría que esa mujer no ovula, además de ayudarlas a autoobservarse y conocerse. Les basta con que la maquinilla ecográfica “diagnostique” a través de la imagen, y la ausencia de menstruación para emitir ese diagnóstico. Tampoco se indaga e investiga sobre el posible origen psicosomático. Donde yo suelo encontrar casi siempre conflictos graves en los períodos de infancia o adolescencia en el núcleo familiar o abusos sexuales. Una vez más, se recurre a la medicalización. No banal, no inocua, sino muy agresiva, y generadora a su vez de nuevas patologías: anovulatorios. Sin informar en ningún momento, que esas píldoras no van a hacer funcionar un ovario supuestamente ya en dificultades, porque lo que hacen es sustituir su función y hacer un “como si” ovulara. Es decir, no las van a curar. Pero si hay muchas posibilidades de que les generen más dificultades a medio y largo plazo. Por más que en la actualidad es cada vez más frecuente escuchar a ginecólog@s afirmar con rotundidad que ya los anovulatorios no

son tan perjudiciales, porque “*se han ido ajustando las dosis de hormonas*”. Incomprensible, pero cierto.

La mayor parte de esas mujeres que han trabajado conmigo su situación, han llegado a normalizar su función ovárica. Sin anovulatorios. ¿Era un síndrome de ovario poliquístico?, ¿un error diagnóstico?, ¿un “cajón de sastre”, parecido al de la fibromialgia y a tantos otros síndromes falsamente resueltos a base de fármacos y mentiras u ocultamientos?

3.5 “El va a cambiar”

A pesar de que sabemos que el cambio estructural patriarcal no sólo durará décadas, sino que tardará centenas de años en darse, la fantasía de muchas de nosotras.

No sé si por necesidad, no sé si para poder sostener la idea de amor romántico según el cual “el amor lo puede todo, incluso cambiar al hombre que amas” hace que muchas mujeres vivan y soporten situaciones insostenibles al precio de la dependencia, el menosprecio, el dolor, el maltrato psíquico o físico, la enfermedad.

Es el caso de Inés, de cincuenta y seis años. Casada hace más de treinta. Estudios primarios inacabados por necesidad de trabajar para la economía familiar desde muy niña. Además, como era común en esa época aquí en el sur (economía de supervivencia rural), “*era chica, y las chicas no teníamos que estudiar. Sólo mis hermanos varones pudieron acabar la formación profesional*”. Novio desde los dieciocho años (el único hombre de su vida y que ahora es su marido). Muy pronto se casa, y es madre. Empieza a trabajar en lo que describe como “*los intereses de él, en los que me involucra, y yo le ayudo*”. Y van montando una pequeña empresa, en la que obviamente, él va marcando las pautas, y ella trabaja intensivamente mientras se ocupa de los embarazos, lactancias y crianzas de dos hijos.

El motivo de la consulta inicial es por cefaleas recurrentes desde la menarquia (catorce años de edad), sumadas a gastritis recurrentes con diagnóstico de

helicobacter pylori de años de evolución, estreñimiento crónico, y los primeros síntomas de lo que ella cree que es por menopausia: sofocos, insomnio.

En el relato de su anamnesis, aparece una relación difícil a lo largo de los años, que ha llegado al punto de un divorcio hace apenas cinco. Ahí, ella hace un primer movimiento de independencia económica separando parte del negocio familiar, pero vuelven a reencontrarse, vuelven a casarse, porque según ella: *“nos queremos mucho”*.

Repasamos hábitos de salud, y reajustamos alimentación, ejercicio regular, inicia grupo de mujeres en nuestro Centro, y tratamiento homeopático donde priorizo un remedio focalizado en curar los efectos del sufrimiento silenciado y la sobrecarga de responsabilidades y trabajo. Mejora de todos sus síntomas en pocos meses, y durante años no aparece en la consulta. Yo observo (llego a conocer al esposo en consulta) que esa relación no es sana y que hay una relación de codependencia, dominación y celotipia por parte de él. Siempre con la esperanza de ella de que *“él quiere cambiar y yo quiero ayudarlo”*.

Tras cuatro años de no verla en consulta, regresa con grave crisis de pareja. A lo largo de un año, trata por todos los medios de sostener una situación insostenible, en la que él tiene un brote psicótico y se niega a todo tratamiento.

Viene a verme en un momento de gran agotamiento físico y psíquico de ella (además de sostener la relación de pareja, y su parte del trabajo, ahora está apoyando en su maternidad a las dos hijas ayudando a criar a los nietos). Además del tratamiento pertinente, le recomiendo más descanso, y un ritmo más tranquilo laboral o de abuela. La mayoría de las mujeres pretendemos cuando llegan los hijos seguir el ritmo laboral habitual, y a la par, criar a uno o más hij@s, como si fuéramos dos o tres en lugar de una sola con las mismas horas del día que cuando sólo nos dedicábamos al trabajo. Del mismo modo, muchas mujeres abuelas, pretenden seguir su ritmo habitual (casa, trabajo) y además cuidar de nietas y nietos, como si por arte de magia, se multiplicara la energía en una mujer de más de cincuenta y cinco años. Por supuesto, puede tener sus aficiones, relaciones, intereses personales, pero se da por supuesto que todo eso desaparece con la crianza de las nuevas criaturas.

Todo ello sucede, tras haber pasado varios años formando parte de un grupo de mujeres que trabajan, reflexionan y cuidan su salud, sus cuerpos, y sus vidas. Precisamente Inés en su despedida del grupo valoraba muchísimo cómo le había ayudado a conquistar su tiempo libre, sus autocuidados y su autorreconocimiento. No lo pongo en duda. Lo escribo, consciente de que fue así su experiencia y su percepción subjetivas. Es precisa esta aclaración para darnos cuenta de hasta qué punto está arraigado el patrón de “vivir para otr@s” en las mujeres del sur. Sobre todo, si esos otr@s son hij@s o niet@s.

En uno de esos días que ella decide aplicar las recomendaciones y tomarse un rato de descanso y relax, le pide un masaje a él en los pies. Durante el mismo se da cuenta de que él se pone a masturbarse, En ese momento, ella reconoce que ese es su límite. Decide la separación y divorcio definitivos. El adopta la actitud de víctima que ha usado toda la vida con ella, y que ahora amplía hacia las hijas. Estas son ahora las que le escuchan, cuidan, y culpabilizan a la madre del malestar del padre. Incluso tratan de intervenir en el modo que han de hacer separación de bienes, en lugar del padre. Mientras la madre sigue cuidando de los nietos y apoyándolas como madres recientes y trabajadoras.

La buena noticia: se está cumpliendo lo que Victoria escribió: «El poder resultante del abuso de poder, nunca es para siempre». Desde ahí, ella está buscando su propio camino, tratando de liberarse no sólo de él sino del mecanismo interno que la hacía creer que podría hacerle cambiar, de la culpa y la responsabilidad respecto al malestar crónico de él y de la pareja o familia. Ahora tiene delante una de las batallas más duras en la madurez: desapegarse de lo que sientan, piensen, digan y hagan sus hijas respecto a ella y la culpabilización que proyectan sobre ella, así como su propia repetición de rol de salvadoras (esta vez desde hijas) con el padre. Esta ya será otra historia.

4

Las múltiples formas de violentar vida y salud

4.1 Cuando la violencia de una vida se expresa en el cuerpo y la estructura sanitaria la amplía

Julia. Mujer de sesenta y cuatro años. Madre de dos hijos de treinta y nueve y treinta y seis años, y otro de veintidós en acogida. Casada. De profesión, técnica en el área social.

Motivo de consulta: situación grave de patología hepática y renal crónicas. Expectativa: espera poder frenar una diálisis inminente y posteriormente una gran cirugía de trasplante renal con mi ayuda. Síntomas actuales: edema general. Obesidad. Estreñimiento crónico e insomnio. Muy baja vitalidad y capacidad respiratoria. Está de baja de enfermedad actualmente.

Está bajo tratamiento de analgésicos por dolor óseo generalizado y espasmos musculares frecuentes, Toma también diazepam (ansiolítico y relajante), sinvastatinas (para bajar cifras de colesterol) y antihipertensivos. Algunos hace meses, otros hace años.

De nuevo, me cuenta los síntomas más graves, que más le preocupan, pero los insomnios, estreñimientos, dolores generales, etc... los considera “normales” y solo los cuenta si yo entro a detallar y bucear.

Sus hábitos de salud dejan mucho que desear. Es omnívora y no presta especial atención a su alimentación, ni los especialistas le han dado ninguna indicación hasta ahora. Eso sigue siendo un misterio para mí. Ni oncólogo@s, ni nefrólogo@s, ni digestivo@s, ni postcirugía... la ausencia de seguimiento y orientación nutricional rigurosa y fiable sigue siendo una constante incomprensible e injustificable en nuestros días. Así cómo el tipo de dieta que se ofrece habitualmente en los hospitales. Más incomprensible cuando hace muchos años, se ha concluido sin reservas desde la investigación de alto nivel, la enorme repercusión de la alimentación en la salud pública.

No tiene energía ni motivación para hacer ningún tipo de ejercicio físico. Duerme en el sofá y con la tele puesta hace años porque le “resulta más fácil tener apoyo detrás”.

Percibo e intuyo tras todo esa polisintomatología una vida de mucho sufrimiento, en la que suelo adivinar ya abusos de infancia. Lo cual me confirma al cabo de poco rato, cuando empieza a relatarme su biografía a grandes rasgos.

Es la mayor de cinco hermanos. Los padres se casan “obligados” por el embarazo no deseado. Ya antes de su nacimiento, una paliza a su madre la pone entre la vida y la muerte.

Pocos meses después de nacer (no sabe el motivo) ella vuelve a estar entre la vida y la muerte, y la salva in extremis su abuela tras semanas de cuidados. Su infancia es un rosario de palizas a su madre, a ella y a sus hermanos. A los ocho años pierde un oído por una de las palizas paternas. Y vuelve a estar ingresada muy grave.

Entre los diez y los trece años es violada de manera habitual por su padre, con la pasividad y a veces complicidad de la madre. A los catorce años, protección de menores les quita la tutela a los padres, y toda su adolescencia la pasa en la institución y en un piso tutelado de la Junta de Andalucía. Allí empieza su vida laboral, y sobrevive en condiciones límite hasta los veintitrés que se casa. Hasta los cuarenta tiene dos hijos, que pare y cría con normalidad, y hace la carrera de trabajadora social, haciendo toda su vida adulta activismo social de protección a la infancia y contra el maltrato.

A los treinta años ya le diagnostican trastornos de columna serios, y le dan muchos tratamientos de analgesia química. Vive con gran angustia un diagnóstico de tumor de mama, que acaba siendo diagnóstico equivocado, pero eso repercutió a nivel psicosomático, porque a los treinta y cuatro ya empieza con sus primeros síntomas de enfermedad renal y hepática, que van agravándose con los años, sumados a la poca atención a sí misma, el agotamiento y la yatrogenia crónica, hasta ahora.

Me detengo aquí para hacer otra mirada a lo macro:

Uno de los graves problemas actuales de salud pública con perspectiva de género es el tema de cánceres de mama. Sus diagnósticos precoces especialmente, y los falsos diagnósticos o sobrediagnósticos.

Tampoco puedo extenderme aquí sobre ese tema, de nuevo remito a mi Blog para profundizar, a mi primera obra, y a las de referencia en mi bibliografía final. Pero sí algunas aclaraciones.

Desde la Cochrane (Centro independiente de investigación de la medicina de la evidencia de prestigio internacional) hace lustros que advierten del peligro para las mujeres de las mamografías sistemáticas como diagnóstico precoz y posible prevención.

La razón: que los cánceres, en sus inicios pasan por etapas puramente histológicas, es decir desarrollo de algunas células que involucionan en una gran mayoría de casos hacia la normalidad. Pero si son diagnosticados en los screenings de protocolo, es fácil que se diagnostiquen como tales, con la secuencia lógica en cadena: entra a formar parte del grupo de mujeres con cáncer de mama, y entran en todos los protocolos habituales,

Consecuencia: *un enorme número de mujeres que nunca habrían desarrollado ese cáncer, se viven a sí mismas como afectadas por él, son tratadas como tales, sufren todas las consecuencias derivadas de dicha situación y frecuentemente enferman y mueren como consecuencia de los tratamientos correspondientes y el estrés vivido.*

La Cochrane lo publicó así:

“Si dos mil mujeres son valoradas regularmente durante diez años, una se beneficiará del cribado debido a que se evitará una defunción por cáncer de mama. Al mismo tiempo, de estas dos mil mujeres, diez sanas serán diagnosticadas como pacientes con cáncer de mama y en consecuencia serán tratadas innecesariamente. Estas mujeres llegarán a sufrir la extirpación de una parte o la totalidad de su mama, muchas de ellas recibirán radioterapia y algunas de ellas quimioterapia. Adicionalmente, doscientas mujeres sanas serán afectadas por una falsa alarma. La tensión psicológica durante el lapso de tiempo entre saber si tienen o no cáncer y a veces después del diagnóstico puede ser importante”.

Dicho de otro modo, el Dr. Goetzche médico, biólogo, investigador y cofundador de la Cochrane lo resume así: *“si la mamografía fuera un fármaco, se habría retirado del mercado”.*

Si volvemos a poner la mirada en el paradigma patriarcal de salud y ciencia actuales, así como en el del lugar de las mujeres en este mismo paradigma, podemos ver con claridad que una y otra vez se vuelven a repetir algunos patrones comunes:

- el sistema médico de diagnóstico y la mamografía dice que tienes un cáncer. Eso no es discutible.
- la falacia: “nosotros sabemos, tú ignoras”, “nosotros hacemos, tú te dejas hacer”.
- te decimos lo que has de hacer. Si no lo haces, “es bajo tu responsabilidad” Eso se dice en un tono y con un lenguaje corporal que comunica: “serás culpable de lo que te pase”. “si haces lo que te decimos que hagas, todo irá bien, y sabrás que se ha intentado lo posible y lo imposible”. Es decir, más allá de eso o fuera de eso, no hay salvación posible. U otra manera de entenderlo: “si eres obediente y te portas bien, todo irá bien para ti, si eres desobediente y no sigues nuestras pautas, sufrirás y morirás”.

- Una vez más: el lugar pasivo y dependiente de la paciente, dependiente y confiada en el sistema. Sin conciencia sobre su propio poder, capacidad, derechos, posibilidades, responsabilidad.
- el o la médic@ como jerarca salvador que tiene la información y el poder de decidir, intervenir, supuestamente curar, salvar.

No se plantea como trabajo entre ambas partes, de las cuales la protagonista, la que puede, debe y puede tener más información sobre sí misma es la usuaria, la que tiene el derecho a conocer y buscar todo tipo de recursos útiles, la que puede decidir libremente entre diversas opciones, o como mínimo conociendo las diferentes consecuencias de cada una. La que requiere ser vista como *un todo físico, psíquico, espiritual en un contexto social y con una biografía de un número de años recorridos*.

Las mujeres con alto nivel académico suelen poner su confianza y su fe en el sistema, en lo “científico”, en lo que los protocolos y los profesionales dicen. No se cuestionan que frecuentemente los protocolos no siempre tienen evidencia científica. De hecho, no más del once por ciento de ellos la tienen.

Las mujeres de bajo nivel académico, desde su autopercepción de ignorantes, se entregan a lo que la doctora o el doctor dicen. Y dan por supuesto que todo lo que venga del sistema es “para su bien”.

Quedan muy pocas entre unas y otras con cierta capacidad crítica, dispuestas a ejercer y reclamar su parte de responsabilidad, derechos y poder.

Eso mismo sucede con la medicación. Es muy raro que alguna se la cuestione. De hecho, dan por supuesto que lo que le dan es lo único y lo mejor posible. A pesar de que hace años sabemos que la tercera causa de muerte en Europa es por yatrogenia médica. Pero eso no lo sabe la población. Las mujeres tampoco.

Así que se ejerce una *violencia médica*, de hecho, viene definido como maltrato: el maltrato institucional se refiere a cualquier legislación, programa, procedimiento o actuación por acción u omisión procedente de los poderes públicos, o bien, derivada de la actuación individual del profesional o funcionario, que comporte abuso, negligencia, perjuicio de la salud, la seguridad, el

estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración, o que vulnere los derechos básicos de las personas.

Este es un maltrato que encuentro a diario en mi consulta o en los grupos de mujeres.

Una enorme proporción de ellas (Julia también) son miradas superficialmente, es decir no se profundiza en su biografía ni se indaga en las causas multifactoriales que la han llevado a la situación que consultan. Se simplifica con derivar al especialista correspondiente, o las pruebas complementarias de protocolo, se las medica e hipermedica durante meses/años no siempre de manera justificada, y añadiendo más toxicidad y agotamiento a un sistema biológico ya agotado, no se las escucha (y eso va más allá de oirlas). No se es honest@ con ellas para indicarles que es su sistema de vida el que la está enfermando, y que su mejoría no dependerá sólo de los fármacos. O sencillamente se da por supuesto que no lo entenderá o no lo hará. Como si se diera por supuesto que no es capaz: de mirarse a sí misma, de comprenderse, de cuidarse, de tomar decisiones.

No es preciso ampliar aquí que no hablo ni de todas las mujeres, ni de tod@s l@s profesionales. Hablo de una gran mayoría. Doy por supuesto que frecuentemente no se actúa desde la mala fe, sino desde el automatismo, el desbordamiento profesional, las limitaciones de un trabajo en institución (que también nos tiene abducidas y nos usa para su mantenimiento y supervivencia), las creencias limitantes de tod@ profesional fuera de lo mecanicista reduccionista del sistema médico, de las diferentes y numerosas presiones a las que profesionales y usuarias estamos sometidas. Pero todo eso también forma parte de un sistema patriarcal que no queremos y no reconocemos como legítimo y que queremos transformar. Tod@s formamos aún parte de él.

En personas como Julia, en las que el maltrato ha sido lo habitual en su vida, todo eso es natural, y no lo detecta como tal. De hecho, aún no podemos hablar abiertamente del maltrato sanitario sin levantar ampollas entre las propias colegas y también amigas (no importa lo feministas que sean). Así que lo asume como parte de esa misma lógica. Durante años se sigue intoxicando con la bendición y la dirección de su médico de cabecera, que le suministra anal-

gésicos, psicofármacos y otros fármacos de manera indefinida sin advertirle de las consecuencias a medio y largo plazo. Hasta que encuentra que su riñón y su hígado fallan. Entonces... queda la cirugía como única salida.

Continuemos la historia de Julia.

En pocos meses, la derivó hacia una estancia en casa de desintoxicación, ayuno y terapia, con supervisión médica y sanitaria. Privada, claro. No hay subvenciones para este tipo de Centros de salud. No son considerados serios ni científicos. Aunque formaban parte ya desde los griegos del sistema de salud que practicaban de manera muy eficaz. A día de hoy, siguen formando parte de algunos sistemas de salud en Centroeuropa. Allí pasa dos semanas. Siente por primera vez en su vida lo que es descansar. Hace una reeducación alimentaria. Pierde quince kilos. Empieza a dormir bien. A su vuelta, los nefrólogos anulan por ahora la posible diálisis, la intervención renal prevista, y le retiran una bolsa derivativa que tenía hacía meses para la supuración que llegaba del riñón porque ha desaparecido y se mantiene vacía. Seguimos con la nutrición saludable, la homeopatía, el trabajo de conciencia corporal. Posteriormente, en un par de meses, según el último TAC, los quistes renales han disminuido de tamaño. Vamos retirando fármacos progresivamente, empieza a tener actividad física regular y siguen los buenos hábitos.

Desaparece la hipertensión y puede dejar todos los fármacos en 5 meses de tratamiento. Por supuesto, el riñón sigue hipofuncional, pero está funcionando al treinta por ciento, mientras que llegó a la consulta por primera vez hace 6 meses funcionando al diez por ciento.

Hace vida normal funcional tranquila. Ha aprendido e incorporado relajaciones diarias, ejercicios respiratorios, estiramientos, y un plan de recuperación basado en la psicoimmunoneuroendocrinología. Todo ello sin grandes dispendios. Compatible con una economía de clase trabajadora.

Por ahora, y tras ocho meses de terapia, la he visto tres veces, (más los quince días de recuperación de casa de reposo), sigue vida satisfactoria, con más autocuidados, menos intoxicación, funcional, autónoma, y en psicoterapia. Queda mucho trabajo por hacer, seguramente deberá cuidarse el resto de su

vida con cariño y delicadeza, pero con la esperanza de poder tener una vida autónoma, y satisfactoria.

No quiero terminar este capítulo sin profundizar en algunos puntos importantes:

Hace unos cuarenta años que se inició la investigación sobre la vida intrauterina, el período perinatal, y sus consecuencias a corto, y largo plazo. Aunque estamos en pañales, cada vez encontramos más publicaciones que recogen las evidencias de esta realidad. Vuelvo a remitir a mis publicaciones para ampliar este punto. En este caso, a mi última obra *Gestación, nacimiento y crianza desde el sur*.

Una de esas conclusiones es que la presencia de la violencia en ese período de la vida deja secuelas de por vida a muchos niveles. Psíquicos y físicos. Julia es una de esas personas. He conocido muchísimas más. Obviamente, es raro a día de hoy, que médic@s, psicólog@s o psiquiatras indaguen ese período de cada paciente, o lo contemplen en su tarea del día a día.

A pesar de que la tendencia de estas personas suele ser la del automenosprecio, exponerse a situaciones de alto riesgo, sacrificarse por otr@s, no cuidarse, sobreesforzarse, dejarse maltratar económica, emocional, profesional, afectivamente. En este caso, también desde la institución que supuestamente está para cuidarla. Es obvio que la anamnesis y la historia clínica deben empezar por indagar la gestación, el nacimiento y toda la vida perinatal, así como la infancia, adolescencia, vida sexual, y toda la vida. El paradigma debe cambiar. Con él, la manera de abordar las historias clínicas y la anamnesis.

Me sigue asombrando la resiliencia presente en tantas de estas mujeres. La capacidad de reaccionar cuando se les da la oportunidad. La capacidad de generar salidas creativas y saludables para otr@s. La capacidad del organismo vivo de regenerarse o intentar recuperar el equilibrio a pesar de tantas heridas y tan profundas.

4.2 La inmigración y el trabajo sumergido como cofactores de riesgo añadidos

Natalia llega a mi consulta en 2017 con cincuenta años. Casada. Madre de un hijo de diecinueve. Origen colombiano. Desde los treinta y cinco años residente en el sur español. Limpiadora de profesión. Sin contrato. Me cuesta escucharle la voz, apenas un susurro.

Diagnóstico con el que llega: Depresión de tres años de evolución. Tratamientos recibidos y actuales: Lexatin. Alprazolam. Diazepam. (todas ellas del grupo de las benzodiacepinas). Sertralina (antidepresivo). A lo largo de tres años.

Aquí haremos otro viaje al “macrocosmos”. Esta vez al macrocosmos de los psicofármacos, el mundo de la psiquiatría aplicada en el cotidiano aquí en el sur, desde el sistema público de salud. Este caso es representativo de muchos otros. No es excepcional. Como la mayoría de lo que aquí presento. Justamente los elijo porque sus peculiaridades son muy relevantes y a la vez, comunes a una gran parte de población

Es por ello que además de relatar resumidamente el caso y el proceso de esta persona, añadiré algunas informaciones que suelen ser limitadas a los prospectos de los fármacos, que casi nadie se lee, y pareciera que much@s de l@ profesionales tampoco a la vista de cómo se prescriben.

Finalmente, he renunciado a transcribir aquí algunos de los efectos secundarios de algunos de estos grupos de medicamentos. Bastará con poner el link de referencia al final para quienes quieran buscarlo. Nombraré someramente algunos detalles. Creo que la actual epidemia generalizada de psicofármacos, lo precisa, *benzodiacepinas en general*. Las hay de muchos tipos. Se usan para ansiedad y angustia. Cada uno con otros componentes. A ella le dan de tres tipos distintos, a veces dos a la par. A pesar del riesgo de muerte que eso implica según leemos en el prospecto a continuación.

Tal y como se describe en detalle en el prospecto de dicho medicamento, muchos de los efectos secundarios del alprazolam ya forman parte de los síntomas con los que ella llega a mi consulta. Algunos de ellos, ya los tenía cuando

inicio su periplo por las diferentes consultas médicas. Otros, han ido apareciendo a lo largo de los años de consumo.

Creo que un trabajo que no suele hacerse casi nunca por parte de l@s profesionales es preguntar cuál es la medicación que toma, y analizar en detalle, qué síntomas proceden del propio proceso de la persona, y cuáles del tratamiento que toma. Sólo un dato: en cada uno de estos fármacos se describen del orden de cien a doscientos efectos secundarios, sobre ¡todos los sistemas orgánicos! Desde el sistema inmune, al sistema nervioso, pasando por el digestivo, renal, todo el organismo se compromete.

En este caso, es espectacular, lastimoso e indignante cómo la yatrogenia va en aumento, y es directamente proporcional a la agravación del proceso y sus sufrimientos.

Hasta el extremo de prescribirle y mantenerle ¡durante tres años! un fármaco que el propio prospecto indica que no debe tomarse más de seis meses seguidos. Para colmo: tras esos tres años, la diagnostican de ¡¡Adicta a las benzodiazepinas!!

4.2.1 Algunos párrafos del prospecto (en cursiva lo que afectó a Natalia)

El tratamiento con benzodiazepinas puede provocar el desarrollo de dependencia física y *psíquica*. El riesgo de dependencia se incrementa con la dosis y duración de tratamiento y es también mayor en pacientes con antecedentes de abuso de drogas o alcoholismo. La dependencia al fármaco puede ocurrir a dosis terapéuticas o en pacientes sin factores de riesgo individuales [...]. Se han notificado muertes relacionadas con sobredosis cuando se abusa de alprazolam junto con otros depresores del SNC, incluidos los opioides, otras benzodiazepinas y el alcohol.

La duración del tratamiento debe ser la más corta posible y no más de dos a cuatro semanas (Natalia llevaba 8 meses). No se debe extender la duración del tratamiento más allá de este tiempo sin una reevaluación de la situación. Se debe informar al paciente al inicio del tratamiento de que éste tendrá una

duración limitada y explicar exactamente cómo se reducirá gradualmente la dosis. (Habitualmente no informan de esto, y a ella tampoco).

El uso de benzodiazepinas puede conducir a una dependencia física, incluso a dosis terapéuticas. Esto ocurre, principalmente, tras la toma de forma ininterrumpida del medicamento durante largo tiempo. Para reducir al máximo el riesgo de dependencia deben tenerse en cuenta estas precauciones (*a ella no la informan, y finalmente la diagnostican como adicta a benzodiazepinas tras varios años de consumo prescrito por los diferentes médicos y psiquiatras*).

4.2.2 Toma de sertralina cinfa con otros medicamentos

El uso de sertralina cinfa junto con los siguientes medicamentos puede provocar efectos adversos graves:

Informe a su médico si está tomando los siguientes medicamentos:

- Medicamentos para tratar el dolor grave (por ejemplo, tramadol).
- Medicamentos para tratar el dolor y la artritis: medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) tales como el ibuprofeno o el ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Sedantes (diazepam).
- Medicamentos para tratar la acidez, las úlceras y el ardor de estómago (cimetidina, omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol).
- Otros medicamentos para tratar la depresión (como la amitriptilina, nortriptilina, nefazodona, fluoxetina, fluvoxamina).
- Medicamentos utilizados para tratar infecciones bacterianas (tales como rifampicina, claritromicina, telitromicina, eritromicina).
- Medicamentos utilizados para tratar infecciones fúngicas (tales como ketoconazol, itraconazol, posaconazol, voriconazol, fluconazol).

Natalia tomó algunos o varios de estos medicamentos durante la toma de sertralina. Informó de ello, sin que eso cambiara la prescripción para nada.

Sigamos la evolución de la historia clínica:

Cuando indago el inicio de los síntomas y para qué viene: viene porque hace tres años que empieza con tos persistente asociada a la comida. Y dificultad para comer. Es sometida a múltiples pruebas diagnósticas: analíticas y endoscopia. Pruebas neurológicas.

Diagnóstico: reflujo esofagogástrico, y estenosis esofágica. Múltiples tratamientos. Entre ellos omeprazol.

Entre los efectos adversos de este medicamento más comunes se destacan dolor de cabeza, dolor abdominal, diarrea, náuseas, flatulencia, vómitos, mareos, reacciones alérgicas de la piel, estreñimiento, dolor lumbar, tos, neumonía. Quiero añadir aquí algunos de sus efectos más graves porque es un medicamento que se toma y se da tanto sobre todo cuando hay polimedicación, y se conoce tan poco que se minimizan sus riesgos. Entre los efectos adversos más graves, podemos destacar:

- Nefritis intersticial.
- Insuficiencia renal crónica
- Osteoporosis
- Diarrea por la bacteria *Clostridium difficile*
- Gastritis atrófica.
- Hipomagnesemia (baja de magnesio en la sangre).
- Toxicidad hepática

Es decir, que nuevamente le prescriben un fármaco que le provoca o agrava parte de los síntomas que tiene.

Sigamos con su historia.

En estos tres años ha perdido quince quilos (ella tenía un peso justito de partida, así que está en el límite de su peso de seguridad). Ha ido en aumento su incapacidad para comer y tragar, ha seguido la tos que apenas la deja dormir. Tiene estreñimiento y hemorroides. Tiene insomnio crónico. Algunos de ellos

ya descritos como efectos secundarios de la medicación que toma. Otros que ya tenía, han agravado. Ninguno ha mejorado. La angustia ha ido aumentando.

Tras varios años, la derivan a psiquiatría. Una semana ingresada. Diagnóstico: Adicción al alprazolam. Lo sustituyen por diazepam (?). Otra benzodiazepina.

Sigo indagando.

Biografía: La resumo para no hacer inacabable la historia: segunda de nueve hermanos. Violencia de género desde que ella estaba en el vientre materno. Desde bebé (mi padre me “lanzaba” de la hamaca porque yo lloraba mucho). Recuerda como su padre pegaba a su madre desde sus cuatro años... y lanzaba a sus hermanos contra las paredes... y lo oía gritar aterrorizada, amenazas como: “¡¡Os mataré!!”.

A los cinco años pasa un período largo con una abuela violenta que la maltrata y la usa de sirvienta, “como una esclava” y que finalmente se suicida. Obviamente, desarrolla un patrón de comportamiento sumiso, dependiente y asustadizo. Carne de cañón de maltrato.

En la adolescencia y juventud, es de nuevo objeto de violencia psicológica por parte de su jefe, y de manera habitual, sufre maltrato psicológico de su marido, y de su jefa actual.

Ninguno de l@s médic@s, incluidos psiquiatras han indagado toda esa historia. A lo sumo, han preguntado por la vivencia actual del trabajo, donde tiene un conflicto con una jefa que abusa económica y psicológicamente de ella.

Evolución:

- A los cuatro meses, reconoce una mejoría del cincuenta por ciento. Ha ido dejando la medicación de psicofármacos. Ha aumentado cuatro kilos de peso. Van apareciendo tensiones y dolores por todo el cuerpo a medida que va mejorando la capacidad para comer, y disminuye la tos. Aparece el llanto fácilmente, hasta ahora inexistente.
- Al año de la primera consulta, ha recuperado todo su peso. Mejora de la disfga y apetito, de la tos agotadora. Come bien, a pesar de algu-

na molestia aún. Aparecen picores en torno a la nariz y dentro de la boca. Tensión mandibular. La derivo para psicoterapia. Con dificultad, sostiene unos meses de sesiones quincenales, irregulares... Sigue soportando maltrato psíquico de marido. Síntomas que se desplazan a la vejiga. Sigue mejorando en general, pero sigue la ansiedad, la tensión generalizada. Va focalizando conflicto de abuso económico con marido y cuñado. Boca ardiente. Estreñimiento violento. Dolor abdominal. Lentamente va transitando y dejando atrás algunos síntomas o van disminuyendo paulatinamente.

- Durante tres años la veo poco. Una o dos veces al año aproximadamente. Va transitando diferentes crisis: cefaleas, dolores de columna, náuseas, crisis familiares de familia nuclear y familia extensa, con la jefa. Cambia de trabajo. Se resiste a seguir en psicoterapia.
- A los cinco años de la primera consulta, se separa del marido. Vive con su hijo. Trabaja menos y en un sitio donde la tratan bien. Resuelve la economía familiar. Incorpora meditación. Se va integrando en grupos sociales de la ciudad. Amplía su red de relaciones. Deja un grupo (secta religiosa), donde había recaído en sumisión y dominación a lo largo de unos años.
- Actualmente (finales del 2023), tras seis años de la primera consulta, de los cuales tres años de consultas cada tres o cuatro meses aproximadamente. Y tres años con apenas una vez al año. Está prácticamente bien. Libre de fármacos. Síntomas localizados en los dientes. Conflicto con dentista. De nuevo se siente que le imponen cosas que la dañan.

Los tratamientos y recursos de ayuda han sido siempre parecidos: la homeopatía (que siempre es individualizada), es la base para poder desmedicalizar. Junto a eso: alimentación en la misma línea que ya expliqué y que puede consultarse en mi Blog. Hipotóxica, biológica, revitalizadora, y ajustándola en cada etapa a su momento puesto que tuvo muchos tiempo trastornos digestivos diversos. Hábitos de relajación cotidiana, ejercicio físico, textos y cuentos

inspiradores, nuestras sesiones terapéuticas, ampliación del círculo y redes sociales de calidad.

Volviendo la mirada a lo “macro”:

El “malestar de las mujeres” se manifiesta en peor salud mental y mayor prevalencia de depresión y ansiedad. Numerosas autoras lo han desarrollado como Burin, Emilce Dio y Victoria. En Andalucía, las mujeres manifiestan peor salud mental que los hombres (siempre según las estadísticas) y la prevalencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales crónicos duplica las cifras de los hombres. Además, ellas padecen más limitaciones para las actividades habituales por este tipo de trastornos que los varones. Durante la última década se está produciendo un aumento de los trastornos de depresión y ansiedad y de consumo de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres. Los determinantes psicosociales de género tienen como consecuencia una mayor morbilidad en mujeres que en hombres provocada en parte por los roles socialmente asignados a unas y otros, que favorecen la aparición de este tipo de malestares en las mujeres. La situación Covid y postcovid ha multiplicado esta situación y la ha agravado.

En el caso de Natalia hay que poner el acento en otras variables, además de las nombradas: su condición de inmigrante la lleva a una situación económica aún más deprimida que la media de la población. No olvidemos que la provincia de Cádiz es la de mayor índice de desempleo del Estado. Hay mayor índice de paradas entre las mujeres. Así que ella se encuentra por debajo de l@s que están abajo. En lo económico, en lo laboral y en lo social. Su situación está agravada porque no ha podido construir en los años que lleva en el país una red social de apoyo real. Toda su familia de origen está en América, ella se siente aún desplazada, desenraizada, sin referentes culturales válidos que la abocan a acercarse a una secta cuasi religiosa en su ansia de pertenencia. Le cuesta aproximarse a las diferentes asociaciones ciudadanas con las que trato de conectarla.

Por otro lado, su biografía de niña maltratada y víctima de violencia desde la vida perinatal la condiciona para no saber reconocer la amenaza de las personas o situaciones depredadoras, de las que se hace víctima una y otra vez, y de

la que va saliendo muy lentamente y seguramente seguirá haciendo ese trabajo de por vida.

A pesar de que en el último siglo, son innumerables l@s autor@s, sobre todo del ámbito de la psicología que nos lo vienen comunicando una y otra vez, : ... *la psicología y la pedagogía siempre han mantenido la creencia de que un niño es un ser feliz sin ningún conflicto, y han asumido que los sufrimientos de los adultos son el resultado de las cargas y las dificultades de la realidad, debe afirmarse que todo lo contrario es cierto. Lo que aprendemos sobre el niño y el adulto a través del psicoanálisis muestra que todos los sufrimientos de la vida posterior son en su mayor parte repeticiones de los anteriores, y que cada niño en los primeros años de vida pasa por un grado inconmensurable de sufrimiento...* (M Klein). Aún estamos lejos de integrar ese conocimiento en nuestro hacer cotidiano como terapeutas, cuidador@s, sanador@s.

Creo que ella empezó a interiorizarlo el día que la miré a los ojos y le dije:

“Natalia, nadie jamás tiene derecho a humillarte, maltratarte, utilizarte o no tener en cuenta tus derechos y tus necesidades. Eso incluye a tu marido y tu hijo”. Ella se incorporó, echó hacia atrás unos hombros que siempre estaban encogidos en actitud de autoprotección, se puso derecha y me dijo con voz firme: *“Doctora —jamás conseguí que me llamara Maria como todas mis usuarias—, le prometo que voy a cuidar de mí misma y a mirar la vida de frente”*.

Hoy es dueña de su propio piso. Tiene un trabajo donde se siente respetada, no la explotan y la tienen contratada. Su hijo ha acabado los estudios. Vive con ella por ahora. No depende de ningún fármaco, nadie la maltrata, y ha empezado a extender sus relaciones cada vez más afianzadas.

No preciso volver a analizar con mayor detalle de qué modo el sistema ha repetido su mecanismo de sumisión de las ya sometidas. Un sistema sanitario que frecuentemente es o actúa como cómplice del maltrato, el abandono, la cosificación, y el sometimiento al orden establecido anestesiando el dolor que produce ser víctima de ese sistema. El sistema sanitario ha vuelto a clasificar como enferma y ha pretendido instalar en un estatus de enferma crónica para siempre a una mujer maltratada que por el solo hecho de serlo desde su infancia, y por sus orígenes socioeconómicos, cuando sencillamente necesitaba ser

escuchada, tratada con justicia, respeto y equidad social, insertarla e integrarla en una sociedad desconocida y nueva. Una vez más se cumplen las palabras de Victoria, cuando afirmaba: «El sexismo es el conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener la situación de inferioridad, subordinación y explotación del sexo dominado: el femenino».

4.3 El autodesprecio y el maltrato, enterrados tras diagnósticos y protocolos de salvación

Esta es una de las historias que relata la propia protagonista en primera persona.

«A los treinta y cuatro años me detectaron el VPH. El diagnóstico fue: lesión intraepitelial de bajo grado (L-SIL/CIN1) compatible con el HPV. A este diagnóstico le acompañaron los posteriores resultados de una biopsia, arrojando datos de displasia leve-moderada y virus 16 y 56, ambos de alto riesgo. En ese mismo momento me hablaban de la imposibilidad de ser madre y la insistencia de ponerme en ese momento la vacuna del VPH, aún estando ya afectada, volver a realizar la citología a los seis meses y si los resultados continuaban, realizar una conización del cuello del útero.

»Busqué información y todo era muy dispar, tanto el origen, como el proceder. No había un consenso.

»Es entonces cuando, a través de mi pareja, tengo mi primer contacto con la homeopatía Acudo a la consulta de María, muy asustada. En ese momento sentía miedo a la muerte, a qué iba a pasar conmigo, no sabía en qué consistía esto que me estaba ocurriendo, llena de miedos y preocupaciones por mí y mi familia. Tenía asumido que me pudiera morir, pero me daba más miedo el sufrimiento de los míos. María me explicó en qué consistía, me explicó el procedimiento de la conización y sobretodo, que este virus, igual que otros muchos, un sistema inmunitario fuerte lo eliminaría y que yo lo podía eliminar y sobretodo, que el tener este virus no era incompatible con la maternidad. La maternidad era mi mayor deseo en ese momento. Sus recomendaciones fueron una alimentación lo menos tóxica posible, ejercicio físico regular, una salud mental adecuada, elimi-

nar el estrés, todo complementado con la medicación adecuada. No sabía en ese momento el calado que tendría en mi vida aquella consulta de más de una hora, cálida y acogedora, de una mujer de la que sólo había oído hablar en alguna ocasión.

»Tenía una vida programada, cargada de obligaciones y responsabilidades que no me correspondían pero que realizaba gustosamente, sin saberlo, tratando de sentirme aceptada, dentro de una esfera de complejos e inseguridades, sin saber cuáles eran mis necesidades y ni tan siquiera planteármelas.

»Durante dos años, simultanéé el tratamiento homeopático terapéutico con pruebas semestrales, donde los resultados oscilaban entre displasia de alto grado y de bajo grado, pero, peor que los resultados en sí, lo que más angustia me producía era pedir la cita y la espera de resultados. Dos años en los que la única solución que me ofrecían era la conización.

»En esta época leí y releí numerosa bibliografía que María me pasaba. Y seguía viviendo las consultas, no sólo como seguimiento médico, sino también como terapia. fue calando dentro una nueva perspectiva: que la enfermedad era un síntoma de algo que estaba ocurriendo en mi interior, no sólo en mi parte física, era una señal de que "algo" en mí no estaba bien. Empecé a entender, que lo primordial no era hacer desaparecer el síntoma, sino comprender cuál era el desequilibrio en mí, en toda yo, en mi vida. Empecé a identificar el origen de mi síntoma y mi enfermedad. Pero aún era algo que se quedaba para mí.

»El aspecto emocional era el que tenía aparcado o quería tenerlo de forma inconsciente. El miedo era la emoción que predominaba y cuando este se aplacaba, salía la rabia. Empecé a ver aspectos de mi vida que antes miraba por encima y que nunca me había parado a analizar. El origen de mis inseguridades, mis complejos.

»Dos años en los que mi bienestar anímico y la confianza en mí fueron en aumento. Por primera vez, el centro de mi vida era yo y mis necesidades. Una época donde se fueron instaurando hábitos de vida y alimentarios saludables, medicación homeopática y una auténtica "higiene mental". En este período veía como una espectadora las escenas de mi vida, en diferentes etapas, por qué había actuado así en algunos momentos y por qué había silenciado otros. Aprendí a

entenderlos. Dos años en los que el acompañamiento terapéutico y homeopático fueron imprescindibles.

»Al pasar este tiempo ocurrió el hecho que me empujaba a seguir cuidándome, estaba embarazada. Fue un embarazo sin complicaciones, con una niña preciosa que amamanté hasta los tres años. Disfruté desde el primer momento, la lactancia y la crianza, aunque la campanita de la revisión ginecológica sonaba cada vez más fuerte.

»Al año del parto volví a las revisiones y la oscilación continuó siendo la misma. Pero algo cambió en este proceso. El silencio forzado estaba siendo roto por mi voz interior y moviendo más mi ser de lo que nunca hubiese imaginado. Tenía guardadas las vivencias con una pareja anterior, situaciones que había vivido, que me habían hecho más daño del que imaginaba. Cobraron voz con María, con mi pareja, mi hermana y, cuando encontré el coraje suficiente, ante el grupo de Mujeres al que hacía poco tiempo que pertenecía, un grupo de salud donde ninguna mujer es juzgada, en el que nos vemos reflejadas todas, sin importar la edad ni el entorno del que provengas. En el que me siento relajada, comprendida, no enjuiciada y en el que no me tengo que justificar ni pedir justificación. Sin duda, esa fue una ayuda determinante, a la que me costó muchos meses acceder, a pesar de las indicaciones de María. Me suponía un paso esencial: pasar de identificar el origen de mi síntoma y mi enfermedad, a actuar en coherencia con ello. Era romper el silencio y abrir “la caja negra”. Y eso me daba mucho miedo. Necesité mi tiempo. Necesité un proceso y necesité ayuda, acompañamiento y sostén.

»A partir de entonces aprendí a reconocer e identificar mis heridas mucho mejor, aquellas que a diario se normalizan y no era consciente de que existían. Aprendí a ver que había tolerado aquellas situaciones dañinas, para sentirme aceptada. Fue un trabajo duro, intenso, largo, muy doloroso. Que me dejaba a veces sin energía. Necesitaba mucho estar sola, en silencio. Visualmente me imaginaba encogida, en posición fetal, el dolor lo tenía en lo más interno de mí.

»Había pasado la treintena angustiada con “el virus”, había sido madre y quería volver a serlo, pero a pocos meses de comenzar la cuarentena, decidí que no estaba dispuesta a seguir con la angustia y la incertidumbre de los resultados.

No quería estar asustada ante esa interpretación y lo que más me importaba: no quería transmitir el miedo a mi hija. Quería que tuviese a su lado a una madre segura.

»Tomé la decisión de la conización, ya que ahora no era la misma mujer a la que le habían dado los primeros resultados. Pero, cuando me dieron de nuevo los resultados de CIN 2, la opción que me dio el ginecólogo fue una histerectomía porque “le daba miedo que la malignidad avanzase y yo ya tenía la fertilidad cubierta y podía aborrrarme un riesgo”. Según él, era lo mejor. Evidentemente que le dije que no me la iba a hacer sin estar el útero afectado.

»Asesorada siempre por María, acudí a otra ginecóloga, en la que también confiábamos. Pusimos fecha para realizar la conización. En ese momento de mi vida quería que fuese cuanto antes, pero repitió la prueba, antes. El resultado fue que estaba en un CIN I, no hacía falta intervención, podía seguir con las revisiones semestrales. No veía necesaria la conización del cuello del útero y menos aún extirparlo. Ya había coherencia entre las dos médicas, y mis deseos e intuiciones.

»La alegría, el torbellino de emociones fueron enormes en ese momento y en esos días. En este último período estaba tan segura de lo que quería, que me llegó un segundo embarazo, lo disfruté al máximo, cada día, cada instante. Y de algún modo, en ella veo una vitalidad, una frescura y una espontaneidad especiales, que contagian, sin miedos.

»Me sentía segura en todos los aspectos de mi vida, veía el resultado de ese proceso en mis hijas y en mí, los miedos los encaraba y aquello que me los producía los interpretaba como parte de la vida.

»Seguí mi vida, con mis cuidados ya integrados, el grupo de mujeres y salud, las consultas terapéuticas periódicas de homeopatía, y todos los cambios que se iban produciendo en mí y en mi vida. A los dos años, volví a realizarla. El resultado fue una citología normal, sin rastro de VPH, ni lesión escamosa intraepitelial en las células del cuello del útero.

»Estos resultados no sólo indican que mi cuello de útero está sano, sino que han sanado muchos otros aspectos de mi vida. Esta ha sido una de las etapas de mayor conciencia en mí, mayor crecimiento como persona y por supuesto he ido aprendiendo a apartar “los debería...”, el tratar de complacer, las inseguri-

ridades, los complejos y a tomar las riendas de mi vida. Me siento una mujer con mayor seguridad, sin tratar de agradar a cualquier precio. He aprendido a perdonar (en su más amplio significado, y empezando por mí), he intentado entender mis orígenes y de no repetir en el futuro patrones que tenía aprendidos. Agradezco el haber pasado por esta etapa, en la que, aún habiendo vivido momentos muy dolorosos, me ha hecho no mirar para otro lado y ver un horizonte diferente al que creía que tenía predeterminado. Ahora continúo con este aprendizaje y en las situaciones que llegan tengo presente que “esto, también pasará”, si sigo siendo fiel a mí misma y me sigo respetando». Marta.

Marta necesitó varios años de enfrentarse consigo misma, para descubrir una herida que primero situó en una primera relación de pareja con maltrato psíquico sostenido, pero que luego, tirando del hilo... llegó a deshilar la herida, que era bastante más antigua: se remontaba a su más tierna infancia. La mayor de nueve herman@s. La que “estaba destinada” a cuidar de tod@s, incluyendo madres y padres, la habían llevado a desarrollar un “complejo de cenicienta” o “madre auxiliar” que le dificultó primero poder reconocerse en tanto que mujer sexuada deseable y valiosa, y como consecuencia lógica, dificultad para relacionarse con hombres que la valoraran y la respetaran. Por último, cuando al fin encontró una relación estable, satisfactoria, hubo de atreverse a adentrarse en sus heridas, sus miedos, sus roles defensivos, su búsqueda de seguridad en “los que saben”, “los que me pueden salvar”, mientras seguía sintiendo en lo más profundo de su ser que “hay algo en mí que no es bueno”. Le tomó mucho tiempo. Pasó por muchas dudas, se manifestaba como profundamente miedosa e insegura. Pero tuvo el coraje de tomarse el *tiempo necesario*, de apoyarse en personas que la respetaban y, sobre todo, y a pesar de sus miedos y reservas, a mirar “debajo de sus alfombras”. Sola, con su pareja, con el grupo de iguales y con el tratamiento. Lo más bello y profundamente valioso de su experiencia, es que aprendió a convivir con sus miedos, con aquello que ella identificaba como “deficiencias” o “cosas malas”, mientras siguió avanzando en su proceso curativo. No desistió. Transitó, con éxito, el enorme riesgo de una extirpación total de útero y por tanto la posibilidad de no ser madre nunca -experiencia que deseaba profundamente- y tuvo a su primera hija, por

cesárea a causa de una presentación de nalgas, y porque, según sus palabras, *“en el fondo de mí misma, sentía que no quería que mi niña tan amada, pasara por un lugar que yo aún sentía como sucio”*. Y más tarde, a una segunda. Pero, sobre todo, los que la hemos seguido de cerca estos años, la hemos visto florecer como mujer en belleza, autoconfianza, alegría y autonomía. Con la determinación de seguir avanzando, aprendiendo, creciendo, con el afán de impregnar de respeto amoroso la crianza de sus hijas para no repetir en ellas los patrones con los que había vivido encorsetada y limitada. Sin dejar por ello de honrar a sus padres, con los que también ha debido atravesar duelos, cuidados especiales y transformaciones profundas, que se han ido desenvolviendo en el transcurrir de los años.

Una vez más, estoy obligada a ir hacia la mirada de lo “macro”, aunque sólo sea para dejar algunos hilos que puedan conducir más allá a las que así lo necesiten.

El Papiloma del Virus humano HPV o PVH. Apenas treinta años desde que lo asociaron como posible factor etiológico de algunos de los cánceres de cuello de útero. Y ya estamos vacunando a todas las niñas y los niños. Varios lustros de miles de profesionales del mundo de la investigación y la clínica médicas comprometid@s en todo el mundo tratando de frenar esta vacunación, insistiendo en que es preciso más investigación, más prudencia, más información fiable antes de dar ese paso. Pero una vez más, la gran industria ha ganado la partida.

Sólo algunos apuntes, y de nuevo, referencia hacia la bibliografía, para quien desee profundizar: mi Blog, Dr@s Novoa, Gervás, Pérez F, Mosquera, Valls.

Conclusiones hasta 2024:

- Esta vacuna es peligrosa si ya el PHV ha dado positivo, (recordemos que a Marta se la recomendaban y estaba en este caso).
- El Virus PHV está en toda la humanidad, y no se conoce aún su función de equilibrio en el ecosistema humano.
- Ochenta por ciento de mujeres lo tendrán en su vida sin expresarlo.

- La mayor parte de las veces, en las jóvenes se encuentra más, pero a medida que maduran, el sistema inmune madura, y se infectan menos.
- Se encuentra más en poblaciones marginales.
- De los más de doscientos VPH, unos cuarenta son oncogénicos, y cuatro de gran poder oncogénico.
- En España, sólo el veintiocho por ciento de mujeres tiene en sus lesiones de cuello uterino un virus oncogénico.
- No todos los cánceres de cuello se producen por virus. Son minoría.
- No se tienen vacunas para todos los que los producen virus. El más frecuente en España, ni tan solo tiene vacuna.
- Es una vacuna experimental Nunca se ha demostrado que reduzca la incidencia ni la mortalidad.
- La eficacia es menor del veinte por ciento en jóvenes. Ninguna eficacia en mujeres no vírgenes, ni las que ya tienen lesiones.
- No se conoce el tiempo que supuestamente dura la posible protección
- Tiene efectos secundarios graves: fracaso ovárico, enfermedades autoinmunes, uveítis, alteraciones neurológicas, embolias pulmonares, muerte. Recientemente, según estudios suecos de 2020, se observa un aumento de incidencia de cánceres de cuello en mujeres vacunadas, más jóvenes que las demás y más agresivos.

4.4 Violencia obstétrica pediátrica disfrazada de: “menos mal que estamos aquí para salvaros!”

Victoria. Mujer de treinta años. Casada. Tiene un hijo de tres años. Estudios de grado profesional medio. Administrativa de profesión. Embarazada de treinta y nueve semanas y media, empieza pródromos de parto, acude al hospital de zona, y a pesar de estar en parto y lo indicado según toda la literatura científica en estos casos, sería el regreso a su casa, le ponen los monitores

electrónicos, y dictaminan que *“estás de parto”* y *“no merece la pena que te vayas, porque nosotros te vamos a ayudar”*. Eso se traduce en una inducción con oxitocina, por supuesto sin información previa de ventajas e inconvenientes, ni verbal ni escrita. Ponen epidural antes de los cinco centímetros de dilatación *“para que estés más cómoda y te relajés”*, rompen bolsa amniótica, y a las dos horas... aparece fiebre. Inmediatamente, le dicen: *“te vamos a hacer la cesárea porque tienes fiebre porque llevas mucho tiempo de parto y la fiebre puede poner en peligro a tu criatura”*. El parto acaba como suele suceder en el noventa por ciento de partos inducidos y tratados desde el punto de vista médico incorrectamente, en cesárea. Una semana de hospital. Lactancia de difícil asentamiento. Bebé irritable, tras dos meses aún no está regulado su ciclo de sueño y despertar. Antes de dos meses, ingreso hospitalario de la criatura por infección respiratoria.

No puedo extenderme en cada caso de manera exhaustiva. Sería interminable. Porque hay mucha información médica que no ha lugar en este tipo de artículo, y que sería demasiado extensa. Por ello debo de nuevo remitir a las interesadas en comprender mejor estos casos, a mi última obra *Gestación, nacimiento y crianza desde el sur*, donde encontrarán todas las explicaciones y análisis pertinentes.

Ahora sólo nombraré los puntos mínimos para completar el caso.

Las cifras españolas de exceso de cesáreas siguen provocando que la OMS siga amonestando al Ministerio de sanidad español porque si el índice de cesáreas justificable en el mundo sigue siendo de 13,5 %, en nuestro país seguimos entre el veinticinco y el cuarenta y cinco por ciento como media. Los hospitales privados más alto, los públicos, más bajo.

Así mismo, exceso de inducciones, cuyo riesgo mayor, según todas las investigaciones existentes es el de disparar el número de cesáreas sin por ello mejorar ni la morbilidad ni la mortalidad perinatal ni materna, sino al contrario.

También está publicado hace más de treinta años que romper bolsa amniótica aumenta los riesgos para el bebé y para la madre de infección intraparto. Así que tanto la inducción inadecuada, como lo rotura de bolsa inadecuada habla de mala praxis, violentación de los ritmos fisiológicos del proceso del

parto, y iatrogenia que generó una fiebre evitable, y una cesárea innecesaria, con todos los riesgos añadidos a ambas cosas para la madre y para la criatura.

Sabemos que las cesáreas, además de multiplicar las posibilidades de muerte materna, condicionan a las criaturas a ciertas patologías en su infancia, y para toda su vida. Algunas de ellas; mayor incidencia de trastornos respiratorios, como es el caso.

Tampoco aquí me extenderé sobre las causas de todo ello, desarrollado ampliamente en todas mis obras anteriores.

De nuevo:

La ignorancia de las mujeres.

La falta de actualización de l@s profesionales.

La no implementación de preparación a la maternidad del sistema de salud para actualizarla y que deje de ser una especie de “adocctrinamiento o domesticación” para un parto dirigido e intervenido, en el que ella lo que debe hacer es portarse bien, y obedecer y confiar ciegamente en los protocolos que l@s profesionales le apliquen.

La sumisión a las estructuras de poder.

La falta de empoderamiento de las comadronas, a su vez, sometidas a la jerarquía patriarcal del sistema obstétrico. Sabemos que los partos atendidos por comadronas tienen un mucho menor índice de cesáreas que los asistidos por obstetras.

La desposesión de los cuerpos, los procesos reproductivos, la medicalización iatrogenizadora disfrazada, perversamente de salvadora.

La abducción de las conciencias de mujeres y profesionales.

La dominación desde la vulnerabilidad extrema y el miedo de la madre reciente, cuyo máximo terror es que a su criatura le pase algo malo.

La violencia obstétrica y pediátrica. De esta última no se habla. Es en la que yo profundizo más en mi última obra, directamente vinculada a la obstétrica y a la maternidad.

De nuevo, Andalucía tiene el mayor índice de cesáreas del Estado. El mayor índice de violencia obstétrica.

Tampoco debo extenderme aquí sobre la violencia obstétrica-ginecológica y todo lo que ellas implican. De nuevo, está desarrollado en mis obras, y en otras muchas autoras que en los últimos años están abordándola.

Pero no puedo dejar de denunciar que muchas de las mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia, han vuelto a revivir esa experiencia en alguna de las etapas de sus procesos de maternidad. El parto, es uno de los más frecuentes. En sus propias palabras, una de las mujeres que había sufrido violación repetida durante años en su infancia y en su casa contaba: *“estando en la camilla de partos, volví a sentirme violada e indefensa. Miraba la actitud de l@s profesionales que me rodeaban, cómo charlaban entre sí de cosas banales, bromeaban, abrían y cerraban la puerta, mientras yo, con las piernas abiertas y atadas, esperaba el enésimo tacto del siguiente estudiante, aterrorizada mientras escuchaba en los monitores unos sonidos del corazón de mi bebé que no comprendía, y escuchando cómo entre dos de ell@s se cuchicheaba que habría que pensar en una cesárea”*. Efectivamente, así acabó, en una cesárea, en la que felizmente, nació una criatura sana.

Es imposible saber (porque frecuentemente ni tan sólo ellas lo tienen en su memoria consciente) cuántas de las mujeres con patologías obstétricas las han tenido precisamente porque estaban reviviendo una agresión antigua. Más allá: patologías ginecológicas: dificultades para procrear, para tener un embarazo sano, una sexualidad plena, una maternidad fisiológica y saludable, han estado condicionadas, y biológicamente secuestradas de los abusos sexuales sufridos en la infancia y/o juventud. Con biológicamente pretendo decir: emocional, energética y físicamente secuestradas en una experiencia traumática antigua.

4.5 La fibromialgia: el dolor oculto en el cuerpo y aumentado por l@s que “cuidan-curan”

Marisa. Mujer de cuarenta años. Casada. Madre de dos jóvenes de veinte y veinticuatro años. Ama de casa. Esposo agricultor.

Motivo de consulta: fibromialgia, dolores en todo el cuerpo, cefaleas diarias, crónicas, insomnio, depresión, todo ello, de diez años de evolución y eczema crónico desde los venticuatro años. Tratamientos recibidos a lo largo de diez años: antiinflamatorios, antidepresivos, relajantes musculares, corticoides. Veinte pastillas diariamente, desde hace diez años. Antibióticos en períodos cortos pero muy frecuentemente por diagnóstico de infecciones de orina.

En una primera fase: Hay una iatrogenia derivada de catorce años de antibioterapia indiscriminada y casi continua, con más diez años de multifármacos. Esto es lo urgente de desintoxicar. Empieza el trabajo de cuidados. Recomendando que siga en yoga, de donde viene derivada. Así como que inicie una alimentación hipotóxica. En ese momento en su ciudad no había modo de conseguir productos ecológicos, así que le sugiero sólo las recomendaciones generales, sin entrar en ese punto. Empezamos desmedicalización, y tratamientos habituales con recursos de homeopatía, oligoelementos y suplementos orgánicos. Masaje semanal y reiki.

A los tres meses: desaparece toda la medicación alopática. Desaparecen las cefaleas, pierde peso, y casi desaparece el eczema, duerme mejor, sube la vitalidad.

Empieza a aparecer el auténtico iceberg: síntomas que llevan años, pero no nombrados en el inicio: dolor en el coito, anorgasmia y tenesmo vesical continuo.

A los siete meses, vuelvo a verla, y aparecen finalmente, las causas primeras abusos sexuales a los ocho o diez años. Silenciados hasta ahora.

Mejoría progresiva.

Dos años del inicio de tratamiento que dice: *“¡Siento la confianza de que puedo!, algo nuevo en mí, otra cosa que no tenía hace muchos años, ganas de estar con los míos, que aunque haya problemas podré con ellos, los demás me lo ven, y me dicen que estoy mejor!”* ningún síntoma de vejiga ni de cefaleas, ni insomnio. Inicia orgasmos y vida sexual placentera por primera vez a sus cuarenta y seis años.

A los dos años y medio, doy el alta. Asintomática. Solo eczema reaparece puntualmente.

A los tres años, y tras quince más, sigue bien. Asíntomática, Mejor de todo, activa en el pueblo, escuela de adultos, asociación contra la fibromialgia, yoga, vida normalizada... *“yo en mi interior sé y siento que ya no soy una enferma, sólo no puedo hacer enormes esfuerzos, como pintarme yo sola una casa. Sigo aprendiendo, y a recuperar el placer de mi cuerpo...”*

En esta ocasión he querido calcular también el coste económico social y personal de esta situación.

Coste: si hubiera seguido su tratamiento en el sistema de salud público:

X Años... de manera indefinida... de cuatro a nueve fármacos diarios. Varias dosis diarias de cada uno... Treinta diarias en total.

Visitas regulares toda la vida a médicos.

Dependiente del sistema y de su familia.

Cronificación. Deterioro psicofísico, familiar, laboral. Generación y ampliación de nuevas enfermedades crónicas y agudas por iatrogenia continua.

Esto implica: decenas de miles de euros. Un coste incalculable e invaluable en lo personal, familiar, social. Un sufrimiento crónico.

Coste real en 2 años y medio de tratamiento hasta la curación.

Como contrapartida, hemos podido lograr:

- 10 euros por mes en yoga. Dos años. 200 euros.
- 15 euros por trimestre en masaje. 120 euros.
- 60 euros por 8 consultas. 500 euros.
- Tratamientos homeopáticos. 20 euros.

Total: 870 euros en dos años y medio. Dos años y medio de atención sobre sí misma. Vida funcional, que crece en todas las dimensiones, y libre de fármacos, efectos indeseables y médicos. Reflexión obligada sobre lo que suponen estos costes en la sanidad pública. Millones de ahorro para el erario. Caída en picado de nivel de sufrimientos y dependencias innecesarias en la vida de muchos miles de mujeres y familias.

La fibromialgia es identificada como uno de los malestares corporales que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad. Este malestar se ha relacionado con condiciones que se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, hecho que implica que las propias necesidades queden desatendidas. Además, algunos estudios sugieren que los estereotipos de género influyen en la práctica profesional, infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral. Estos mismos estereotipos podrían estar condicionando un posible sesgo de género en sentido inverso, con un infradiagnóstico de este tipo de problemas en los hombres al ser considerada como una “enfermedad de mujeres”.

5

La sexualidad secuestrada

5.1 Cuando la ignorancia y el miedo llevan al absurdo. HPV como amenaza para una sexualidad libre

Rocío. Mujer de cincuenta y cuatro años. Soltera. Relación estable de cuatro años. Él, es padre de una hija . No conviven toda la semana. Sólo los fines de semana, por localización del trabajo de cada uno.

Ella se reconoce muy enamorada.

Motivo de consulta: Busca negativizar el HPV. (Papiloma Virus humano).

Y evitar una nueva intervención sobre su cuello de útero.

Diagnostico clínico: HPV positivo. Citología normal.

Hace tres años ya fue diagnosticada por HPV positivo, y por eso le hicieron una conización (resección quirúrgica de cuello de útero parcial en forma de cuña). También le pusieron vacuna contra el HPV, tres dosis. Ha vuelto a dar positivo al HPV. No sabe cómo abordarlo. Se niega a extraerse el útero que es la opción que le da el ginecólogo, pero no ve otra salida. Se siente culpable, sucia, avergonzada e impotente. Sobre todo, muy asustada tras lo que le ha comunicado el ginecólogo, puesto que según ella ha entendido que si no se opera, el riesgo que tiene es el de contraer un cáncer de cuello uterino,

Muy conflictuada con el tema maternidad: de una parte, asegura que siempre tuvo rechazo a tener hijos, y de otra que se autoreprocha no haberlos tenido.

A lo largo de su relato vital, aparece una y otra vez su experiencia sexual como conflicto. Siempre buscando ejercer su sexualidad libremente, pero a la vez sintiéndose rara y culpable por ello. Porque, aunque era mujer muy independiente, en el momento en que establecía una relación sexual, se sentía muy vulnerable, y en una posición de *sometimiento*. En esta ocasión sentía que por primera vez: *“este es el hombre de mi vida... a la vez siento que este diagnóstico es como un castigo de mi manera de vivir la sexualidad”*.

Ya hemos hablado anteriormente del HPV ampliamente. Aquí sólo nombraremos algunos temas añadidos.

Cuando le hicieron la anterior cotización, nunca la informaron de que eso no aseguraba que no volviera a aparecer el HPV.

No le han aclarado que tener HPV positivo NO es sinónimo de contraer cáncer, sino que se han apoyado en esa circunstancia para aumentar el miedo, y manipular así su decisión hacia la intervención. No puedo saber si tal profesional lo ha hecho consciente o ignorante de esa realidad. En cualquiera de ambos casos, es responsable ya sea de ignorancia injustificada, ya sea de manipulación y falta de claridad.

Tampoco le han aclarado que puede tener HPV positivo, pero si la citología es normal, no ha de preocuparse del tema cáncer en absoluto por ahora. Basta con observar una vez al año o cada dos años la evolución. Y cuidar su inmunidad y su modelo de vida. Cuidarse.

Una vez más, quien atiende su tema ginecológico, no pregunta, ni escucha ni conoce la sexualidad de esa mujer y lo que puede haber en su biografía, sus fantasías, sus temores en relación a todo ello. Se la abandona a sus propios fantasmas, y se le condiciona así, no sólo su historia ginecológica, sino también la sexual y la vital.

Una vez más, la culpa y automenosprecio por gestionar su cuerpo, su sexualidad, su placer y su vida según su intuición.

Más ignorancia. Más sumisión. Más desposesión. Más manipulación. Más encarnizamiento médico disfrazado de salvación. Más desconexión de sí misma. Más culpabilización añadida a la historia de las mujeres, y de su placer.

¿Cuántas mujeres son sometidas a esas extirpaciones de manera injustificada?

¿Cuántas vacunas han sido puestas de manera inadecuada y en contra de las recomendaciones médicas, aún suponiendo que estuvieran justificadas?

Las buenas noticias:

Tras primera consulta, manifiesta: *“Me doy cuenta de que yo estaba necesitada de una relación mucho más sutil, menos genitalizada, y sin embargo, me había ofrecido y sometido a la suya porque me puse al servicio de su deseo, mucho más genital que el mío. Porque me culpaba a mí misma de tener un concepto demasiado “especial” de la sexualidad. Porque, aunque soy muy activa y la disfruto mucho, no siempre es el coito el que me satisface, y yo necesito un punto de comunicación y sutileza que no había llegado a expresarle con claridad. Necesito mi ritmo. El virus ha dejado de ser un peligro mortal para mí.*

5.2 La sexualidad como pecado. La ignorancia como patología y riesgo

Eva. Veintidós años. Licenciada en una especialidad sanitaria. Vive con los padres aún. Tiene novio hace años.

Motivo de consulta: dolor en clítoris y ciclos irregulares. Desde hace aproximadamente dieciocho meses.

Ya ha sido vista en consulta por médico de familia (masculino).

Hábitos de salud correctos según nuestros criterios, en todos los aspectos. Ningún antecedente de enfermedades.

Según describe, el médico de familia la ha visto en consulta, la ha explorado y le ha asegurado que lo que ella describe como un bulto que aumenta repentinamente en sus genitales (tamaño castaña pequeña, según sus propias palabras) y con molestia dolorosa, es su clítoris.

Es un síntoma fluctuante... que va y viene sin que ella haya observado relación con nada en concreto.

Mientras hago la anamnesis, lo cual suele llevarme de una hora a dos de media en la primera consulta, voy detectando:

1. que ella profesa creencias católicas muy arraigadas y una confusión respecto a temas donde se mezclan: placer, deseo, pecado, cuerpo y sexo.
2. que tiene una relación con su padre de “hija complaciente, obediente y modélica”. Destinada a suceder al padre en su profesión y en su puesto de trabajo. Origen de fuerte estrés que detectamos en esta primera sesión.
3. que tiene un perfil ansioso hipocondríaco unido a una muy alta autoexigencia.
4. que tiene un desconocimiento de su cuerpo y sus necesidades muy grande, pero sí muchos patrones rígidos de comportamientos.

Avanzamos, dando mucho tiempo a la escucha y a no dar nada por sentado y de manera muy sutil para que no pierda la naturalidad en su relato y el vínculo de confianza se vaya estableciendo. Poco a poco, va abriéndose. Observo que tiene miedo de ser enjuiciada como “beata” o “estrecha”. La animo a expresarse con libertad y desde la empatía, va expresándose.

Así, asegura que aunque antes ha tenido relaciones sexuales coitales con su novio, hubo un momento, en que ella (en una experiencia “espiritual”, en un retiro) sintió que tener relaciones sexuales era pecado. Y que debía fortalecer su voluntad para no volver a tenerlas hasta que se casaran. A pesar de eso, a veces “caían en la tentación” y la tenía, y eso la hacía sentir muy mal.

Indago con delicadeza en tema deseo... y lo que me responde es que *“él tiene sus necesidades, el pobre”* ... continúo sobre sus orgasmos, y sólo su gesto ya me indica que no los ha experimentado nunca. Según sus palabras: *“bueno... no estoy segura si he tenido o no”*.

Paso a la exploración, que solemos hacer con un espejo delante de sus genitales... y sin indicarle nada, ni informarle aún de nada, para dejarla a su expresión más espontánea, le hago señalar dónde ella ha visto esa inflamación de

la que habla y ese dolor... y... me indica: “aquí, en el clítoris”... mientras me señala con el dedo ¡el meato urinario!

Cuando le informo dónde está el clítoris, señalando cada estructura con precisión en su cuerpo, ayudada con láminas de fotos al natural, se asombra e insiste en que el médico de familia le había dicho que eso (el meato) era el clítoris.

Podemos partir de dos hipótesis:

1. que ella no comprendió bien las explicaciones del médico.
2. que el propio médico —según ella muy joven— tampoco lo supiera o no consiguiera explicarlo correctamente.

Cualquiera de las dos hipótesis pone de manifiesto varias realidades preocupantes avanzado el siglo XXI en Europa. Las enumeraré sin diferenciar una de la otra:

- desconocimiento total de su cuerpo en una joven menor de treinta años de su cuerpo.
- desconocimiento total de su cuerpo en una joven que ha hecho estudios de ciencias de la salud.
- desconocimiento y desconexión de sus necesidades.
- desconocimiento total del joven (pareja) del cuerpo de ella, y de sus necesidades y cuál es su papel en ello.
- descuido completo de ambos sobre cuáles son las necesidades de ella, centrados en las de él.
- desconocimiento ya sea de la anatomía genital de las mujeres por parte del médico, o de la manera en la que debe abordar (mostrar) enseñar a una mujer joven lo más básico.
- reduccionismo mecanicista cartesiano del método del profesional médico al no indagar en absoluto la experiencia corporal-sexual de su paciente, y limitarse una vez más al síntoma-órgano.

- situación penosa, mediocre y peligrosa para la población del sistema universitario y de docencia actual que ha formado y licenciado a profesionales como este en el siglo XXI.
- obviamente, conflicto interno serio de Eva, entre sus deseos (que aún no sabe reconocer), sus creencias, la comunicación con su novio, y su sometimiento a la expectativa y voluntad paterna sobre su futuro inmediato profesional. Todo ello, pendiente de ser reconocido y trabajado.
- no entro en el tema moral, supuestamente religioso, que pone de manifiesto esta historia. Es de una evidencia que no estaría justificado que me extendiera en analizar algo que creemos anacrónico, que hemos sufrido en nuestra España por los siglos de los siglos, y que tanto daño ha provocado. Sigue provocando. Sólo expresar que a mí también me cogió de sorpresa. Francamente, a pesar de que considero que estoy muy en contacto con el mundo real, no estaba preparada para encontrarme un caso así. Pero esta realidad también existe. Me temo que no sólo en el sur.

6

La maternidad. Realidad y ficción

6.1 Cuando las experiencias de las maternidades destapan la caja negra

Ana. Mujer de treinta años. Que transita su primer y planificado embarazo junto a su pareja, felizmente. Se prepara con nuestro entrenamiento y apoyo para un parto respetado en un centro hospitalario, cuando ya habíamos logrado que se implantaran los planes de parto. Para ella era importante poder elegir las condiciones de su propio parto, y conseguir un parto lo más fisiológico, respetado y amable posible para ella y su bebé. En el sistema hospitalario público. Todo sucede con éxito, según sus deseos. Reciben a su bebé plácidamente y tienen un postparto tranquilo. Pero a las pocas semanas, debuta un dolorimiento de pezones que progresiva y rápidamente se traduce en grietas en ambos pechos. Habitualmente estos casos remiten rápida y fácilmente con ayudas locales, con la revisión y el ajuste de la técnica de amamantamiento, a veces también con ayuda homeopática, y siempre salvando la lactancia materna. Pero en esta ocasión algo muy extraño sucedía: las grietas, o curaban y volvían a abrirse, o se quedaban y eran cada vez más profundas. Uno de los casos más dolorosos y duros que he podido atender. No respondía suficientemente a ninguno de los recursos terapéuticos, ni locales, ni homeopáticos. Llegó a aceptar tras la insistencia de su familia y pareja, tomar antibióticos y tratamien-

tos alopáticos, sin que tampoco estos dieran resultado ninguno. Finalmente se aliaron su enorme necesidad y desesperación y mi intuición. Y ellas nos indicaron que había una información que, o se me ocultaba o se me escapaba y escapaba a ella misma. Efectivamente, ella lo permitió y juntas pudimos ir de nuevo “tirando del hilo”, hasta encontrar la herida original: abusos sexuales prolongados en la infancia y la adolescencia, que tenía enterrados en su memoria. En parte de forma consciente y en parte inconsciente, no había podido ni querido abordarlos antes. Entre otros motivos, porque ella no había notado nada anormal en su vida afectiva ni sexual de adulta. también porque como es frecuente, la persona implicada formaba parte del núcleo familiar. Tampoco yo los había detectado. A partir de ese momento, las semanas de dolor, sangrado y angustia por el miedo a perder la lactancia de su bebé acabaron en pocos días. Para nunca volver. La lactancia se prolongó felizmente durante tres años.

Las semanas que duró todo ese proceso, vivió y vivimos otra de las experiencias milagro que hemos vivido todos estos años: la de la magia de la solidaridad entre madres. A través, primero de una de las mamás recientes del grupo de crianza de aquel momento, más tarde con el apoyo del resto, su criatura pudo mantener el consumo de leche materna necesaria para no tener necesidad de lactancia artificial, mientras su criatura seguía lactando y sus pechos y ella se recuperaban. Mientras tanto, se fueron tejiendo redes de afecto, apoyo y sostén y aprendizaje mutuos, que perduran tras los años transcurridos.

Una vez más, la curación del síntoma fue de la mano de la sanación de la herida profunda. Ana inició un proceso sanador propio y de toda su familia de origen, que ha continuado en el tiempo: impulsándola en su evolución y crecimiento como mujer y profesional, abandonando su puesto fijo de trabajo, que no la satisfacía, formándose de nuevo en temas relacionados con salud maternoinfantil, cambiando de profesión y, en definitiva, empoderándose de su cuerpo, sus procesos y su vida. Ofreciendo así a su hija, uno de los mayores regalos que es posible ofrecer a una criatura: una madre más ligera de “equipajes lastrantes” del pasado, una madre que representa un referente de que es posible curarse y sanarse, en el tiempo, en lo profundo, y en un proceso también en cascada: del pasado al presente, y al futuro. Al dar la vida, y querer

ofrecer lo mejor de sí mismas, estas mujeres consiguieron también como muchas otras, encontrar lo mejor de sí mismas. Aunque para ello debieran ser tan valientes como para levantar las viejas alfombras, remover los viejos desvanes y sótanos, y descargarse de antiguas, ocultas y tóxicas mochilas. De paso, ir criando a nuestras criaturas para la conciencia y no para la ceguera, como diría Claudio Naranjo. O como diría nuestra Victoria: sin necesidad de dejar huérfana de madre a su criatura, teniendo que elegir entre sus pechos y la lactancia, entre su bienestar y el de la criatura, entre las indicaciones médicas de “deja la lactancia” y su intuición y voluntad de seguir lactando.

6.2 ¿Igualdad en la crianza? La regresión en la crianza en un hecho

Luz. Mujer de treinta y siete años. Licenciada y doctorada en una rama de ciencias del mar. Origen socioeconómico medio-alto. Madre reciente de bebé de cinco meses. Convive con padre de la criatura y la criatura.

Motivo de consulta: tiroiditis de Hashimoto. Provocada por iatrogenia durante su embarazo. Necesidad de seguimiento de la salud de la criatura, que presenta estreñimiento con facilidad, aunque está en lactancia materna.

Ella tiene desde niña trastornos digestivos de estreñimiento crónico, asma, hace años asintomático, y un cansancio crónico que empieza en la adolescencia. Cuando avanzamos en la indagación, se destapa que durante su adolescencia muere su hermana menor, tras una enfermedad degenerativa y progresiva de cinco años de duración, también de origen iatrogénico. Ella queda como hija única.

Experiencia en la juventud de varias parejas (relaciones corta en general) que la dejan o deja por infidelidades repetidas.

Biografía de alta exigencia académica. Exitosa. Antes de los veintitrés años, licenciatura. Antes de los veintiocho, dos postgrados y un doctorado. A los treinta toma la iniciativa de crear una empresa desde otro país extranjero, de la que es responsable técnica actualmente.

Decide ser madre en esa situación. Con un hombre que a su vez ya es padre de tres más. Con dos mujeres distintas de distintos países, y que no mantiene buena relación con todos sus hijos. Ni con su propia madre.

Ella trabaja intensivamente todo el embarazo. Sólo descansa un par de meses en el postparto, manteniendo, además, la lactancia a demanda. Sostiene económicamente a la familia en la mayor parte.

Cuando nos adentramos en la situación actual, aparece: conflicto entre la pareja porque él aporta poca economía, y poca presencia. Conflicto con la relación entre la abuela materna y el padre porque aquella vive cerca y apoya la crianza, implicando esto una presencia que él no acepta de buen grado, y porque se da una cierta invasión por parte de la madre.

El conflicto entre ambos, lo atribuyen a que Luz tiene “*explosiones inesperadas y desproporcionadas de cólera*” que no tienen explicación. Ella se angustia porque teme que él se marche por ese motivo. Él lo atribuye al exceso de presencia de la abuela materna, y a la hiperexigencia de ella.

Convoco a Luz sola. Indago más allá de lo que ellos me permitían estando juntos. Aparecen varias situaciones reveladoras:

—Él no tiene un trabajo regular, sino precario y con pocos ingresos. Además, no quiere tener otro ni más comprometido ni de más horas, porque esa es su filosofía de vida.

Además, debe colaborar algo con el mantenimiento de los otros tres hijos, que a su vez mantienen una relación difícil y poco clara con ambos.

—ella ya conocía esta situación antes de ser madre. La aceptó e insistió en que deseaba esa criatura. Asumía en ese momento que ella cargaría con el peso económico mayor de la familia, con lo cual estaba dando por sentado que podría sostener su ritmo de trabajo invariable, y además criar a su criatura sin interferir, o lo menos posible, la vida de él. Todo ello, en convivencia los tres.

Ahora, en su fuero interno, detecto que tiene la expectativa oculta sobre él de que asuma la paternidad de manera más activa y próxima. Ella no lo reconoce así. De hecho, ella lo justifica a él cuando estamos los tres. Entre otros motivos, probablemente, porque no le es posible reconocer que se siente necesitada, que ni emocional ni físicamente alcanza a todo lo que creía poder

alcanzar *antes de*. Una vez más, la regresión emocional que trae el ser madre, y el período de crianza, ha aparecido sin que ninguno de los dos sepa ni puedan reconocerla como tal. Tampoco le resulta fácil reconocerse en su vulnerabilidad. Se culpabiliza por sus “explosiones inexplicables”, sin comprender que son expresiones de su desbordamiento y la no atención a sus necesidades por la vía correcta.

Él se suma a ello desde el reproche y detecto que desde su propio conflicto sin resolver de adolescente aventurero que no llegó aún a integrar con la madurez del padre proveedor.

No podemos olvidar que ella vivió gran parte de su infancia y adolescencia con cierto abandono emocional —debido a la situación de enfermedad y muerte de la hermana.

Una vez más, la autoexigencia de las mujeres.

Una vez más, la creencia infantil de que cuando mi bebé nazca seguiré mi vida como siempre.

Una vez más, la dificultad de él de salir de su propio ombligo, cambiar sus planes o modelo de vida, para adaptarlo al de la criatura, la pareja, en definitiva, la familia que él también decidió crear.

Una vez más el patrón adolescente de ambos que reaparece: ella joven hiperexitosa e hiperautoexigente que debe cumplir a tope expectativas dobles de sus padres. Él, joven adolescente, escapando de familia tóxica o exigencias, en busca de vida aventurera.

Una vez más la trampa que ni conocemos ni da la cara del todo hasta que nos hacemos mapadres: hacerse madre o padre va mucho más allá de una “tercera boca” o “un gasto más”. Implica una transformación de ambos. Implica reformular un proyecto común. Implica un compromiso muy profundo no sólo con el otr@, sino con un@ mism@ para poder hacerse cargo del acompañamiento vital de un tercer@ totalmente dependiente. Mientras sigues dispuest@ a mover casi todas tus estructuras internas, revisarlas, resetearlas, saneirlas. Ese es un proceso *durante* la experiencia. Imposible hacerlo por adelantado. Puede preverse, informarse, prepararse, pero aún así, habrá que vivir-

lo y transitarlo. Una enorme proporción de parejas se quiebran en esta primera etapa.

Al igual que vuelve a suceder en la adolescencia de hijas e hijos. No podemos sostener nuestras propias carencias pendientes.

Además, a pesar de ser mapadres recientes, hay seguir viviendo como ciudadanas y ciudadanos supuestamente normales: es decir, trabajando, pagando alquiler, agua, luz, teléfono y todo aquello que implica una vida en este siglo XXI en este país.

Hemos pasado del modelo patriarcal de la mujer que deja todo para atender a la prole (sin posibilidad de elegir otras opciones) mientras él hace de proveedor y cazador, al modelo patriarcal capitalista liberal pseudofeminista, sin conciencia de lo que supuestamente estás eligiendo de: ella no deja nada, sigue su vida como siempre, él provee a medias, o a veces a un cuarto, la abuela materna sustituye a la madre, o la madre carga con sesenta, ochenta, noventa o cien por ciento de la crianza, además de...

Todo ello, con el nuevo y actual discurso de *“queremos hacer una crianza respetuosa y lo más natural posible”*. Sin reconocer que eso es un discurso teórico, que implica no sólo un deseo con unos contenidos más o menos coherentes con tus ideas, sino sobre todo comprender en profundidad qué significa *respetuosa y natural*.

No quiero dejar espacio a confusiones. Creo y trabajo personal y profesionalmente hace 40 años para que eso sea posible. De hecho, es lo único que todavía hoy mantengo como máximo interés: apostar por un inicio de la vida respetuoso en todos los sentidos. Pero... imposible que sea respetuoso sólo para la criatura y a la vez lo sea para la madre. Debe serlo para tod@s. Eso implica que en este modelo social patriarcal que nos dirige la vida, esto se torna imposible. Sólo personas muy creativas, muy libres de condicionamientos sociales y económicos, muy sobrias en su modelo de vida, muy trabajadas internamente, y con una muy buena red social pueden intentarlo con algunas posibilidades de éxito. Es casi una utopía. Tal vez por eso los gobiernos de los países escandinavos han optado por apoyar ese período de fragilidad familiar, como implemento para la salud pública y la prevención primaria. Sostienen

económicamente el primer año de la vida de la criatura con dinero público, y ofrecen múltiples apoyos hasta pasados los tres años, para favorecer la crianza respetuosa sin que sea a costa de la salud de la madre ni de la criatura. Mucho más apoyo si además son madres solas.

Este período crítico en este perfil de familias tiene estas formas, pero en las familias más vulnerables económica y socialmente, es mucho más dramático. Es caldo de cultivo, para la presencia de violencia, enfermedades, conflictos, y en definitiva todo aquello que arrastra la pobreza y la falta de recursos.

Sabemos que la crianza de hijos es uno de los motivos más importantes para entrar en riesgo de pobreza. Sabemos que el ochenta por ciento de los hogares monoparentales son de mujeres criando solas. Sabemos que el sur es la población con más riesgo de pobreza de la península. Saquemos conclusiones.

6.3 Una mirada de género a una experiencia de maternidad joven

M. Mar. Joven de veintisiete años. Sana. Familia estable. La mayor de dos hijos. Clase media. Padre profesional técnico. Madre, ama de casa. Ella licenciada en una rama de ciencias de la salud.

Él. Treinta y tres años, familia de profesionales liberales y acomodada. Hijo único. Licenciado, también.

Embarazo deseado no planificado e inesperado. Pareja no establecida. Es una pareja casual. Aunque ambos expresan deseo de estabilizarse, tener la bebé, criarla juntos.

Deciden pasar el embarazo en la ciudad de origen de ella, así como el parto y los primeros meses de crianza y lactancia. El embarazo se desarrolla en buenas condiciones. Todo transcurre con normalidad, ambos centrados en el proceso de embarazo e ir construyendo su nido provisional. Acuerdan: ella asumir parar su actividad profesional por un tiempo, para cuidarse lo mejor posible, mantener al menos un año su dedicación a la crianza con el objetivo de no tener que recurrir a abuelos, ni a institucionalizar en guardería a la criatura, así como alargar la lactancia materna exclusiva seis meses (siguiendo todas las recomendaciones internacionales para beneficio del desarrollo de la criatura). Con

alta probabilidad de alargar esa situación hasta la edad de tres años en que la criatura ya pudiera integrarse en escuela. Él se ocuparía de acompañar ese proceso mientras hace de proveedor económico en esa etapa. El primer año, en el lugar de origen de ella, luego en el país en el que ambos habían proyectado vivir. Vamos observando dificultades por parte de él en cuanto que no asume completamente su parte de la responsabilidad acordada. Se pone al descubierto que él nunca ha sido autónomo económicamente. Su familia está dispuesta a asumir esa responsabilidad mientras él pone en marcha su propia autonomía económica durante el tránsito de embarazo y crianza.

Mientras todo esto sucede, él no da ninguna señal de querer integrarse en el entorno ni en la vida de ella, entorno que le es ajeno por completo. Mantiene la disposición de seguir viajando como ha hecho en los últimos años.

El parto tiene lugar felizmente. Nace una criatura sana. Pero aún en la cuarentena, él ya plantea dificultades. Son las típicas de cualquier pareja en la que el proceso de maduración individual no se completado. Regresiones y comportamientos infantiles por parte de él. Sentimiento de soledad e incompetencia, por parte de ella. Demanda de atención exagerada por parte masculina (en la típica actitud de competitividad con la criatura). Reproches de “no me prestas atención” “no te importo”, “tu familia nos invade”. Él tiene graves dificultades para asumir las necesidades de ella en postparto y lactancia, la deja sola repentinamente a cualquier hora si tiene un acceso de cólera o discusión, amenaza con irse del país. Mientras tanto, ella vive su propio proceso de regresión, con el agravante de que no se atreve a hacer demanda clara de apoyo a su familia para no generar conflictos con él, ni sentirse reprochada por ella, sentimiento de culpa respecto a él, por verle infeliz y autodescalificación en su rol de madre porque siente que el estrés que vive puede afectar a su criatura. Sin embargo, la que verdaderamente sostiene la lactancia y la crianza es ella. Obviamente, con el apoyo de la familia de origen y su entorno natural. De hecho, es capaz de mantener la lactancia exclusiva con éxito y sin mayores trastornos hasta los seis meses, a pesar de las dificultades y la partida de él a los cuatro meses. Además, asume el mayor peso económico.

A los cuatro meses, él plantea a M Mar la alternativa entre irse los tres o irse él sólo... porque según dice: *“yo no puedo aplazar mi vida indefinidamente”*. Él, previamente al embarazo tenía el sueño de viajar a ese país lejano. Obviamente, ella también tenía los suyos, que decidió aplazar de manera indefinida, para poder criar a su criatura del mejor modo posible. Incluso quería compartir el de viajar juntos a ese mismo país, pero proponía hacerlo cuando la criatura alcanzara al menos un año para evitar pasar el frágil primer período de postparto y crianza aislada en un país desconocido y solos. Todo esto fue tratado con ayuda terapéutica. Aún así, decide irse solo.

Rompe los acuerdos. Ofrece sólo la mitad de los gastos económicos de la criatura, aludiendo a que ambos tienen las mismas responsabilidades y obligaciones. Lo más sorprendente: ella lo acepta. Su razonamiento: *“es que no quiero que me mantenga”, “ya trabajaré yo”, “mi orgullo no me permite que pague él mi mantenimiento”*. A pesar de que el acuerdo desde el inicio (consensuado) había sido que elegían ambos la dedicación exclusiva de ella a la crianza, con el apoyo de él, a favor del mejor desarrollo de la bebé, el no agotamiento de ella, y no querer depositarla en manos de terceros.

En realidad, no gran cosa de todo esto es sorprendente. De hecho, es algo mucho más frecuente de lo que imaginamos, aunque tiene muchas formas distintas de presentarse. Por eso lo recojo aquí. Por un lado, es representativo de toda una etapa de la vida de las mujeres, de las parejas, de las familias. Que en absoluto ha quedado atrás, sino que se mantiene e incluso yo diría que va en aumento, en la medida en que las mujeres se hacen más autónomas profesionalmente. Este caso tiene varias cosas peculiares:

- es una pareja joven.
- una pareja con nivel socioeconómico y académico medio alto.
- una pareja que rompe los cánones de ser provincianos, porque han recorrido mundo.
- una pareja que aparentemente han negociado sus roles con claridad y han alcanzado acuerdos.

- buscan ayudas externas.
- dos de las ayudas externas son profesionales mujeres y supuestamente, de perfil feminista.

Pero lo que aquí es peculiar, incomprensible e indignante: ella ha ido al centro asesor de la mujer, y allí también le han indicado que eso es lo mejor, puesto que se trata de llevar a cabo “la igualdad de derechos y responsabilidades”, y es lógico que “repartan las responsabilidades al cincuenta por ciento”. Su psicóloga opina lo mismo.

No quiero hacer aquí el análisis exhaustivo de esta situación. Porque el sólo hecho de tener que hacerlo ya me parece innecesario y alarmante. ¿No es obvio que el trabajo de ella a lo largo de nueve meses, más el parto, más el primer año como mínimo, es un trabajo? ¿Hay que explicar aún que el valor de ese trabajo es invaluable?, ¿que no es posible pagarlo con nada? ¿Que nadie lo puede realizar en su lugar, ni se puede aplazar? ¿Que las consecuencias a corto, medio y largo plazo para la criatura son innumerables y de largo alcance? ¿Que la consecuencia para la madre si se esfuerza en trabajar fuera de casa para sostener ese cincuenta por ciento, en lo inmediato es de un estrés brutal, de larga duración y amplias consecuencias?

¿Alguien puede ponerle valor económico a ese trabajo? ¿Alguien puede tener la absurda idea de añadirle a ese trabajo que “trabaje como él, y asuma como él los gastos de la criatura al cincuenta por ciento”?

Debo de estar haciéndome demasiado mayor. Porque ya no me da la paciencia para seguir explicando cosas que a estas alturas (y especialmente entre profesionales) ya deberían ser obvias. ¿Cómo han podido recomendarle profesionales mujeres que asuma semejante disparate?, ¿cómo ella misma lo ha aceptado?, ¿cómo la propia familia, amparándose en que hay que mantener el orgullo, también lo apoya del mismo modo?

No sólo estamos huérfan@s de madre en esta sociedad. Estamos sencillamente, huérfan@s.

Vuelvo a cerrar este capítulo de nuevo con la lucidez de Victoria: *“Entre el ayer y el hoy no hay tantas diferencias... el vacío de la maternidad es una*

infamia que sigue ahí y entra en colisión con la auténtica democracia, con los derechos humanos, con la inteligencia... si no somos de capaces de pensar en un mundo a dos (hombre y mujer), a tres (criaturas), a cuatro (ancianidad)... o a cinco ... o a seis: a todos y todas”.

7

En lo macro. Datos relevantes del sur

7.1 Puntos comunes a las historias relatadas. Algunas reflexiones

Mujeres de cualquier edad. Mujeres en procesos de crisis de maternidad. Crisis de pareja. Mujeres diagnosticadas de enfermedades crónicas y supuestamente irrecuperables, de todo tipo. Mujeres con biografías de violencia o maltrato de diferentes tipos. Mujeres en busca de su identidad. Mujeres que aún padecen en sus cuerpos, sus almas y sus vidas la expresión de un mundo de estructura patriarcal en múltiples formas:

- Diagnósticos de enfermedades crónicas, pronosticadas como irrecuperables, que demuestran que pueden curarse.
- La curación es posible cuando se respetan las necesidades, se dan las posibilidades, el tiempo y cuidados necesarios, la persona es activa y comprende su propio proceso y se siente acompañada. Y los recursos terapéuticos cumplen el principio hipocrático *Primum no nocere* (primero no dañar).
- Sobrediagnóstico y sobretratamiento inútil o ligado a iatrogenias con largas y graves repercusiones en la salud.

- La inoperancia y violencia de un sistema de salud público y privado que no atiende ni resuelve la mayor parte de dolencias. Y frecuentemente las cronifica.
- La enorme resiliencia y capacidad de muchas de ellas, si encuentran escucha activa, recursos útiles, y el modo de comprender que su cuerpo y su vida son una unidad y ellas tienen el poder y la responsabilidad de cuidarlos, respetarlos y recuperarlos. Con ayuda eficaz.
- Las mujeres seguimos cargando con el mayor peso de cuidados de familia nuclear y extensa.
- También cargamos con el peso económico. A veces el cincuenta por ciento, frecuentemente más, y en algunos casos, menos.
- Seguimos cargando con el peso emocional y educacional de los hijos e hijas, en la mayor proporción.
- Sufrimos más la inestabilidad laboral o economía sumergida.
- Seguimos callando gran parte del maltrato verbal, emocional o psicológico, familiar o institucional. O lo minimizamos. Muchas, tras la cincuentena llegan a la conclusión de que sin haber sufrido lo que técnicamente se define como malos tratos, hemos padecido diferentes tonalidades cercanas a ellos.
- Somos las más medicadas. Las más enfermas. Pero las más independientes.
- Seguimos siendo las que cargamos con la responsabilidad del cuidado de la alimentación y salud de la familia, así como el cuidado y nutrición de los lazos familiares.
- Si tenemos en cuenta la interpretación de la psicósomática y la frecuencia de enfermedades y causas de muerte, nos da luz sobre esa parte de la epidemiología, con respecto a las dolencias de mayor incidencia:
 - Cáncer de mama: conflictos de querer “salvar” o maternar equivocadamente a la pareja o a hij@s.

- Enfermedades respiratorias: conflicto de sentir amenaza en el territorio.
- Enfermedades cardiovasculares: conflicto de sentir invasión en el territorio.
- Dolor musculoesquelético: conflicto de dolor reprimido, no expresado, o automenosprecio.
- Enfermedades ginecológicas: conflicto con pareja. Conflicto sexual.

Otros orígenes:

- Disruptores hormonales a causa de la contaminación medioambiental.
- Alimentación tóxica por contaminación agroalimentaria.
- Iatrogenia médica. Tercera causa de enfermedad y cuarta de muerte en occidente.

Respecto a la violencia de género, unas últimas reflexiones. Hay muchísimo escrito sobre el tema. Por eso, no lo abordaré aquí, más allá de los temas ya tocados. Quiero añadir algo sobre la violencia de género en las jóvenes. Sabemos que actualmente casi un quince por ciento de chicas jóvenes temen a sus parejas. también sabemos que esa violencia ha ido en aumento.

Así que algo sigue fallando en nuestra sociedad muy gravemente. En las familias, y en las instituciones. Es obvia la falta de información que muestran muchas de las experiencias mostradas. La falta de educación sobre el conocimiento de los cuerpos, los procesos reproductivos, los autocuidados, la salud. La falta de formación respecto a las relaciones de pareja saludables. La nula asertividad respecto a las relaciones con profesionales sanitari@s. Todo ello y algunos aspectos más deberían tener un lugar prioritario en la educación, la familia y la escuelas e institutos. Y universidades.

Los datos nos dicen que la gráfica de la violencia de género con consecuencias de víctimas mortales vuelve a hacer el mismo movimiento que la del riesgo de pobreza que ya nombramos en su momento. Si miramos las gráficas de

muerres por violencia de género, veremos de nuevo el mapa de la península partido en dos: a excepción de Cantabria, La Rioja, Baleares y Valencia, el resto y a medida que vamos bajando: Castilla la Mancha, Extremadura, Andalucía. Vuelve a ser la mitad, el sur español la que más índices tiene de muerres por violencia de género. No es raro. Riesgo de pobreza, altos índices de desempleo, directamente proporcional a todos los demás parámetros de riesgos. Nos confirma el primer gráfico de los factores determinantes de salud: el modelo de vida que tenemos sigue siendo más dañino para las mujeres que para los hombres. Más dañino que protector para la vida toda. Este sistema está herido de muerte. Y urge seguirlo transformando en otro que proteja la vida, las mujeres, las criaturas, l@s ancian@s, las vulnerabilidades de la población y de la tierra.

Se quedan en el tintero situaciones mil: menopausias maltratadas con los famosos “parches hormonales” fuera de todo criterio médico, cirugías castradoras incomprensibles, tratamientos oncológicos encarnizados generadores de sufrimientos inacabables, mujeres diagnosticadas (o no) de infertilidad, pero sometidas a fecundaciones in vitro repetidas que han vaciado sus bolsillos de euros, y sus almas de alegría, vientres de alquiler, cirugías estéticas... Un largo etcétera que tal vez un día, algunas colegas de las nuevas generaciones tengan la paciencia, el tiempo, la honestidad y la rigurosidad de seguir poniendo al descubierto, y sobre todo, tratando de que dejen de suceder.

Mi experiencia es como si cada una de las mujeres que llegan hasta mí, fuera a la vez una especie de caleidoscopio que me hace entrar en otra mirada, otra área de la vida, de las familias, de las mujeres, de los cuerpos y las almas en las que me obliga a zambullirme, y me muestra sufrimientos (frecuentemente silenciados durante años) de todo tipo. Sufrimientos provocados o facilitados simplemente por su condición de niña, púber, joven o mujer. Vehiculados por personas, estructuras, instituciones. Padres mayoritariamente, pero a veces madres, hombres muy cercanos, profesionales mayoritariamente masculinos pero también femeninos. Sanitari@s, educador@s, funcionari@s. Frecuentemente bien intencionad@s, e inconscientes del daño. Pero tod@s, actuando desde su rol patriarcal marcado por la familia, o por la formación (o deformación) universitaria que les lleva a seguir perpetuando esa agresión a los cuerpos

y las almas de las mujeres de cualquier edad y condición. También hacia los niños y hombres. Pero esa es otra historia.

7.2 Respecto a nuestros determinantes de salud principales

- El envejecimiento está afectando más a mujeres que a hombres en el sur a causa de la disminución de la natalidad, y del aumento de la esperanza de vida. Lo cual ha ido de la mano del aumento de la necesidad de períodos de cuidados familiares, que recaen directamente sobre las mujeres siempre en mayor proporción.
- Ha caído cada vez más el modelo familiar rural de familia extensa próxima que permitía una distribución de cuidados entre el colectivo femenino de cada familia, incluido un vecindario solidario.
- Ambas situaciones han llevado a que las mujeres mayores y en general el colectivo de ancian@s esté más solo, aislado y desasistido, y al mismo tiempo, lo estén las madres de hij@s necesitad@s de cuidados.
- Mayor número de hogares unipersonales de mujeres que en ningún lugar de España. Especialmente en mayores de sesenta y cuatro años.
- Más que nunca en nuestra historia, las mujeres alcanzan mayores grados educativos que los hombres, pero eso no se refleja ni en el empleo ni en los ingresos.
- El cuidado del hogar y personas dependientes es la causa más común de la no búsqueda de empleo.
- A mayor nivel educativo, más conciliación de trabajo laboral y doméstico, pero a pesar de la introducción de la baja por paternidad de los hombres, son insignificantes las demandas que estos solicitan para conciliación.
- El paro, siempre ha sido mayor en el sur que en el resto de la península, pero especialmente, entre las mujeres. Cádiz es la provincia con mayor desempleo del Estado. Tras la crisis del 2020, aún más.

- Más empleos con jornada parcial y contratos temporales que los hombres.
- Renta media menor que los hombres. Mayor riesgo de pobreza. Siendo el sur, a su vez el que mayor riesgo de pobreza tiene en toda la península.
- Menor representación de mujeres en puestos de poder político local y regional que en el resto del Estado.
- Los recursos personales y del entorno social en que se reside influyen en los hábitos de vida y en el acceso a los servicios sanitarios, a la información o a determinadas tecnologías. Y son desfavorables a las mujeres respecto a los hombres
- Las consecuencias de la Pandemia en cuanto al aumento de cuidados, carga emocional, aumento de violencia, de desempleo, de enfermedades mentales.
- La crisis de los cuidados ha ido en aumento puesto que las mujeres de clase media se han ido incorporando al mercado laboral, sin que los varones se hayan incorporado en la misma medida a los cuidados familiares y se han debido dejar parte de los cuidados en manos de mujeres inmigrantes en situación laboral precaria.
- Las mujeres con pocos recursos siguen en una sobrecarga de doble o triple jornada, aumentando así su carga física y emocional, y por tanto favoreciendo el desarrollo de estrés, ansiedad depresión y enfermedades osteoarticulares.
- El desplazamiento del control y cuidados de la salud hacia los mal llamados *Centros de salud* está llevando progresivamente a la población (especialmente la femenina) a una ignorancia y desposesión cada vez mayor de sus procesos vitales, al aumento de uso y abuso de médico y fármacos, y a un aumento de iatrogenia médica.
- A pesar del aumento en los últimos años de hombres con permiso de paternidad, esto no ha conllevado descarga del peso de crianza en las mujeres madres puesto que la lactancia sigue estando ligada a la madre

y es insustituible durante los primeros seis meses. Siendo las mujeres con niveles culturales más altos las que prolongan los tiempos de lactancia en mayor proporción dado que son más conscientes de la repercusión de esa práctica a corto y largo plazo en la salud de sus criaturas, y cuentan con mayores recursos humanos, económicos, y capacidad de planificar.

7.3 Diferencias de género respecto a la salud en el sur

- Mayor índice de sedentarismo en mujeres.
- Mayor aumento de consumo de tabaco entre las jóvenes.
- Aumento del consumo de alcohol en los últimos años en ambos géneros.
- Mejor alimentación entre las mujeres.
- La esperanza de vida sigue siendo mayor en las mujeres, pero con más años de enfermedad.
- Las causas de muerte son semejantes en ambos sexos: cardiovasculares, cáncer y respiratorias y iatrogenia. Las causas de morbilidad que son mayores en mujeres, son las relacionadas con salud mental, ginecológica y osteoarticular.
- La autopercepción de la salud es peor en mujeres que en hombres a lo largo de toda su vida, el doble en mujeres, y peor en zonas rurales donde el paro es mayor y los cuidados a la familia y en solitario aumentan, debido a la mayor carga que soportan y al mayor número de enfermedades crónicas.
- Peor calidad de vida y salud mental a medida que aumenta la edad. En relación con todos los acontecimientos vitales acontecidos: maternidad, sobrecarga de cuidados, trabajo doble, etc. Y el doble de incidencia de patologías mentales y consumo de psicofármacos que los hombres.

- Los padecimientos por dolor reconocido en las mujeres es el doble y a mayor edad, hasta el triple del reconocido por los hombres. Mayor entre las mujeres rurales y con menos estudios.
- En cuanto a morbilidad diferencial: ya desde edades tempranas, las jóvenes sufren de alergias crónicas, dolor de espalda o trastornos de ansiedad con mayor frecuencia que los hombres de la misma edad. Los trastornos musculoesqueléticos y la depresión son condiciones prevalentes en las mujeres en la edad media de la vida, mientras que los trastornos cardiovasculares y metabólicos (hipertensión arterial, colesterol y diabetes) son los más frecuentes en edades mayores. Todo ello, condicionado por los roles de género y condiciones socioambientales
- La prevalencia de muerte por infarto de miocardio es mayor en mujeres. La causa: el diagnóstico tardío, a causa de los sesgos de género.
- Por supuesto, al igual que en todo el Estado, la incidencia de violencia de género es muy superior la sufrida por mujeres. Y Andalucía es la primera por número de muertes por esta causa.
- La morbilidad por abusos sexuales es muy superior en mujeres y niñas, al igual que en el resto de España. Y sus índices están entre los mayores del Estado.
- Aunque hay mayor sobrepeso en hombres, es mayor el porcentaje de mujeres que se perciben como obesas, a causa también de los condicionamientos de estereotipos de género. Y la obesidad va en aumento en los últimos años entre la población joven.
- La incidencia de enfermedades osteoarticulares, fibromialgia y reumáticas es mayor entre mujeres, así como el consumo de fármacos contra el dolor. Cada vez con mayor consumo de derivados opiáceos, de los que se abusa en los últimos años y empieza a ser una epidemia peligrosa.
- La fibromialgia es identificada como uno de los malestares corporales que expresa la desigualdad de género de nuestra sociedad. Estos mismos estereotipos podrían estar condicionando un posible sesgo de género en

sentido inverso, con un infradiagnóstico de este tipo de problemas en los hombres al ser considerada como una “enfermedad de mujeres”

- Aunque los datos se refieren a una década atrás. La discapacidad física afecta más a las mujeres que a los hombres de cualquier edad.
- Respecto a los cuidados, mientras que las mujeres ejercen mucho más como cuidadoras que los hombres (sobre todo, las de mediana edad) reciben muchos menos cuidados que ellos.
- Tenemos muy pocos datos y muy sesgados respecto a la vivencia de la sexualidad. Solo podemos afirmar que entre las jóvenes el método anticonceptivo más usado es el preservativo y la marcha atrás. A medida que aumenta la edad, se amplían el tipo de métodos.
- La educación afectiva y sexual sigue siendo una asignatura pendiente en todos los niveles de planes de estudios. La prevención que supuso durante décadas los llamados Puntos de Información Sexual de algunos ayuntamientos, han ido desapareciendo.
- La atención sanitaria también está condicionada por sesgos de género. Resumamos: mayor frecuentación de los servicios de asistencia primaria por parte de las mujeres, y mayor de las urgencias y hospitalarios por parte de hombres. Eso refleja también la realidad de que ellas están más atentas al cuidado cotidiano de la familia, y sus consultas también se aumentan con todo lo que guarda relación con salud reproductiva, en la que ellas asumen una vez más los cuidados en solitario con mucha mayor frecuencia.
- Alto y mayor intervencionismo quirúrgico entre las mujeres (la mayor parte, condicionada por motivos de parto) lo cual no está justificado por la necesidad sino por la no aplicación suficiente y correcta de los Planes de Parto, la buena preparación a la maternidad previas, la falta de reciclaje de las o los profesionales para que se apliquen las recomendaciones de la OMS, y del Ministerio de sanidad.

7.4 Entonces: ¿hay salida?

Cierta vez se corrió la voz de que el diablo se retiraba de sus negocios y que vendía todas sus herramientas al mejor postor. La noche de la venta estaban todas las herramientas dispuestas de forma que llamaran la atención. Por cierto, era un lote siniestro: odio, celos, envidia, malicia, traición, además de todos los otros elementos del mal.

Aparte del lote había un instrumento que parecía inofensivo en forma de cuña, muy gastado y cuyo precio era mucho más alto que todos los otros. Alguien preguntó al diablo que como se llamaba ese instrumento.

—“Desaliento” —fue la respuesta.

—Y ¿por qué su precio es tan alto? —le preguntaron.

—Porque ese instrumento me es más útil que cualquier otro, puedo entrar en la conciencia de un ser humano cuando todos los demás me fallan y una vez dentro por medio del DESALIENTO puedo hacer de esa persona lo que se me antoja. Está muy gastado porque lo uso con casi todo el mundo y como muy pocas personas saben que me pertenece lo puedo usar continuamente para lograr mis propósitos.

Y como el precio del desaliento es tan, pero tan alto aun hoy sigue siendo propiedad del diablo.

Me resisto a creer que todas estas situaciones descritas son fatales e irrecuperables. Aunque compartir tan enorme carga de sufrimientos e injusticias produce momentos de tanto cansancio y presión que sería fácil caer en la desesperanza, la impotencia, y el desaliento, esa no es mi opción. Ni quiero que llegue a serlo nunca. Aunque las estadísticas digan que las mujeres en el sur lo tenemos más difícil, la vida es mucho más poderosa que las estadísticas.

Además de mucho dolor, ellas también nos han ofrecido una inmensidad de regalos.

Nos han mostrado cómo en medio de todo el sufrimiento han sabido encontrar el hilo que las ha conducido a sí mismas: a través de una amiga, una experiencia, un amor, un hij@, un texto, una mano tendida, nuestro encuentro, u otros que hayan podido vivir en el camino.

He sido testigo de cómo se han parido a sí mismas una y otra vez. Cómo siguen buscando salidas, acompañando a otras, dando confianza a sus hij@s, estirando tiempo, economía y cuerpos hasta lo imposible.

Las he visto empeñadas en dejarse guiar por su intuición. Muchas y a pesar de su gran vulnerabilidad en ciertos momentos, no se han dejado engañar por batas blancas investidas de supuesto poder, funcionari@s capataces del sistema, o agresor@s con disfraz, o novios o maridos. A pesar del mandato de sometimiento grabado a fuego, no se han resignado a vivir todo el resto de su vida como enfermas crónicas, o víctimas, enganchadas a fármacos y sin esperanza de una vida plena.

Frecuentemente, las más golpeadas, son las más resilientes. Las más generosas. Las que encuentran energía y recursos donde parece que ya no quedara nada, para ir a tender la mano a otras que ellas detectan como hermanas. Tal vez, como dice M Klein: *Si el amor no ha sido abogado por el resentimiento, los pesares y el odio, sino que se ha consolidado internamente, la confianza en los demás y en nuestra propia bondad soporta como una roca los embates de la vida.*

No puede ser casual que seamos las mayores impulsoras de escuelas libres activas, de grupos de trabajo de familia grupales, de generación de tribus de apoyo mutuo, asociaciones de apoyo a la lactancia, a mujeres maltratadas, asociaciones de mapadres, iniciativas sociales y políticas de corto y largo alcance, de iniciativas sociales que promueven mejoras de la vida a todos los niveles.

Son ellas las que arrastran a la pareja a terapia, para mejorar la situación de la familia, las que buscan cualquier recurso que ayude a sus hij@s en cualquiera de sus dificultades, las que más participan en grupos de crecimiento y apoyo mutuos.

De hecho, y sin querer alargarme aquí describiendo cada una de ellas, formamos parte de algunas iniciativas y redes creadas para mejorar la vida, ampliar las posibilidades de aprendizaje, crecimiento y desarrollo presente y futuro: personal, familiar y colectivo. Al igual que comparto esos mismos o parecidos retos, dolores, dificultades, obstáculos.

Colectivos de mujeres, de madres, de familias, colectivos de cooperación y enseñanza, de nuevas miradas de educación para infancia y juventud, de economía social y de desarrollo interno. L@s andaluz@s, las andaluzas seguimos manteniendo el espíritu que mantuvimos desplegado a lo largo de toda nuestra milenaria historia:

A lo largo de la historia de la humanidad se da una constante: los héroes-heroínas de los mitos, lo han sido tras forjarse en la superación de las dificultades, donde otr@s sólo veían obstáculos, ell@s han sabido encontrar recursos para avanzar. Es la vida la que nos curte, nos fricciona, y nos prepara para un nuevo impulso. Sin poder medir dónde se hayan los mínimos que lo permiten, sin duda a mayores dificultades vividas, mayores recursos se precisa encontrar y hacer funcionar, mayor capacidad de multiplicarlos y necesidad de compartirlos suele darse.

Desde las diosas de cada civilización a las mujeres bíblicas, desde las mujeres de la historia más perseguidas a las más ignoradas, todas ellas son el fermento de la conciencia de mujer. De las mujeres. Donde lo masculino es redescubierto como nueva potencialidad interna y no como deseo de salvación que vendrá de fuera. Donde lo femenino es reconstruido desde la potencialidad de crear y dar a luz a otr@s, y recrearse a sí misma para dar luz a la vida propia. Donde ambos principios son sagrados, se integran y están al servicio de la vida. La vida para la evolución, la vida para el desarrollo de lo humano. La vida en que la libertad, la solidaridad, el respeto, el desarrollo pleno y los cuidados sean el centro de gravedad.

Nos toca seguir adelante, sembrando en lo micro y en lo macro. En lo personal, lo social y lo político. En lo íntimo y en lo público. En la realidad y en el imaginario. Nos toca ser sembradoras de nuevas realidades. Hay que sembrar sueños, sembrar ideas, sembrar recursos, sembrar diseños, sembrar

redes, sembrar estructuras, sembrar actitudes, sembrar patrones de relaciones de respeto, de cooperación, de alegría, de amor. Para que la vida en las personas y el planeta puedan preservarse, sostenerse mutuamente, y evolucionar hacia la plenitud humana a la que estamos llamad@s como especie.

Bibliografía

- Burin, M. *El malestar de las mujeres*. (1991). Ed. Paidós.
- Canovas Sau G. *El oficio de ser madre*. (2007). Ed. Grafein.
- Colectivo de Boston. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* (1984), Ed. Icaria.
- Pérez Fernández, M. y Gervás, J. *El encarnizamiento médico en las mujeres*. (2016). Ed. Los libros del lince.
- Pérez Fernández, M. y Gervás, J. *Sano y salvo*. 2013. Ed. Los libros del lince.
- Fuentes Caballero, M. *Mujeres y salud desde el sur. Una perspectiva holística y de género*. (2020). Ed. Icaria.
- Fuentes Caballero, M., Ruiz Vélez Frías, C, y coautoras. *Hilando Fino. Un viaje en común* (2008). Ed. Icaria.
- Fuentes Caballero, María. *Gestación, nacimiento y crianza desde el sur*. (2021). Ed. Icaria
- Piedrolas y colaboradores. *Tratado de medicina preventiva y salud pública*. (2016). Ed. Masson y Salvat.
- Sau, V. *Psicología diferencial del sexo y el género*. (1996). Ed. Icaria
- Sau, V. *El vacío de la maternidad*. (1995). Ed. Icaria.
- Simonton y Matews. *Guerir envers et contre tout*. (1984). Ed. Epi.
- Valls Llobet, C. *Mujeres invisibles*. (2006). Ed. Debolsillo.

Datos estadísticos en videos y artículos

- Centro de Salud Artemisa: RECURSOS PRÁCTICOS E INFORMACIÓN PARA LA SALUD (<https://artemisalud.blogspot.com/p/centro-de-informacion-y-salud.html>).
- CIMA :: PROSPECTO LEXATIN 1,5 mg CAPSULAS DURAS (https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/53560/Prospecto_53560.html).
- CIMA :: PROSPECTO DIAZEPAM NORMON 5 mg COMPRIMIDOS (https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/51208/P_51208.html).
- CIMA :: FICHA TECNICA SERTRALINA CINFA 100 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG (<https://aemps.es>).
- Del microcosmos al macrocosmos imágenes - Búsqueda Vídeos (<https://www.bing.com/videos/search?q=del+microcosmos+al+macrocosmos+imágenes&qvpt=del+microcosmos+al+macrocosmos+imágenes&FORM=VDRE>).
- Draft, not yet for distribution (<https://cochrane.dk>). Mamografías. Centro Nódico Cochrane. 2012.
- EASP. Informe 2018. (https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf).
- El covid no es una pandemia. Horton, R. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)).

- Erviti, J. (<https://odysee.com/@Facilita.eU:d/videoconferencia-Juan-Erviti.-Balance-vacunas-dos-a%C3%B1os-despu%C3%A9s:9>).
- Hospitales públicos y privados en España: número de camas por comunidad (<https://es.statista.com/estadisticas/534135/numero-de-camas-en-hospitales-publicos-y-privados-en-espana-por-region>).
- Hospitales en España, datos y estadísticas (<https://www.epdata.es/datos/hospitales-espana-datos-estadisticas/299>).
- https://www.65ymas.com/sociedad/espana-se-mantiene-en-cabeza-esperanza-vida-mas-alta-ue_56149_102.html
- Loayssa, J. R. *La respuesta autoritaria y la estrategia del miedo*, 2021. Ed. El salmón
- Maestro, A. *Exceso de mortalidad en España años 21 y 22* (https://www.covid19evidencias.com/doku.php?id=material_audiovisual).
- Mamografías por sistema... ¡Demasiados intereses y demasiadas mentiras! | Lo que podemos hacer (<https://loquepodemoshacer.wordpress.com/2012/03/24/mamografias-por-sistema-demasiados-intereses-y-demasiadas-mentiras>).
- Riesgo de pobreza de las Comunidades Autónomas 2023 (<https://datosmacro.expansion.com/>).
- Riesgo de pobreza en España. (<https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13549052/Boletin+N22+DIGITAL+2.pdf/b52c9cb1-5587-616e-2c16-787bca7a70d9?t=1621931807003>)
- Rodríguez Franco, L. *Revista International Journal of Clinical Health Psychology*. Enero 2012.
- Tasa de paro por comunidad autónoma en España (<https://es.statista.com/estadisticas/941646/prevision-de-la-tasa-de-paro-por-comunidad-autonoma-espana/>).