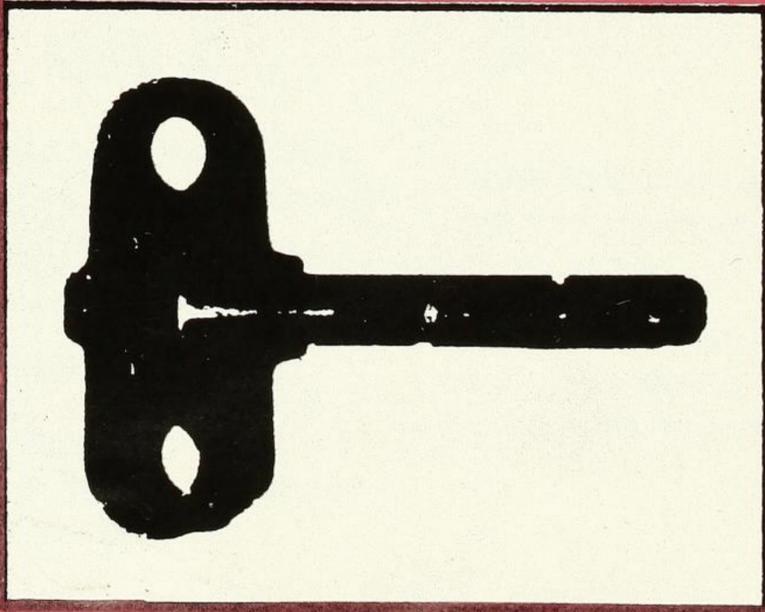
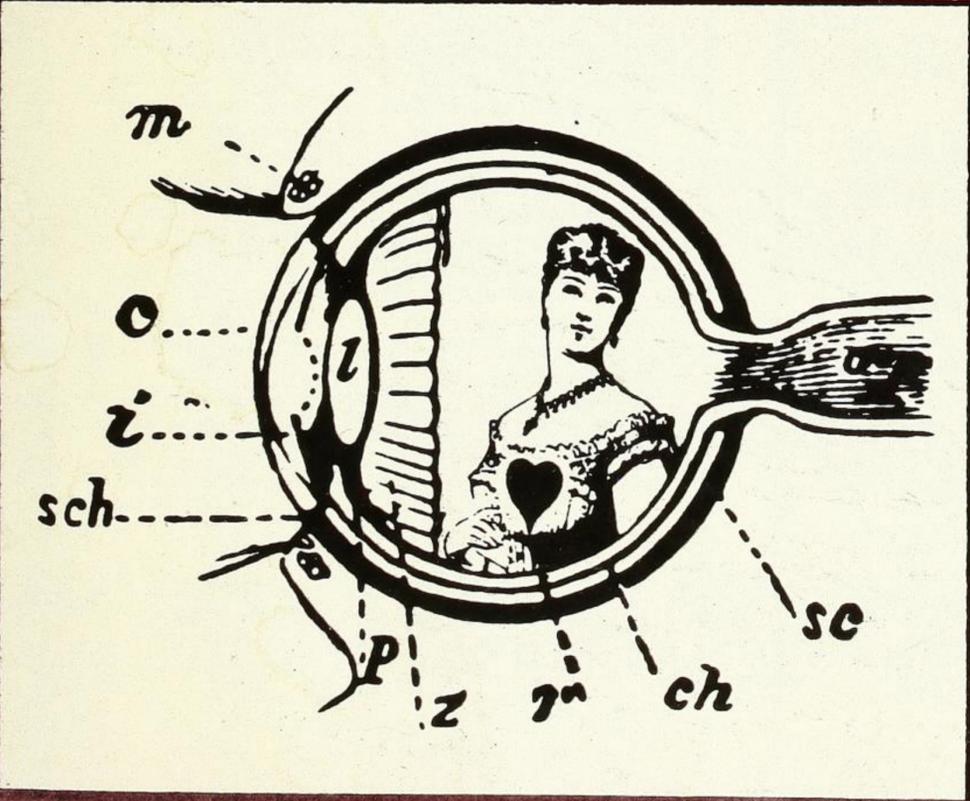
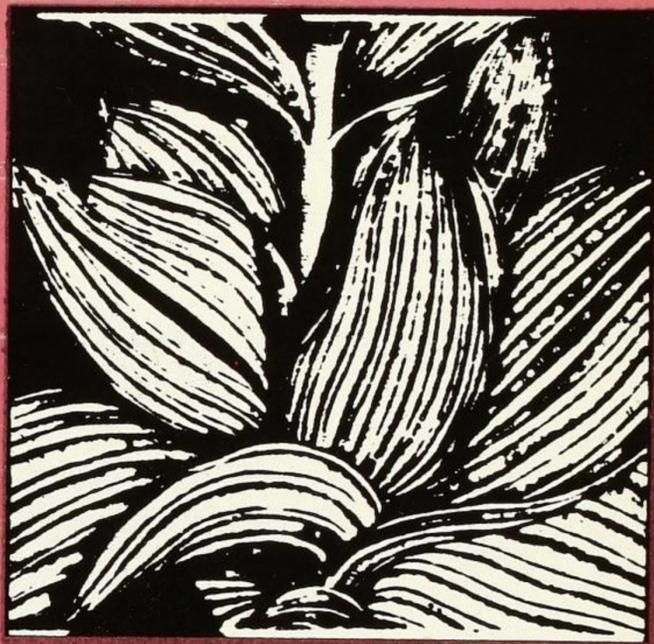


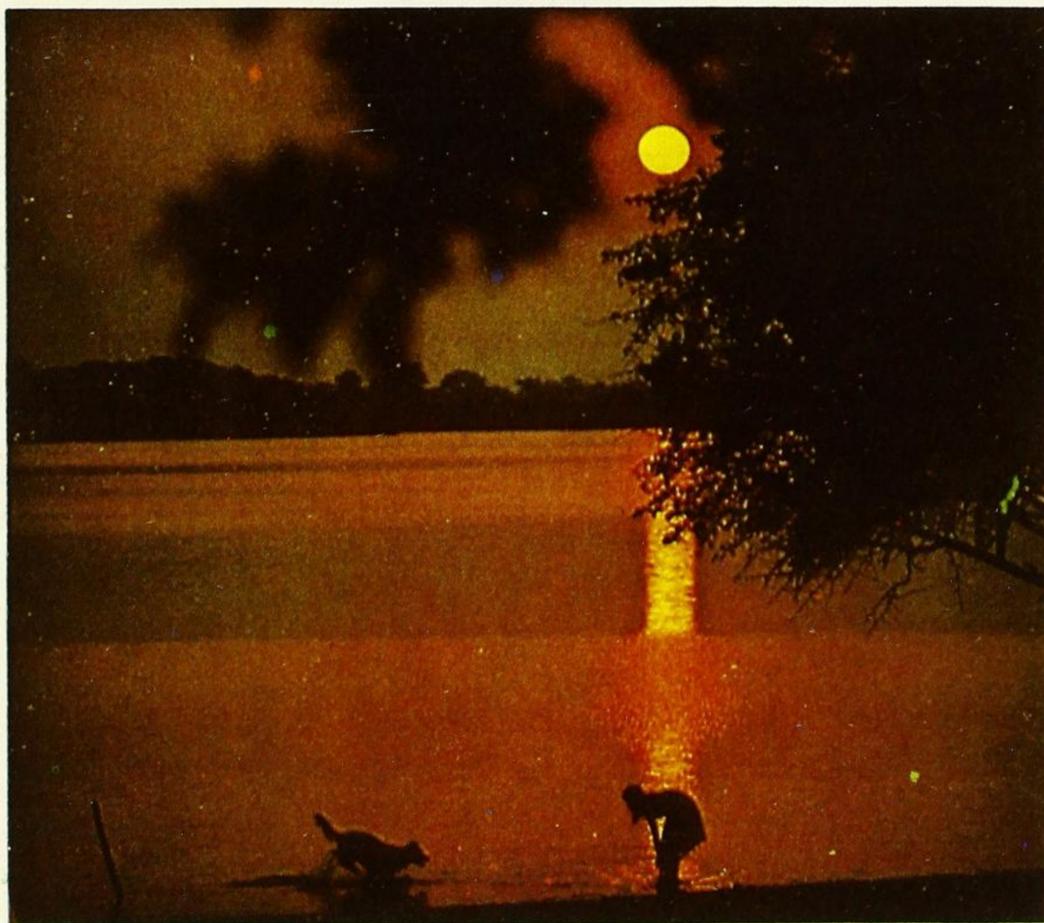
fem.

Publicación feminista bimestral.
 Año 10 No. 47.
 Agosto-septiembre 1986.
 \$350.00.
 México, D.F.

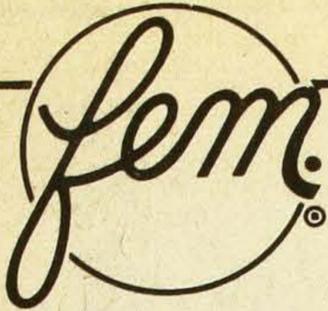


Mujer y salud II

TABASCO



Gobierno del Estado de Tabasco



Publicación feminista bimestral
Año 10 No. 47
Agosto-septiembre 1986

**Alaide Foppa,
siempre entre nosotras**

Dirección colectiva
• Mariclaire Acosta
• Flora Botton Beja
• Anilú Elías
• Marta Lamas
• Carmen Lugo
• Tununa Mercado
• Rosamaría Roffiel
• Elena Urrutia

Editora: *Elena Urrutia*

Coordinaron este número:
Berta Hiriart
Rosamaría Roffiel

Consejo Editorial
• Lourdes Arizpe • Ilda Elena Grau •
Claudia Hinojosa • Berta Hiriart •
Graciela Iturbide • Patricia Morales •
Adriana O. Ortega • Elena Poniatowska

Administración:
Margarita Hurtado
Enriqueta Gutiérrez

Diseño:
Ana María Monroy

Corrección: *Aída López R.*
Formación: *David Martínez, Alfonso López y Marco Antonio Urrutia*

Editada por
Difusión Cultural Feminista, A.C.
\$350.00

Los artículos firmados son responsabilidad del autor, no se devuelven originales. Se agradecería la reproducción parcial o total de lo publicado en nuestra revista señalándose la fuente.
Oficina: **fem. Difusión Cultural Feminista, A.C.**, Av. Universidad 1855, 4o. piso, Col. Oxtopulco, C.P. 04310, México D.F., Deleg. Coyoacán, teléfono 550-73-06.
Certificado de Licitud de Título No. 1954 y Certificado de Licitud de Contenido No. 1203, expedidos por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación, el 25 de mayo de 1983.
Certificado de Reserva No. 129-83 para el uso exclusivo del Título, expedido por la Dirección General de Derechos de Autor de la Secretaría de Educación Pública, el 7 de junio de 1983. Correspondencia de segunda clase, Registro DGC-Núm. 0170385, características 229451212

Precio de suscripción por 6 números en la República Mexicana \$2,000.00.

ISSN 01854666

Otros países: Centroamérica, Sudamérica y Estados Unidos: 5 dls., el ejemplar y 30 dls., la suscripción por 6 números; Europa: 6 dls., el ejemplar y 36 dls., la suscripción; Japón y Australia: 7 dls., ejemplar y 42 dls., la suscripción, agradeceremos no enviar cheque personal sino orden de pago. Impreso en México por Editorial Uno, S.A. de C.V., Primer Retorno de Correggio No. 12, Col. Nochebuena-Mixcoac, México 03720, D.F.

índice

- 2. Presentación**
Berta Hiriart y
Rosamaría Roffiel
- 3. ¿Qué bueno que me
enfermé!**
Rosa Beléndez
- 5. Poesía** Rocío Díazescobar
- 6. Testimonio** Gina Ogarrio
- 7. El uso de hormonas
sexuales: una bomba de
tiempo** Gina Ogarrio
- 11. Campaña de denuncia del
estrógeno sintético D.E.S.**
- 13. Revisemos los
anticonceptivos**
Marcia Hiriart
- 15. Rojas cabalgaban
por el aire**
Marisol Martín del Campo
- 17. Endometriosis**
- 18. Poesía** Rosa Remus
- 19. Esterilización femenina:
libertad y opresión**
Carmen Barroso
- 22. Volver al parto en casa**
Grupo de Mujeres de Xalapa
- 25. Parir ¿acostadas
o en cuclillas?** M.L.
- 27. Cuento**
El arcón de Noelia
Livia Sedeño
- 28. Poesía** Perla Schwartz
- 29. ¿Cuánto sabe usted sobre
el abuso sexual de menores?**
- 31. ¿Qué es y cómo se da el
abuso sexual de menores?**
- 33. Los molestadores**
- 37. Un enfoque feminista
sobre el incesto y el abuso
sexual de menores**
- 39. Testimonio**
Algo para siempre
Rosamaría Roffiel
- 40. Es duro, pero se puede
sobrevivir**
- 42. Nora Maluenda,
hermana en lucha**
Elizabeth Mayer
- 43. Trabajo y salud**
Riesgos de salud en
industrias que emplean muchas
mujeres
- 45. La salud del ama de casa**
Inmaculada de Francisco
- 47. Una vida "normalísima"**
Alicia
- 49. Una tranquilidad tramposa**
Linda Raugh
- 50. Contigo Pan, Cebollas
¿Y también golpes?**
- 53. Viejas damas dignas**
Mercedes Sayagues
- 54. Cuento**
Escenario
Laura Lecuona González
- 55. Medicina Natural**
Rosario Neyra
- 57. Cine**
**La parte no tan decorosa de
Los motivos de Luz** Ma.
Concepción Fernández Cazalis
- 59. Libros**
Nuestros cuerpos
Nuestras vidas
Berta Hiriart
- 61. Arte**
**Ansiedad de existir
en una pieza de joyería**
Rowena Morales
- 63. En pocas palabras
¿Hasta cuándo seremos
conejillas de Indias?**

Nota aclaratoria:

En el número anterior no se dio el crédito correcto al artículo "El ritual de los objetos"; su autor es Gutierre Aceves.

Presentación

El principal propósito de este segundo número de *fem.* sobre salud es insistir acerca de la importancia —personal y colectiva— de convertirnos en sujetos activos de todo lo que se refiere al cuidado de nuestro cuerpo. Pero no pensando en el cuerpo como algo aislado sino como parte integral de nosotras mismas, en relación a lo que nos rodea.

Si nos damos tiempo para regar una planta cada mañana, cómo es que no nos lo damos para detenernos un poco y ver qué necesita nuestro cuerpo, más allá del concepto de “irla pasando”, con la clara intención de estar bien, plenas, sanas, queriéndonos.

Muchas mujeres dejan su salud para lo último, expresando así una falta de autoestima. No sólo no piensan que la cura podría venir de ellas mismas, sino que colocan la visita al médico al final de una lista interminable de quehaceres cotidianos y de necesidades siempre relacionadas con los demás. Así, cuando llegan al consultorio, el mal avanzó ya a tal extremo que es mucho más difícil aliviarlo.

Deseamos animar a las lectoras (y a los lectores también) a dejar atrás la actitud que abandona en manos ajenas la salud propia, manos que generalmente están más interesadas en el experimento o la ganancia económica, que en el bienestar integral de las personas.

De este modo, el número presenta dos tipos de materiales: los que denuncian atrocidades cometidas por la medicina institucional y aquéllos que narran experiencias de apropiación del cuidado de la salud. Ejemplos de esto son el testimonio y el artículo de Gina Ogarrío sobre el mal uso médico de las hormonas sexuales; el relato de Alicia sobre cómo enfrentó su alcoholismo, y el de Linda Raugh, quien tomó conciencia de su adicción al Valium.

Creemos que esta información es especialmente valiosa para las mujeres porque muchos de nuestros procesos naturales (menstruar, parir, o llegar

a la menopausia) han sido incorporados al catálogo de las enfermedades y son tratados como tales. La industria farmacéutica no deja de lanzar productos al mercado, muchas veces sin comprobar que no son nocivos, y otras habiendo probado lo contrario. Esta industria, básicamente transnacional, nos utiliza a las mujeres “tercermundistas” conejillas de Indias y compradoras seguras, arriesgando gravemente nuestra vida.

En relación con esto, Marcia Hiriart retoma un tema tratado con suma frecuencia en *fem.*: los anticonceptivos, y lleva a cabo una revisión de métodos viejos y nuevos. Asimismo, de Brasil pero aplicable al Tercer Mundo en general, nos llegó el artículo de Carmen Barroso, “Esterilización femenina: libertad y opresión”. Es sabido que gran número de fármacos prohibidos en países industrializados son enviados a aquellos en vías de desarrollo. Un ejemplo es el Estrógeno Sintético D.E.S., producto contra el cual existe una campaña internacional de denuncia. De ella hablamos aquí, e incluimos una lista con los nombres de esta droga tal y como es vendida entre nuestros pueblos.

Decidimos incluir un *dossier* sobre uno de los crímenes más crueles y cotidianos, y del que casi nadie habla: el abuso sexual de menores. Intentamos cubrir —aunque fuera en forma breve— los aspectos más importantes de este asunto.

De igual forma, en este número les presentamos poemas de Rocío Díazescobar, Perla Schwartz y Rosa Remus, y cuentos de Livia Sedeño, Marisol Martín del Campo y Laura Lecuona.

Pensamos que un primer paso para tomar nuestra salud como una tarea propia es informarnos. Ojalá que el material de este número ayude al inicio de ese camino. Sin embargo, hay que saber que el siguiente —o sea la acción— depende de cada una de nosotras. *fem*

¡Qué bueno
que me
enfermé!



Estamos habituadas a pensar que la salud es algo deseable, inclusive un ideal a perseguir. Pero, ¿será normal estar sano, será realmente la condición natural del hombre? Para responder a esto el primer punto a considerar es si en realidad la salud es la norma. Para ello tendremos que hacer una definición menos ortodoxa sobre lo que es la salud. La OMS dice que es el bienestar psicobiológico y social del hombre, pero entonces nos queda la interrogante de qué es bienestar. Por ahora aceptemos que lo que para uno es bienestar para otro puede incluso ser malestar, así que aventurémonos en conceptos menos ambiguos. Digamos que la salud es sinónimo de unidad, la unión última de las partes, la integración global de la persona, la no fragmentación. En ese caso, el primer paso hacia la salud sería el reconocimiento de nuestra fragmentación— de la separación entre nuestras partes; el paso siguiente tendría que ser el movimiento, el “viaje” hacia esa unidad, que no la unidad en sí misma.

La hipótesis que se plantea entonces sería que la enfermedad *pudiera* ser el proceso necesario para llegar hacia la salud. Pudiera ser que la enfermedad fuera el proceso normal gracias al cual nos “componemos”. Así, la enfermedad sería la descripción de la situación humana, y la salud, o la unidad, la meta a la cual nos dirigimos.

Si bien aún en estado de aparente salud vivimos fragmentados, cuando claramente perdemos ésta, la fragmentación se hace mucho más evidente. El ser se queda detrás de una nebulosa y lo único que se manifiesta con claridad son esas articulaciones reumáticas que le duelen constantemente, ese dolor de cabeza que no la deja ni ver, ese cólico menstrual que la tumba en la cama. Así, dejo de ser Rosa, Silvia, Magali, soy ese fragmento

adolorido que va en busca de un especialista en fragmentos con la vaga expectativa de que cuando me remiende la parte vuelva yo a ser un todo. Pero, ¿y si la parte requiere ser tomada globalmente en consideración? Eso ya es harina de otro costal, harían de la Homeopatía, de la Acupuntura, de la Psicoterapia. Volvamos a ese binomio llamado salud/enfermedad.

Decíamos, la enfermedad se puede convertir precisamente en la vía que nos lleve a la integridad, si bien nadie niega que igualmente tiene el potencial de llevarnos hacia la desintegración mayor, hacia la destrucción.

Así, nos encontramos con procesos de enfermedad “buenos” y “malos”. Pero la bondad o maldad de éstos no es intrínseca a ellos, depende directamente de la manera en que nosotras los enfrentamos. Es ahí donde nuestra toma de conciencia entra en escena, lo cual difícilmente sucede sin un esfuerzo y aplicación de nuestra parte. Y es que la seducción de nuestra inconsciencia es precisamente la de no entrar en contacto con una serie de factores relacionados a la enfermedad como lo que esta implica, lo que la desencadenó, lo que nos está “pidiendo”, etc. Si en cambio una no se percató de su enfermedad, es decir, de sus partes divididas, desintegradas, éstas van excavando esa tumba hacia un final caótico. El problema no es evitar la muerte; ésta no es evitable. No nos morimos por enfermas, nos morimos por nuestra condición de mortales. Lo enfermo es morir escindida, inconsciente, incompleta. El tomar conciencia de nuestras partes divididas se puede

La primera parte de este artículo se basó ampliamente en un escrito del Reverendo J. Pittman McGehee, para la 16a. Conferencia Anual de Psicología Junguiana. El trabajo del Reverendo se titula, *The Sick Spirit and the Wounded Healer* (El espíritu enfermo y el curandero herido). Si les interesa, se puede obtener escribiendo a: The C.G. Jung Educational Center of Houston, 5200 Montrose Boulevard, Houston, Texas. 770006.

convertir en el primer paso hacia un ordenado camino que nos lleve a la totalidad de nosotras mismas. En lo personal y en lo social, hacia adentro y hacia afuera.

El psique, como su compañero, el cuerpo o soma, son un sistema de partes interrelacionadas entre sí, que dependen de conexiones complementarias y compensatorias. El sistema psico-corporal funciona adecuadamente, dentro de un equilibrio dinámico y más o menos precario, hasta que éste no se pierde por diversas causas. Para los materialistas éstas siempre son externas y encuentran enemigos identificados en una serie de malévolos virus, bacterias, parásitos. También admiten que puede una nacer "defectuosa" y que nuestras taras genéticas nos lleven a manifestar las enfermedades reconocidas como hereditarias. En el campo de la psicología se admite que ciertos estímulos, conductas o aprendizajes —o la ausencia de éstos, pueden desencadenar una psicología desequilibrada o patológica. Sin embargo, como vitalistas nosotras sabemos que las cosas no son tan blanco y negro como las pintan. El espectro es mucho más amplio y también a veces misterioso y difícil de explicar bajo parámetros que nos cortan a todas con la misma tijera. Ni a todas nos da tifoidea por beber de la misma agua contaminada que enfermó a algunas, ni todas estamos traumadas porque nuestra mamá trabajaba y nos dedicaba poca atención, ni todas las que tenemos familiares diabéticos padecemos de diabetes. De hecho parte de ese largo proceso hacia la integración consiste en ir reconociendo nuestra individualidad, nuestra muy peculiar manera de ser y de responder, tan cierta pero tan inexplicable como el hecho de entre millones y millones y millones de manos mis huellas digitales solo se parezcan a *mis* huellas digitales. Así como vamos reconociendo aquello que solo es propio de una, llegamos a la conclusión que parte de nuestra salud estriba en decirles adiós a nuestros sueños de "super mujer" y entender que la enfermedad es algo que sin duda encontraremos en nuestro transitar por la vida, que no es algo ni a temer y ni siquiera a evitar, sino más bien un vehículo para tener más conciencia e integración con el micro y macro cosmos.

El problema con la enfermedad es el dolor. El sistema psicosomático tiene un principio regulador. Cuando no está trabajando bien, cuando es interrumpido, le manda una señal al consciente. Esa señal es el dolor, es lo que nos informa que algo anda mal. El único problema con el dolor, es que duele. Ante el dolor físico o moral responde una de varias formas: lo niega, lo evita, lo tranquiliza o lo enmascara de diferentes maneras. Sin embargo, el dolor debería de ser bien recibido pues nos está informando que algo anda mal. El problema es que nos sentimos amenazadas por el dolor, tenemos miedo de que nos destruya. Lo conveniente entonces es "tomar al toro por los cuernos" e involucrarse con los ojos bien abiertos, en ese proceso que antes que ser suprimido o controlado, requiere de ser entendido. Y

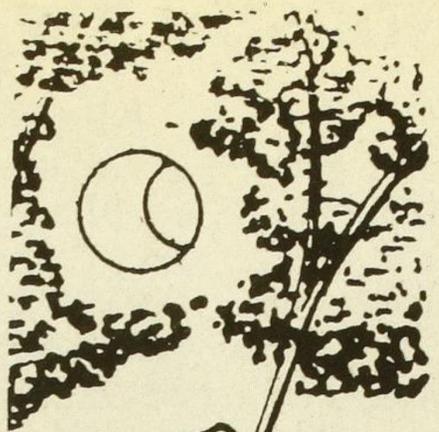
entenderlo no quiere decir reducirlo a un nombre, etiquetarlo: "tengo tricomonas". "me salió un quiste en un ovario", "tengo cistitis". Hay un mundo detrás y adelante de esas tricomonas, ese quiste, esa cistitis, que merece ser investigado. Antes de buscar ayuda y paniquearnos podríamos guardar silencio, reflexionar, observar. ¿Acaso el quiste era funcional y al siguiente ciclo ya no hay molestias, acaso nos salió porque estábamos pasando por un momento difícil, o acaso fue un pretexto porque trabajamos sin parar y ya necesitábamos un descanso, que no nos sabemos dar de otra manera? Y esas tricomonas, ¿será que ya no queremos cojer con nuestro compañero y en vez de enfrentarlo nos infectamos para tener un buen pretexto? Y la cistitis, ¿será casualidad que se nos quitaron cuando dejamos de tomar 8 tazas de café al día y un par de tequilas por la noche? ¿será que en vez de ir al médico y tomar antibióticos baste con tomar mucha agua y fruta?

El problema no es si vamos con algún médico a pedir ayuda, sino qué clase de ayuda queremos, y qué tanto entendemos de lo que nos pasa, para así también exigir la clase de ayuda que nos mantenga en ese largo y maravilloso (aunque a veces doloroso) camino a la integración, y no que las enfermedades nos sirvan de pretexto y vehículo hacia un mayor caos, hacia la entropía y la nada.

Para finalizar nos podríamos atrever a agregar que cuando solucionamos el dolor físico y el dolor moral por alguna vía que no sea ni supresora, ni represora, ni agresiva al resto de nuestra economía, podemos encontrarnos con que no nos basta con esa salud. Quizá entonces tengamos conciencia de que nos quedan por los menos otros dos mundos a explorar: el político y el espiritual. En lo político nos enfrentamos a que nuestro nuevo bienestar "no nos sabe" y es efímero cuando no se acompaña de un trabajo que se oriente a llevar ese bienestar al prójimo. No tenemos que afiliarnos a algún partido político ni tener "El Capital" entre nuestros libros de cabecera. Cada una sabe en qué medida y de qué manera le resulta armónico involucrarse en una lucha encaminada a transformar el mundo en un lugar más hópito, más justo, más generoso, más pacífico, más de respeto y ayuda de los unos para los otros.

En lo espiritual quizá nos enfrentemos con que hay un vacío interno por llenar, un vacío que se nutre de otro tipo de alimento del que solemos conocer. En esto, como en los demás procesos, hay un sinfín de caminos y de niveles, y es tarea de cada una encontrar el que se adecua mejor a nuestra particular manera de ser, de pensar y de sentir.

Las enfermedades tienen el potencial de ponernos en contacto con esas inquietudes, e inclusive de tornar esas inquietudes en necesidades imperiosas a las cuales ya no podemos darles la espalda. Bendita sea esa enfermedad que nos hizo cuestionarnos de pies a cabeza y de la cual salimos transformadas, superadas. 



XXX

para Germán

*He de irrumpir
en tu mundo
tan sobriamente
acabado,
arañando,
derribando
a zarpazos
la pulida
superficie que
te cubre...
para poderte ver.*

XII

1

*No hemos vuelto a las cosas
simples*

*como yo decirte a ti:
ya nada espero.*

*No he podido retornar de esos
puntos*

*añorados
donde nada supimos...*

Como si yo te dijese:

*así fue,
con todo ese fragmento
de por medio,
sucedido ya,
visto completo.*

*Más aún debo pensar que lo
sabía,*

*porque
¿cómo suponer que era otra
cosa?*

*como si dijese blanco y fuesen
olas,*

*o te quiero en verdad
y te destruyo.*

*Poeta mexicana nacida en 1946. Los poemas fueron tomados de su primer libro, *Palabras zurcidas hilvanadas*. Premiá Editora, S.A. México. 1983.

CONOCIENDOSE A UNA MISMA

A mí me sucedieron casi todos los horrores ginecológicos que pueden suceder. Hacía años que era fundamentalmente vegetariana y que no tomaba medicamentos, salvo en los tratamientos ginecológicos que trataban mis problemas de salud principales. Tenía un médico que era mi adoración porque "mágicamente" me había ayudado a lograr un embarazo; lo que él dijera no lo cuestionaba.

Este médico me había hecho la ligadura de trompas, y años después la histerectomía. Yo pensaba que ya no podría tener más problemas, pero un día comencé a tener dolores abdominales muy fuertes, en aumento, hasta que me costó trabajo caminar y me fueron intolerables, entonces volví con el ginecólogo.

El no estaba pero su ayudante me mandó hacer un ultrasonido. Días después llamo y la enfermera me dice: "Venga". Yo estaba muy lejos, pero ella insistió tanto que me convenció. En cuanto llego al consultorio, el médico me dice: "Tengo que operarte".

No quería explicarme por qué estaba yo en esa situación, me evadía. Una amiga que me acompañó en la operación me dijo que las trompas estaban completamente infectadas. Y un día que me encuentro al ayudante, que había estado en todas las operaciones anteriores, comprendo por qué había gato encerrado:

—¡Hola!, ¿qué haces aquí?

—Lo mismo me pregunto yo... pensé que ya sin matriz no podía volver por estos lugares.

—Oye, a tí te ligamos con grapas, ¿verdad?

—¿Por qué?

—No, por nada.

Entonces me enteré que la ligadura con grapas estaba causando problemas alérgicos. Pedí hablar con el médico para preguntarle desde hacía cuántos años que sabían esto. Cuando él me respondió que después de tres años de mi ligadura, pensé: Me hicieron la histerectomía ya sabiendo el riesgo que jugaba, pero a este hombre no se le ocurrió quitar las grapas, a pesar de que soy muy alérgica; sólo trató los síntomas de ese momento.

De todos modos, volví a verlo. Tenía un vínculo emocional muy fuerte con él. Así que cuando me sentí mal otra vez, volví a consultarlo. "Tú no tienes nada, me dijo, tus niveles de estrógenos están bien. Debes tener algo gastrointestinal".

Yo me someto a todos los análisis, pero después de cuatro meses él me tira a loca. Me daba cuenta en su mirada: "¡otra vez esta mujer! Ha de estar menopáusicamente".

Cambio de médico, y veo al ayudante. El me dice que acepte medir los niveles de progesterona. Y finalmente, empiezo a tomar esta hormona, supuestamente de por vida. Pero no me aliviaba; después de un tiempo de tomarla, hago otro análisis y resulta que no se han modificado mis bajos niveles.

Por azares tengo la oportunidad de consultar a un grupo de mujeres dedicadas a la salud, en San Francisco. Ellas me explican que una deficiencia de vitaminas B6 y C puede hacer que no se sintetice la progesterona que sí está produciendo el cuerpo. Al mes de tomar estas vitaminas, habiendo dejado la progesterona sintética, comienzo a sentirme mejor.

A partir de esta experiencia, en la que estuve concentrada en las dolencias físicas, me lleno de una tremenda ira contra mí misma por todo lo que me habían hecho, por haberme creído el mito de la ciencia, por haber caído en la última moda.

Poco a poco comienzo a entender por qué hice todo esto y decido emprender un trabajo conmigo misma para cambiar estas actitudes. Al mismo tiempo me surge el deseo de apoyar a otras mujeres, de pasarles mi experiencia para tratar de evitar que les sucediera lo mismo.

Busco información, leo libros sobre estas cuestiones, solicito asesoría de la doctora que me atendió en San Francisco, y últimamente —no sé si acertadamente o no— me he puesto a estudiar anatomía y bioquímica.

¡Hay que revisar tantas cosas! Por ejemplo, cuando busqué menopausia, no la encontré en ginecología sino en disfunciones, o sea que es vista como algo que no funciona bien, y no como un proceso natural.

He tomado varios cursos, y sigo buscando. También he comenzado a dar pláticas, talleres, en los que trato de ayudar a las mujeres a ser conscientes de la actitud pasiva que tomamos frente a los médicos. Les hablo de las causas que yo he encontrado para haber entregado el cuidado de mi cuerpo, de lo más íntimo, a manos extrañas. Cuando les cuento mi experiencia, o la de otras mujeres —muchas veces más trágicas— empiezan a sentir que también les puede suceder a ellas, o que ya les ha sucedido.

Trato de transmitirles lo importante que es enterarnos de las opciones y de darnos cuenta lo poco que ayuda evitar el dolor a como dé lugar. Yo sí creo que es una opción tomar el propio cuerpo en nuestras manos. Ahí están las alternativas pero las rechazamos. ¿Por qué no nos damos la oportunidad de tratarnos con métodos menos agresivos a los acostumbrados? Eso va a repercutir en cambios fundamentales.

Ver a un médico es un último recurso, ¿por qué empezar por ahí? Otros métodos conciben la enfermedad como una parte normal de la vida y lo único que hacen es ayudar al organismo a efectuar la curación con sus propios medios. Esto se realiza fundamentalmente con un cambio en el régimen alimenticio y haciendo algún tipo de actividad en la que el cuerpo se mueva, como la danza.

Si las mujeres supieran, por ejemplo, que quitando el azúcar, tomando grandes cantidades de yogurt, y aplicándolo también localmente, tal vez acabarían con las latosas candidas... ¡cuánto saldrían ganando! O si supieran lo que he averiguado sobre las hormonas... 

El uso de hormonas sexuales: una bomba de tiempo

Desde que terminó la segunda guerra mundial, millones de mujeres han tomado religiosamente, por indicación de sus médicos, hormonas sexuales, estrógenos y progesterona naturales, semisintéticos y sintéticos para múltiples fines: evitar la concepción, concebir, prevenir o detener abortos, acelerar trabajos de parto, parar la producción de leche cuando no se desea amamantar, evitar y aliviar los síntomas de la menopausia, etc. Estas sustancias son potentes modificadores de las funciones biológicas y a diferencia de muchos otros medicamentos que tienen una función restringida, producen efectos simultáneos en muchos de los sistemas del organismo.

Entre más prolongado es el tratamiento con hormonas mayor es el envenenamiento que sufren las células. La mayoría de los médicos consideran "exagerado" hablar de envenenamiento y siguen comportándose como si el pánico que se ha desatado en torno a estas sustancias fuera una invención de la prensa alarmista, no especializada. Un ejemplo se dio cuando en Inglaterra, desde 1969 la revista médica Lancet empezó a cuestionar el uso de la píldora, señalando que los cambios metabólicos asociados a este tratamiento podían modificar procesos bioquímicos en todos los tejidos del organismo. En ese entonces, ya se tenían registrados cincuenta cambios metabólicos totalmente innecesarios para evitar la concepción y cuyos efectos finales sobre la salud de la consumidora eran desconocidos, por lo que se consideraba que la prescripción de tales sustancias a mujeres sanas debía revisarse. En 1976 el New England Medical Journal hizo eco de lo publicado por el Lancet.

Las hormonas son sustancias producidas por las glándulas endócrinas que afectan otras partes del cuerpo. Nuestro organismo tiene muchos tipos de hormonas. Todas están vinculadas entre sí e interactúan. Aún las hormonas sexuales, estrógeno y testosterona, que son específicamente femenina y masculina, se encuentran presentes en diferentes proporciones en ambos sexos.

Todas las hormonas de nuestro cuerpo desempeñan un papel esencial regulando la química de nuestro organismo en un juego intrincadísimo, no sólo de canti-



dades que circulan en el torrente sanguíneo, sino de acciones sobre el metabolismo; de tal forma que si una hormona aumenta, otras aumentan o disminuyen, lo que produce un enorme desgaste en el intento del organismo por mantener un perfecto equilibrio entre todas las fuerzas necesarias para el bienestar y la salud.

Se ha comprobado que todo lo que le metemos al cuerpo afecta la química global del organismo y de la producción y síntesis de hormonas en particular. El doctor John Yudkin, en su libro "Sweet and dangerous", señala los efectos que el consumo de azúcar refinada produce en nuestros niveles hormonales; mencionando entre otros el hecho de que en una persona que consume azúcar refinada se hace más lento el ritmo de circulación de los componentes químicos de las hormonas hasta en dos tercios de su frecuencia normal, tan sólo en una semana. También se ha observado que las mujeres que no incluyen en su dieta este tipo de azúcar, padecen menos y con menor frecuencia de bochornos durante la menopausia.

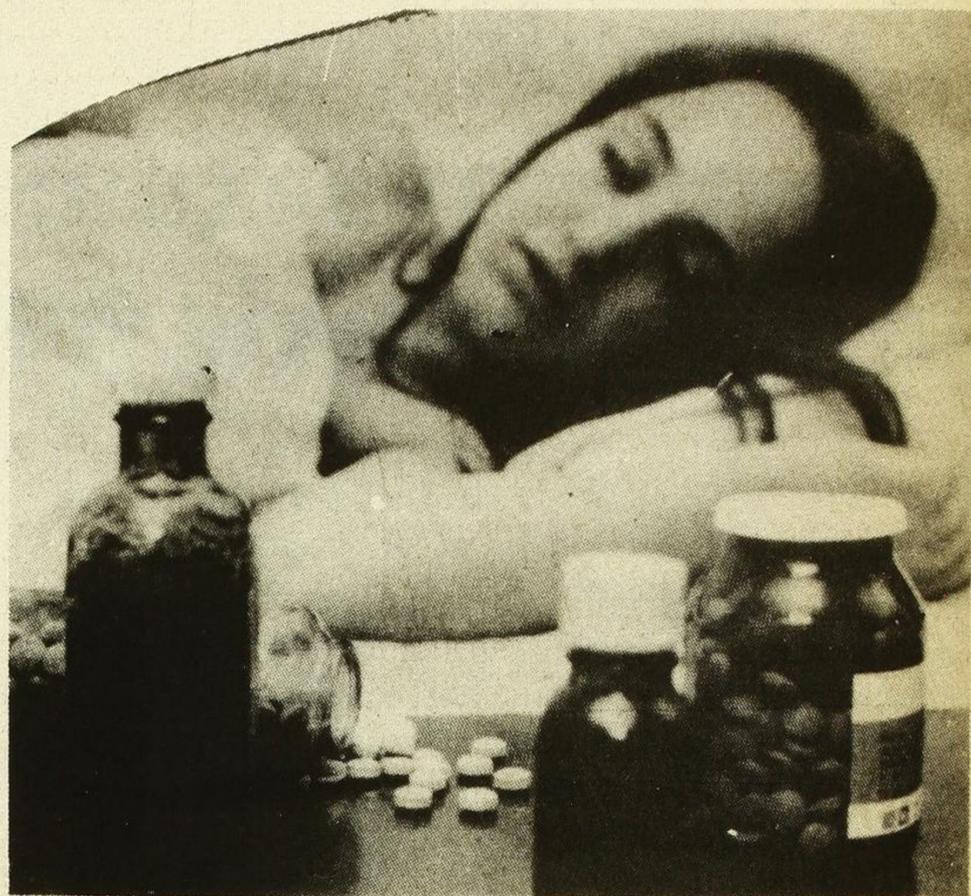
En la medida en que profundizamos en el conocimiento del sistema endócrino y nos hacemos verdaderamente conscientes de lo complejo y frágil que es el ciclo permanente de interrelaciones y dependencias del metabolismo, la nutrición y las hormonas, más difícil nos resulta entender la actitud simplista y descuidada, por no decir criminal que tienen la mayoría de los llamados profesionales de la medicina al administrar hormonas sexuales para controlar los distintos procesos del sistema reproductor de la mujer.

Estas prácticas artificiales alteran la manera como utilizamos los alimentos, la circulación de nuestra sangre, nuestro estado mental y emocional, nuestros impulsos sexuales, nuestra resistencia y susceptibilidad a las infecciones y se sospecha que hasta nuestros genes. La alteración de este delicado balance ha resultado perjudicial, en muchos casos fatal para miles de mujeres y ha afectado letalmente la vida de muchos de los hijos de mujeres que durante el embarazo fueron sometidas a terapias hormonales; desde que en 1938 Sir Charles Dodds sintetizó en Inglaterra, el stilbestrol, mejor conocida como DES, primer producto de estrógenos sintéticos barato y efectivo por vía oral.

Esta sustancia empezó a comercializarse en todo el mundo, sin que se hicieran pruebas de toxicidad ni siquiera en animales, unos cuantos meses después de que apareció la primera publicación que dio la noticia de la síntesis lograda.

En 1941 los doctores George and Olive Smith, miembros del departamento de ginecología de la escuela de medicina de la Universidad de Harvard, que habían hecho estudios importantes para demostrar cómo funcionan a lo largo del ciclo menstrual las hormonas de la pituitaria y de los ovarios, y sobre los niveles de excreción de estrógenos en los embarazos normales, basándose en sus registros de incidencia de niveles bajos de hormonas en abortos espontáneos, concibieron la idea de utilizar la recién descubierta DES para sostener aquellos embarazos amenazados de aborto.

Partieron de la hipótesis de que "teóricamente" el diethylbestrol podía ser usado como agente para aliviar la deficiencia de progesterona en el embarazo. En un



reporte publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* en noviembre de 1948, presentaron los resultados de un estudio con una muestra de 632 embarazos tratados con DES, en el que se mostraban totalmente convencidos de que el diethylbestrol era efectivo para combatir muchas de las complicaciones del embarazo, incluidas la amenaza de aborto y la diabetes. Además señalaban con gran regocijo que los niños nacidos de madres tratadas con DES, eran "más fuertes" y que las placentas en general presentaban un aspecto "más sano".

Durante el desarrollo del experimento, su sueño de ayudar a aquellas mujeres con problemas para llevar un embarazo a término se transformó en una empresa más ambiciosa: manipular los embarazos normales para que fueran "más normales".

En 1966 en el hospital general de Massachusetts se presentó una joven de quince años con un adenocarcinoma* de la vagina. El médico que la atendió fue Arthur Herbst graduado de Harvard, con una especialidad en ginecología y obstetricia y formado nada menos que por el doctor George Smith. Era la primera vez que este tipo de cáncer se veía en ese hospital, con una mujer menor de veinticinco años. En los tres años siguientes, seis casos similares se presentaron en el mismo hospital, la más joven de las pacientes de quince años, la mayor, de veintidós. Estos siete casos excedían en número, la totalidad de casos que con este tipo de cáncer, se tenían registrados en toda la literatura médica del mundo.

Se diseñó un estudio para buscar las causas que explicaran tan inquietante fenómeno. Se sometió tanto a las pacientes como a sus madres a exhaustivos interrogatorios sobre lavados vaginales, tampones, pas-

tillas anticonceptivas, actividad y hábitos sexuales, que no permitieron avanzar en la investigación. Sólo cuando una de las madres del grupo sugirió la posibilidad de que el diethylbestrol que le habían administrado durante el embarazo tuviera alguna conexión, los investigadores incluyeron la terapia prenatal con hormonas entre sus preguntas. Entonces se estableció la relación: todas las madres de las jóvenes con adenocarcinoma en la vagina habían tomado DES durante el embarazo.

Hoy sabemos, treinta años después del uso generalizado de DES en seres humanos, que interfiere en la formación del tejido genital normal en un momento crítico de la formación temprana del feto.

Se estima que alrededor de seis millones de mujeres embarazadas entre 1943 y 1959, fueron tratadas con este tipo de estrógeno y que suponiendo que sólo la mitad de los embarazos llegaron a término, nacieron tres millones de niños que estuvieron expuestos in útero a los efectos de esta hormona. El uso de stilbestrol durante el embarazo empezó a disminuir en los años sesenta. Basándose en los resultados de las investigaciones de los laboratorios farmacéuticos de las décadas de los sesenta y setenta se ha podido estimar que todavía en 1971, alrededor de treinta mil mujeres estuvieron expuestas a DES (un promedio de dos mil quinientas al mes). También se han estimado que cuatro de cada mil mujeres que estuvieron bajo los efectos de stilbestrol, desarrollaron cáncer vaginal o cervical antes de los treinta años, estimación que representa una incidencia cuarenta y cuatro veces mayor que la de la leucemia y mucho mayor que las incidencias anuales de cáncer del colon y de los senos.

Los millones de mujeres de todo el mundo que en 1971 consumían productos con distintos tipos de estrógenos, no fueron informadas de que había quedado plenamente establecido el vínculo entre una forma de estrógeno, el diethylbestrol y el cáncer en seres humanos, ya que no sólo ratones de laboratorios, sino mujeres jóvenes expuestas in útero en los años cuarenta y cincuenta habían desarrollado cáncer en los sesenta y setenta. Y dado que todos los estrógenos, a pesar de sus diferencias se comportan biológicamente de la misma manera deben de ser considerados como un grupo y hacer extensivos los riesgos ya probados de uno a los demás, por lo menos hasta que no se demuestre lo contrario. Esos ratones que desarrollaban cáncer con el stilbestrol, también lo desarrollaron con otros tipos de estrógenos.

Al igual que nuestros lejanos parientes los ratones, nosotros los seres humanos variamos en lo relativo a nuestra tendencia a adquirir cáncer, pero a diferencia de los ratones no nos han creado, como a ellos, para ser susceptibles o resistentes. Tenemos que atenernos a nuestros genes y a nuestra suerte. Además, no vivimos en jaulas en un ambiente científicamente controlado, andamos por el mundo exponiéndonos constatemente a

una gran variedad de agentes cancerígenos de los que no tenemos noticia. Por último un cáncer que tarda de cuatro a cinco meses en desarrollarse en un ratón puede tardar años o décadas para hacerlo en un ser humano. La mayoría de los productos que contienen estrógeno no han sido usados por un periodo lo suficientemente largo que nos permita registrar, medir y evaluar todos sus posibles efectos.

Se distribuyó entre la comunidad médica un boletín para prevenir sobre la utilización de DES durante el embarazo, pero las ventas del producto se incrementaron en un cuatro por ciento en los nueve meses siguientes, pues empezó a usarse como anticonceptivo tomado al día siguiente si se sospechaba posibilidad de embarazo, y se siguió usando, para detener la producción de leche cuando no se deseaba amamantar. El uso de hormonas después del parto es especialmente peligroso ya que se incrementan los riesgos de accidentes cardiovasculares que ya de por sí son altos.

Muchas de las madres que usaron DES durante el embarazo y un grupo de mujeres jóvenes que habían sido tratadas con DES, durante cinco años, por un problema congénito de dysgenesis ovárica*, empezaron a desarrollar estados precancerosos o cancerosos del endometrio similares al adenocarcinoma encontrado en las vaginas de mujeres expuestas in útero a DES. También aparecieron pacientes varones, hijos de madres DES con problemas de esterilidad, quistes, y algunos casos de cáncer en los testículos.

Los médicos siguieron liberalmente prescribiendo toda suerte de terapias en base a productos con estrógenos. El uso de la píldora se extendió y generalizó en todo el mundo, mientras nos enterábamos de los resultados de nuevos estudios en los que se ponía en evidencia que el uso de estrógenos aumentaba los riesgos de accidentes cardiovasculares como embolias, trombosis, etc., porque se alteran dos de los factores más importantes del proceso de coagulación: las paredes de las venas se dilatan y el ritmo del fluir de la sangre se hace más lento, aumentan las propiedades de agregación de las plaquetas por lo que las células se pegan con mayor facilidad produciendo coágulos; trastornos cerebrovasculares como visión borrosa, ceguera temporal, inflamación del nervio óptico, hemorragia de la retina, inflamación de la cornea y del iris; trastornos del hígado: ictericia, tumores benignos y malignos; hipertensión; infertilidad; diabetes; depresión; disminución del impulso sexual; trastornos de la vesícula porque aumentan los niveles de colesterol que saturan la bilis lo cual aumenta los riesgos de producir piedras; infla-

* Cáncer del tejido glandular. En mujeres normales, la vagina no tiene este tipo de tejido. La vagina de la mayoría de las hijas de mujeres que tomaron DES durante el embarazo, aunque no presente cáncer, tiene un gran número de pequeñas glándulas.

* ovarios ausentes o defectuosos.

mación dolorosa de las articulaciones; inflamación con sangrado de las encías; deficiencia vitamínica y alteraciones del sistema inmunológico.

A partir de 1947, cuando el mercado estaba invadido de productos de doce compañías farmacéuticas para administrar hormonas sexuales femeninas por vía oral, vaginal e intramuscular se inició otro experimento humano: la terapia para aliviar y prevenir los trastornos de la menopausia y el envejecimiento mediante el uso de productos que combinan estrógenos con tranquilizantes, vitaminas, testosterona y antidepresivos. En 1975, el premarin, uno de los principales productos utilizado en terapia de reemplazo con estrógenos se había convertido en la cuarta o quinta droga más popular en los Estados Unidos. Seis millones de mujeres lo estaban tomando. Algunas habían empezado a los treinta y cinco años porque se generalizó la creencia de que para prevenir el envejecimiento era mejor empezar antes de que aparecieran los síntomas de la menopausia.

Las campañas de publicidad tendenciosa de los laboratorios fabricantes de estos productos, y sobre todo la publicación de un libro titulado *Feminine Forever*, tuvieron más fuerza y peso en la opinión de la mayoría de los médicos y de las mujeres que la divulgación que algunos periódicos y revistas empezaron a hacer sobre las investigaciones que vinculaban el uso de hormonas sexuales con efectos fatales para el organismo. Este libro se anunció en las revistas *Look* y *Vogue* y vendió cien mil ejemplares en los primeros siete meses. Prometía a las mujeres que mediante el uso continuado de estrógenos, la menopausia simplemente se evitaba y el envejecimiento se retardaba. Las mujeres, temerosas de envejecer en una sociedad que trata a los viejos y sobre todo a las mujeres viejas con tanto desprecio, se precipitaron a los consultorios de sus médicos para exigir que les dieran esa maravillosa píldora que les prometía la juventud eterna.

No existe otra cultura, pasada ni presente, primitiva o desarrollada, en la que se agreda, margine y ridiculice a la mujer que llega al climaterio como en la nuestra. En las sociedades occidentales, antes de la era industrial, la mujer trabajaba al lado del hombre en las empresas familiares. Cuando los hijos crecían la mujer no se sentía obsoleta. Todavía antes de la segunda guerra mundial, la mujer de edad, aún si estaba confinada al hogar y sola, era vista con cierto respeto. La sociedad veía con desaprobación que el marido o los hijos las abandonaran.

Muchos trabajos sobre el papel de las mujeres de edad en diversas culturas como en el Rajasthan en la India, o entre los Bantú en Africa del Sur, señalan que a las mujeres se les ofrecen nuevos y más prestigiosos roles como reconocimiento a su madurez y experiencia. En nuestra sociedad no hay recompensa. El miedo se empieza a sentir alrededor de los cuarenta años y la mujer acaba aterrada, convencida de que va a perderlo

todo, hasta sus deseos sexuales y su feminidad, por lo que no es descabellado afirmar que mucho de lo que los médicos denominan "sintomatología de la menopausia", se define y engendre culturalmente.

Los médicos insisten en que toda mujer menopaúsica aunque no presente síntomas, debe ser tratada porque consideran que la menopausia es una enfermedad y así se la define en la mayoría de los manuales de diagnóstico y terapia, en el rubro de disfunción ovárica.

Si nosotras no buscamos una forma más adecuada para describir este proceso de cambios fisiológicos naturales. Si no generamos nuevos conceptos para hablar de la menopausia el sólo uso del término nos producirá miedo porque está cargado de insultos que nos degradan y de errores que nos condicionarán a seguir dependiendo de los médicos y de las hormonas sexuales que nos destruyen. *Jem*

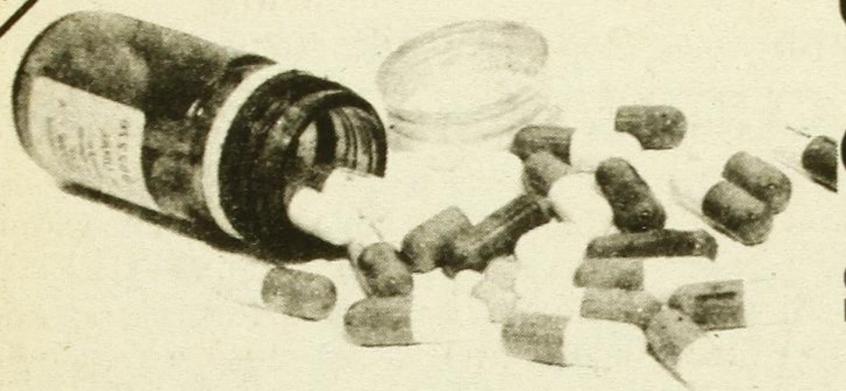
Mario Vargas Llosa

¿Quién mató a Palomino Molero?



En Perú, en los años 50, un joven soldado de aviación aparece asesinado y torturado...

SEIX BARRAL



Campaña de denuncia del estrógeno sintético D.E.S.*

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, consciente de la necesidad de trabajar conjuntamente con redes internacionales de salud que están efectuando campañas que repercuten con mayor rigor sobre las mujeres del Tercer Mundo, hace un llamado a los grupos y a las mujeres de América del Sur y del Caribe para que tomen en sus manos esta campaña dando a conocer en cada país los peligros de este medicamento que sigue usándose al ser vendidos por los laboratorios y recetado por los médicos, comprometiendo la salud de generaciones de mujeres que ya han tenido ellas mismas y sus hijas e hijos, daños y problemas graves en su sistema reproductivo.

La Campaña, además de difundir a nivel mundial la información, acerca de los daños de este estrógeno, se propone investigar en cada país la existencia del D.E.S. y con que propósito está siendo recetado.

Se trata de documentar estos hechos por medio de una investigación que sirva como evidencia de que este medicamento cancerígeno continúa siendo ampliamente usado. Se necesitan por lo tanto, evidencias y estudios de casos sobre la forma en que esta droga es comercializada a través del mundo.

Si tú o tu grupo quieren ayudar en esta investigación, respondan por favor las siguientes preguntas:

1. ¿Se está vendiendo el D.E.S. en tu país?
2. Si se está vendiendo, bajo qué nombres de marca se encuentra el D.E.S. en las farmacias (ver la lista de los nombres de marca) y cuáles laboratorios lo producen
3. ¿Sabes con qué fin se usa el D.E.S. en tu país? (mantención del embarazo, supresión de la lactancia, píldora anticonceptiva del día siguiente (post-coito), cáncer

del pecho y de la próstata, problemas menopaúsicos, otros.

4. ¿Para qué casos se receta oficialmente el D.E.S. en tu país? ¿Existen indicaciones sobre el uso de D.E.S. durante el embarazo?
5. ¿Tienes alguna idea de la cantidad de D.E.S. que se usa en tu país?

Para conseguir esta información puedes consultar:

- a) Una guía o recetario comercial de información para los médicos. En América Latina existe el diccionario de especialidades farmacéuticas. Hay que usar la última edición. Puedes encontrar D.E.S. en las secciones de "estrógenos" o "estrógenos sintéticos", o en el índice de denominaciones comunes por sus nombres genéricos y químicos. Busca además en la lista de los medicamentos para tratamientos de problemas de embarazo, problemas menopaúsicos, supresión de la lactancia, anticonceptivos post-coito, cáncer de la mama y de la próstata.
- b) Farmacias. Al ir a las farmacias se puede preguntar por todos los medicamentos disponibles para los problemas mencionados antes, y especialmente para los problemas de embarazo (prevención de abortos espontáneos).
- c) Doctores y otros trabajadores de salud. Pregunta a un ginecólogo o a un doctor de medicina general o a un trabajador de salud, qué es lo que receta para los problemas mencionados y en forma especial para los problemas de embarazo (prevención de abortos espontáneos).

La Campaña necesita además:

1. Las instrucciones de uso del

D.E.S. Estas son pequeñas hojas que vienen con el medicamento. Pídelas por favor al farmacéutico. Generalmente son posibles de obtener sin tener que comprar el remedio. Si no fuera posible, compralo. (Acción D.E.S. te devolverá el dinero) y escribe por favor en cada instrucción *dónde* y *cuándo* la obtuviste (lugar y fecha).

2. Sería de gran utilidad si pudieras obtener *muestras* D.E.S. en tu país; especialmente si pudieras conseguir muestras que sean para prevenir el aborto espontáneo. Si necesitaras una receta, trata de obtenerla con algún doctor amigo. Se cancelarán los gastos del medicamento.
3. Escribe por favor, indicando todos los lugares en que se vende D.E.S.
4. Sería de gran ayuda si pudieras preguntarle a los médicos si reciben propaganda y otro material de información sobre D.E.S. y enviarnos algunos de ellos. Otro lugar en que se puede publicar D.E.S. es en las revistas médicas u otra literatura médica.

D.E.S. Action/The Netherlands
Maliesingel 46
3581 B.M. Utrecht
Holanda

Tus investigaciones, muestras médicas o medicamentos envíalas directamente a la misma dirección.

Bibliografía:

Has the DES Lesson Been Learned, Anita Direcks (manuscrito).

Vademecum Farmacológico-Terapéutico 1985, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile.

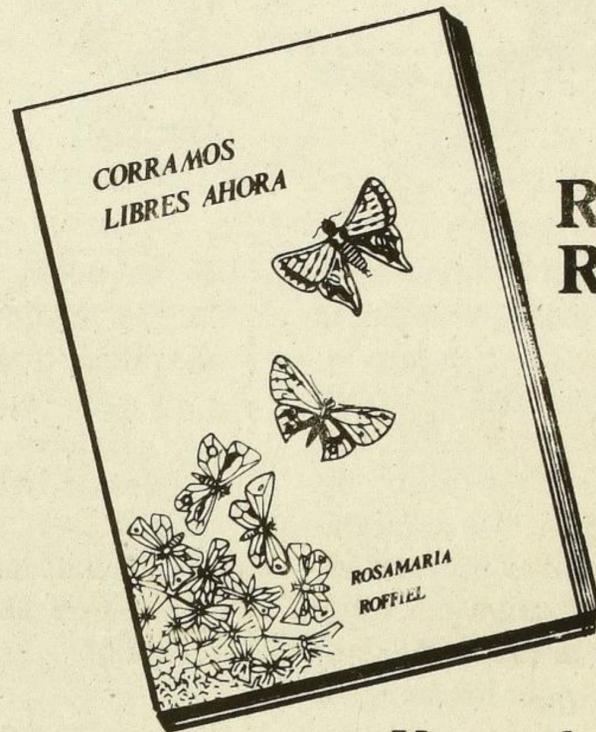
* Tomado de Isis.

Lista de nombres de marca con que aparece
D.E.S. a la venta

Acro-Estrol	Micrest
Agostilben	Microest
Albestrol	Mikarol
Antigestil	Milestrol
Benzestrol	Monomestrol
Bio-des	Neo-Foliculanpomada
Carnostrol	Neo-Ostranol
Chlorotrianisens	New-Estranol
Cicloestrina	Nomestrol
Clinestrol	Normestrol
Clinoestrol	Normovagin
Comestrol	Novostilboestrol
Cyren A.	NSC-3070
Cyren B.	Nulabort
DAES	Oekolp
Delvinal	Oestrogen-Holzinger
DES	Oestrogenin
DesPlex	Oestrol "Vetag"
Desma	Ostromenin
Destrol	Oestromensyl
Diäthylstiböstro	Oestromon
Diastyl	Orestol
Dibestil	Ovendosyn
Dicorvin	Pabestrol
Dienestrol	Palestrol
Dienoestrol	Preostrin(a)
Diestryl	Restrol
Diethylex	Serral
Diethylstilbestrol	Sexestrol
Diethylstilbenediol	Sexocretin
Dietilstilbestrol	Sexogen
Digestil	Sibol
Distilbène	Stibilium
Domestrol	Stilbal
Dyestrol	Stilbarol
Enboestrol	Stilbenol
Estilbestrol	Stilbest-Oral
Estilbin	Stilbestrina
Estimon	Stilbestrol
Estrobene	Stibestronate
Estrofix	Stilbestrone
Estromenin	Stilbestrosan
Estromon	Stilbetan C
Estrosyn	Stibetin
Estrovena	Stilbindon
Finatol	Stilbinol
Ginexol	Stilboefral
Grafestrol	Stilboestroform
Gynben	Stilboestrol
Gyneben	Stilböstro
Gynopharm	Stilbofollin
H-Bestrol	Stilbol (um)
Hi-Bestrol	Stilboral
Hexestrol	Stilestrate
Hexoestrol	Stilkap
Hormostilboral	Stilpalmitate
Implanetten	Stilrol
Implantin	Stilronate
Laboestrin	Stilrone
Makarol	Stils
Menocrin	Synestrin
Menosteroid	Synestrol
Menostibeen	Synthoerin
Meprane	Synthoestrin
Mestilbol	Syntofollin
Mestralon	Tace
Methallenestril	Vagestrol
Metrokin	Vallestril
Metysil	Willestrol

POESIA

CORRAMOS LIBRES AHORA



**Rosamaria
Roffiel**

Ya puedes comprarlo

Editorial Femsol



Revisemos los anticonceptivos

En teoría, una mujer sana, fértil y activa heterossexualmente tendría que enfrentar catorce partos o treinta abortos a lo largo de su vida reproductiva. Ahora, sin embargo, es posible controlar nuestra fertilidad, y con ello ganar autodeterminación en nuestras vidas.

El problema es que no existe el método anticonceptivo perfecto; la elección de cualquiera implica el compromiso de seguirlo de manera adecuada y de estar siempre alerta de una posible falla o complicación. El riesgo para la salud y la efectividad de un método son los elementos más importantes de tomarse en cuenta a la hora de elegir cualquiera de los métodos existentes.

Una tabla comparativa sobre el riesgo de muerte que conllevan algunas actividades humanas nos ofrece datos interesantes:

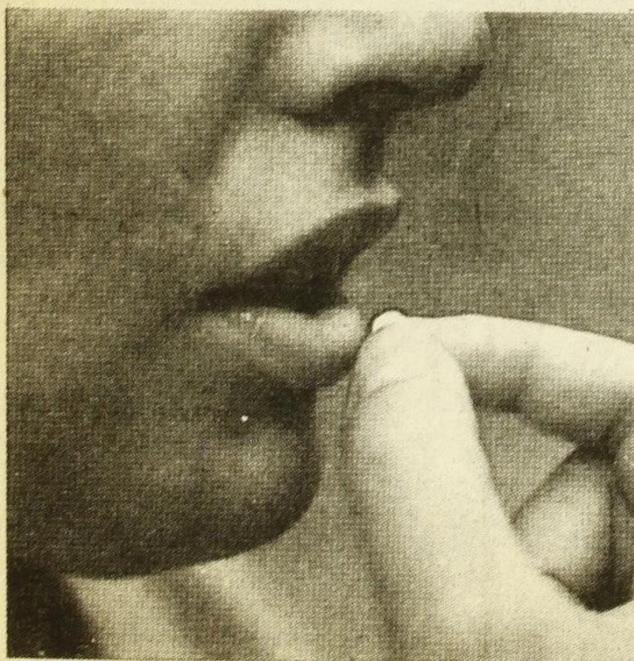
ACTIVIDAD	POSIBILIDAD DE MORIR EN UN AÑO
Manejar una motocicleta	1 en 500
Fumar una cajetilla diaria	1 en 200
Manejar un automóvil	1 en 6,000
Usar tampones	1 en 350,000
Tomar anticonceptivos orales:	
en no fumadoras	1 en 63,000
en fumadoras	1 en 16,000
Usar dispositivos intrauterinos	1 en 100,000
Métodos de barrera o naturales	Ninguna
Esterilizarse por ligadura tubaria	1 en 10,000
Histerectomía	1 en 1,600
Vasectomizarse	Ninguna
Pasar por un embarazo	1 en 10,000
Abortar en donde hacerlo es ilegal	1 en 3,000
Abortar en donde hacerlo es legal:	
antes de las 9 semanas	1 en 400,000
entre las 9 y las 12 semanas	1 en 100,000
entre las 13 y las 16 semanas	1 en 25,000
después de las 16 semanas	1 en 10,000

Esta tabla fue elaborada en Estados Unidos, por tanto sus cifras variarían en nuestro país, pero de todos modos permite hacernos una idea de los riesgos. Resulta que es más seguro tomar pastillas anticonceptivas que llegar al parto, y por supuesto, que tener un aborto en malas condiciones. Naturalmente esto es relativo, y en la práctica depende de las condiciones individuales de cada mujer, así como de la situación social en la que se desenvuelve.

Por ejemplo, en la Unión Soviética, el aborto es utilizado como método de control de la fertilidad, al punto en que la relación aborto-parto es de cerca de dos por uno; en

promedio, las soviéticas tienen 6 abortos durante su vida reproductiva. En cambio en Estados Unidos se registraron en 1980 cerca de tres y medio millones de embarazos no deseados, de los cuales sólo la mitad terminaron en abortos.

La anticoncepción es muy compleja porque está ligada a prácticamente todos los otros aspectos de la vida. Por eso hay mujeres que pueden arriesgar su salud en aras de la supuesta (o real) efectividad de cierto método. Veamos cuáles son los índices de esta efectividad en la siguiente tabla que relaciona, además, la falla teórica con la observada en la práctica.



(De 100 mujeres que siguen rigurosamente el método, las siguientes estarán embarazadas al cabo de un año).

METODO	FALLA TEORICA	FALLA EN LA PRACTICA
Ligadura tubaria	0.04	0.04
Vasectomía	0.15	0.15
Píldora combinada	0.5	2
Píldora de progesterona	1	2.5
DIU	1.5	4
Preservativo	2	10
Diafragma	2	10
Ritmo	2-20	20-30
Ningún método	90	90

A pesar de que los métodos de barrera (preservativo y diafragma) parecen ser menos efectivos que otros, en muchos países están siendo escogidos por encima de la píldora o el DIU. Ciertamente los métodos de barrera son inofensivos para la salud, y además utilizados adecuadamente —por ejemplo, combinada con cremas espermaticidas— aumentan en grado considerable su efectividad.

Sin embargo, en México no es fácil obtener diafragmas, y la mayor parte de los ginecólogos ni siquiera los contemplan como una posibilidad. Las autoridades en materia de salud pueden pensar que los diafragmas tienen el problema de que requieren de personal preparado para medir el tamaño que necesita cada mujer, pero ésta es una falsa justificación, porque de hecho la pastilla o el DIU no deben tampoco utilizarse sin la prescripción de gente especializada.

Además, nuestra salud es lo suficientemente importante para que se haga cualquier esfuerzo. En algunos países, la defensa de las mujeres contra los métodos nocivos ha obligado a la industria a crear nuevos productos, como lo es la esponja anticonceptiva que proporciona la seguridad del diafragma, con la ventaja de que no necesita ser medida puesto que se adapta a cualquier cuerpo.

El otro gran método de barrera

—el preservativo— tampoco es muy utilizado en nuestro país. De por sí, los hombres (y también muchas mujeres) consideran que la fertilidad es un asunto femenino, y esto se ha visto agudizado con la venta de pastillas y aparatos intrauterinos, que ponen toda la responsabilidad y los riesgos en nosotras. Ahora, un gran número de compañeros se niegan a utilizar el preservativo, aduciendo que es incómodo o que disminuye el placer sexual. Sin embargo, hay lugares en los que esto es diferente. En Japón, el 85.3% de los hombres utilizan preservativo; en Italia, el 45% y en Polonia, el 40%.

Las mexicanas tenemos que hacer algo con respecto a la anticoncepción a la que nos han condenado. No podemos seguir atadas a los métodos que los países poderosos van descartando. Ya es una realidad, en muchos casos comprobada, que las complicaciones de la píldora pueden ser: ataques cardíacos, embolias, cáncer y algunas infecciones. Se sabe que definitivamente no es el método adecuado para las fumadoras y las mujeres mayores de 35 años.

Si decidimos, a pesar de todo, seguirla utilizando, hay que poder reconocer los signos de alerta más importantes: dolor abdominal severo, dolor torácico o falta de aire, dolor agudo de cabeza o de piernas, visión borrosa y pérdida de visión.

El uso del DIU es otro asunto a revisar. En 1981, el número de mujeres que utilizaban este método era de 60 millones en el mundo. Sin embargo, este número se ha visto disminuido a partir de comprobar una de sus complicaciones frecuentes: las infecciones pélvicas, que pueden llevar secundariamente a la oclusión de las tubas uterinas y con ello a la esterilidad o a los embarazos ectópicos (fuera de la cavidad uterina).

En las distintas referencias varía el porcentaje de asociación entre estas infecciones y el uso del DIU. Pero lo que es un hecho es que las mujeres que desean tener hijos en el futuro no deben correr ese riesgo. En varios estados de EEUU, el DIU ha dejado de utilizarse desde principios de este año, debido al gran número de demandas contra médicos y productores de dispositivos.

Si alguna mujer elige este método debe tomar en cuenta que puede propiciarle infecciones, y que al menos, debe estar segura de no tener ninguna en el momento de la inserción, así como que ésta sea hecha asépticamente. También es necesario que quien lo coloque tenga experiencia, pues la otra posible complicación es la perforación del útero.

Los signos de alerta más importantes son: la falta o retraso del período menstrual, dolor abdominal severo, fiebre y calosfríos, sangrado entre periodos o sangrados severos durante la menstruación, descarga vaginal abundante o que produce molestias.

Puestas así las cosas, ¿qué elige cada quien?

Parece indispensable que en México se desarrolle la tecnología para fabricar anticonceptivos de barrera, a la par de cremas espermaticidas no alergénicas. Y esta lucha debe correr por nuestra cuenta, así como aquella otra, quizá más larga y difícil, de lograr que los hombres compartan la mitad de la responsabilidad que les corresponde en la fertilidad.

Rojas cabalgaban por el aire



Nunca sé si los martes van después de los lunes, si tengo la cabeza sobre la panza, si vivo en el norte o en el este, si pienso luego existo o bailo luego soy. Pero sé que tal vez, que a lo mejor.

Todo sucedió una tarde en la que caminaba por la playa, justo a la hora en la que el sol se zambulle dentro del mar y la luz no se decide a irse a dormir. Las vi llegar de océano adentro, montadas en sus escobas, volando muy cerca de la superficie del agua, con estrellas en los pies. Encaramadas sobre la cresta de una ola, cayeron con destreza en la arena a pocos metros de mí. Ellas se quedaron muy quietecitas mirándome. Me froté los ojos: ahí estaban, a la espera. Me acerqué despacio, temiendo que se marchasen antes de que las pudiese tocar.

Eran cuatro niñas, blancas como el interior de los caracoles, vestidas con falditas rojas. Todas tenían el mismo corte de pelo: largo hasta los hombros y un fleco que les tapaba las cejas; todas, en los ojos un chisporroteo como el de las luces de bengala; todas, con las narices empapadas de pecas. No reían, pero me contagiaron su alegría. No sé por qué las cogí de la mano y me las llevé a casa, así nada más, sin una palabra. Las escobitas nos seguían prudentemente, flotando a ras de la arena. A medida que caminábamos las niñas crecían poco a poco. No me sorprendió, me había puesto un impermeable en la razón: para qué pensar si de nada sirve.

Creo que la cabaña está al final

de la playa, encima de un peñasco o abajo, o sobre la espuma. Es sólo un cuarto en forma de estrella con tres paredes de viento y un bajo techo de nube. Al colchón le gusta vagar de punta a punta, con el tucán al lado. Me llegó un día brumoso, le gustó el lugar y se quedó. Ahora se ha vuelto mi amigo. En lo oscuro se encienden las luciérnagas que me ayudan a leer palmeras y a escribir deseos en el tiempo. En la playa hay una tina natural en donde me suelo recostar para bañarme con el agua que se estanca entre las rocas y me da masaje. Voy ahí cuando me anda ganando la vida y ya no me puedo encontrar. Ahí me parcho y me remiendo. Me parece que está cerca de Andango, una aldea de pescadores que deben ser invisibles pues sólo oigo sus voces y distingo los puntos amarillos de sus barcas en la noche.

Al llegar a casa ya todas tenían cintura y curvas en las caderas. Les enseñé mi tina y se les antojó bañarse de inmediato. Se desabotonaron las faldas dejando que resbalaran por sus piernas. Una me quitó la camiseta, otra los shorts. Yo nunca había hecho el amor, si es que así se le puede llamar a lo que hicimos, con cuatro mujeres. Las escobas se enojaron y se fueron a esconder en la arena. Todas me empezaron a acariciar al mismo tiempo, la tina se llenó de pechos, manojos de suspiros, clítoris y muslos. Crecían como la marea, ágiles con olores de lavanda y jabalí. Nuestras lenguas

buscaban ondulaciones, paredes rosas y mis dedos descubrían el gusto de meterse en lugares ajenos y cálidos. Sus uñas recorriendo mi espalda, haciéndome cosquillas. Ocho manos hábiles y exigentes despertaban a mis esperanzas. Eramos como el zodiaco, círculos dentro de otros círculos, girando veloces en la noche oscura. El vaivén de las olas dentro del estanque nos metía arena en los oídos y en el pelo. Con mis yemas y los ojos cerrados exploraba sus pieles tan suaves como duraznos, para encontrar depresiones y detenerse en redondeces. Sus cuerpos húmedos me envolvían colgándome sus ansiedades. Me regalaron mil cumbres y barrancos. Yo no quería que terminara ese nuevo deleite, esa angustia.

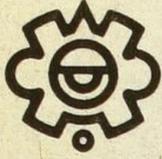
Justo antes de que el cielo se aurorara ellas cambiaron el ritmo de sus movimientos. Dejándome sumergida en la arena se pusieron de pie. De pronto se hicieron pequeñas, pequeñas, pequeñas. Y se marcharon, montadas en sus escobas, cabalgando espirales. Las vi partir cielo adentro.

Cuando el sol apareció, en el espacio mojado, estaba todo el universo ahí, en derredor mío.

*Mexicana, integrante del taller literario de Elena Poniatowska.

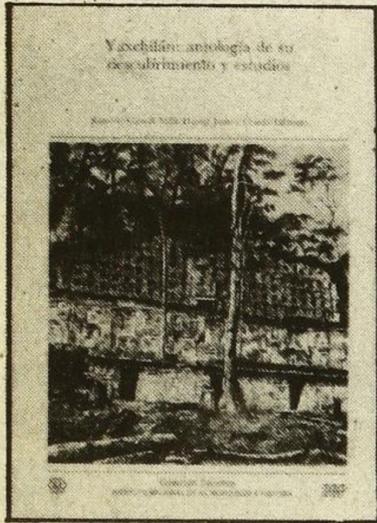
DEPARTAMENTO DE DISTRIBUCION

Av. Tulyehualco No. 3428
Col. San Francisco Culhuacán
C.P. 09060 México, D.F.



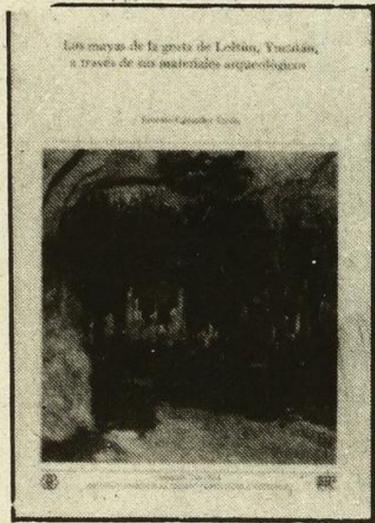
INAH

Instituto Nacional de Antropología e Historia



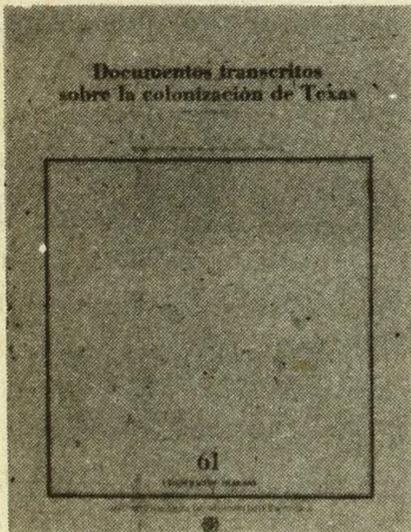
Yaxchilán: antología de su descubrimiento y estudios

Roberto García Moll
Daniel Juárez Cossío
Editores
CC-152



Los mayas de la gruta de Loltún, Yucatán, a través de sus materiales arqueológicos

Ernesto González Licón
CC-149



Documentos transcritos

Sobre la colonización de Texas

Celia Gutiérrez Ibarra
BNA-61

ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y URBANOS 1

Publicación cuatrimestral de El Colegio de México, A.C.

Entre otros artículos:

Población y desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente, Francisco Alba y Joseph E. Potter
El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980, Cecilia Rabell y Marta Mier y Terán Rocha
Planeación urbana en México en periodo de crisis (1983-1984), Gustavo Garza

Precio del ejemplar: 1 000 pesos

Si desea suscribirse, favor de enviar este cupón a **El Colegio de México, A.C.**, Departamento de Publicaciones, Camino al Ajusco 20, Col. Pedregal de Sta. Teresa, 10740 México, D.F.

Adjunto cheque, o giro bancario núm. _____ por la cantidad de _____ a nombre de **El Colegio de México, A.C.**, importe de mi suscripción por un año a **Estudios Demográficos y Urbanos**

Nombre _____
Dirección _____
Código Postal _____ Ciudad _____
Estado _____ País _____

Suscripción anual

México: 2 950 pesos

E.U.A., Canadá, Centroamérica y Sudamérica: 26 U.S. dólares

Otros países: 35 U.S. dólares

La suerte de la fea
Eugenio Aguirre

premià

Próxima aparición

Endometriosis*

Buscar un artículo que hable de la endometriosis es como tener endometriosis. Muchas preguntas surgen en torno a este mal, preguntas que sólo obtienen respuestas vagas, especulativas, ambiguas, produciendo a quienes lo padecen una sensación de confusión, vulnerabilidad y frustración. Lo más que puede hacerse es presentar la poca información existente, con el fin de que las mujeres con endometriosis se den cuenta de que la confusión no se origina dentro de ellas sino fuera, precisamente en el meollo de las influencias médicas y sociales.

Por definición, la endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Dicho tejido se implanta más comúnmente en la cavidad pélvica, los ovarios, los ligamentos uterinos, las trompas de falopio y el colon. Con menor frecuencia, dichos implantes han sido encontrados en puntos tan distantes como los pulmones.

El problema es que, debido a la influencia de las hormonas reproductoras, dichos implantes proliferan y sangran cíclicamente como si estuvieran en el útero. Generalmente se localizan donde existe un espacio que no permite el crecimiento ni la salida de la sangre. El cuerpo reacciona con dolor y con la formación de tejido cicatrizado que, en los casos más avanzados, crea distensiones y adherencias en los órganos pélvicos, así como un aumento muy fuerte del dolor. Las mujeres que padecen esta enfermedad sufren, ya sea cíclica o crónicamente, dismenorrea (reglas dolorosas), dispareunia (coito doloroso), dolor al defecar, dolor en la espalda, cólicos abdominales, náuseas y hasta vómitos. Curiosamente, en algunos casos sumamente avanzados, el dolor es leve o inclusive inexistente, aunque puede ocurrir lo contrario.

Además del dolor, la endometriosis causa esterilidad. Al parecer, cuanto más avanza el mal, tanto mayor es la incidencia de esterilidad. Ello resulta de la obstrucción de los diversos órganos reproductivos que impide la movilidad tanto del huevo como del esperma.

Diferentes teorías explican parcialmente los orígenes de la endometriosis. La más aceptada es que el tejido endometrial emigra del útero hacia otros puntos a través de lo que se conoce como menstruación "retrograda". Estudios confirman que en un 50 por ciento de las mujeres examinadas durante operaciones



pudo apreciarse que la sangre menstrual no fluía normalmente hacia adelante sino que se iba hacia arriba o afuera de las trompas de falopio, llevando partículas de tejido endometrial hacia la cavidad pélvica. Se ignora por qué en ocasiones este tejido se implanta. Tampoco se sabe si los tampones o las mínimas aperturas cervicales en algunas mujeres propician el sangrado retrógrado.

Otras teorías afirman que los implantes viajan a través de las corrientes sanguínea y linfática. Asimismo, se piensa que las células presentes desde el nacimiento pueden transformarse en tejido endometrial activo durante la adultez.

Debido a que los síntomas de la endometriosis se confunden fácilmente con los de otras enfermedades más comunes, muchas mujeres han sido sometidas a tratamientos equivocados o bien no han sido diagnosti-

* Resumido del *Santa Cruz Women's Health Center Newsletter*, No. XXVI, junio 1982.

cadras acertadamente. Las reglas dolorosas a causa de la endometriosis son consideradas a menudo simples casos de dismenorrea. Generalmente, esto se puede distinguir porque los dolores por endometriosis empiezan desde cinco o siete días antes que baje la regla, acentuándose el primer día y persistiendo a veces hasta después que se termina de menstruar. El dolor puede ser menos parecido a un cólico y más constante, localizado en la zona del o de los implantes más que en el propio vientre. La endometriosis también puede causar dolor durante el coito, estreñimiento, dolor pélvico crónico y esterilidad. No es raro que algunos médicos al ver que los tratamientos no funcionan o que no aciertan a diagnosticar correctamente, culpan a la mujer de "sufrir conflictos por ser mujer" y le recetan calmantes o bien la envían a un psiquiatra.

En los últimos años, la laparoscopia ha resultado de gran ayuda para detectar esta enfermedad. Sin embargo, es una prueba muy cara. Se trata de hacer dos pequeñas aberturas en el abdomen para insertar por ahí un tubo muy delgado con una luz en la punta a través del cual se examina la cavidad pélvica. Puede entonces removerse un fragmento del implante y hacer una biopsia para confirmar el diagnóstico.

Los tratamientos efectivos para una endometriosis van desde una simple aspirina hasta una histerectomía. La aspirina u otro analgésico o antiinflamatorio puede ayudar a reducir el dolor pero no a impedir que los

implantes sigan creciendo. En la mayoría de los casos funcionan los tratamientos con hormonas a lo largo de seis o nueve meses. Esto hace que los implantes sean reabsorbidos o bien se desintegren. Algunos efectos colaterales de este tratamiento son: aumento de peso, edema, crecimiento de las zonas velludas y masculinización de la voz y síntomas menopáusicos.

Se ha probado que tanto el embarazo como la lactancia prolongada ayudan en los casos de endometriosis. Sin embargo, para muchas mujeres que no desean ser madres, esto no funciona. Paradójicamente, para otras que sí lo desean es duro aceptar que la endometriosis provoca esterilidad. En los casos en que se desee quedar embarazada, las hormonas son lo mejor.

Si la laparoscopia muestra que hay quistes, tejido cicatrizado o distorsión en los órganos pélvicos, hay que operar para quitar dichos implantes. Respecto a la histerectomía, sólo se recomienda en casos en que los demás tratamientos han fallado y el mal está muy avanzado.

Como ésta es una enfermedad hasta cierto punto aún desconocida, hay que tratar de informarse acerca de todos los descubrimientos que se hagan al respecto. En 1980 se formó la Endometriosis Association (2654 N. 112th St. Milwaukee, WI. 53226), a la cual puede escribirse solicitando datos que nos aclaren dudas y, por lo tanto, nos tranquilicen respecto a lo que padecemos. *Jm*

Un poema

No soy
ni flor
ni tallo
ni raíz.
No soy
ni rosa
ni pétalo
ni polen.
Soy espina.

Rosa Remus

poeta mexicana



Esterilización femenina: libertad y opresión**

El 5 de enero de 1979, el *New York Times* publicó una noticia que decía que cuatro trabajadoras de una industria química norteamericana optaron por la esterilización para no tener que dejar sus empleos en los cuales estaban expuestas a peligrosas sustancias teratogénicas y mutagénicas.

A pesar de que ese ejemplo no es necesariamente típico de las condiciones en que se encuentra la mayoría de las mujeres, es ciertamente ilustrativo de los condicionamientos sociales respecto a la opción reproductiva.

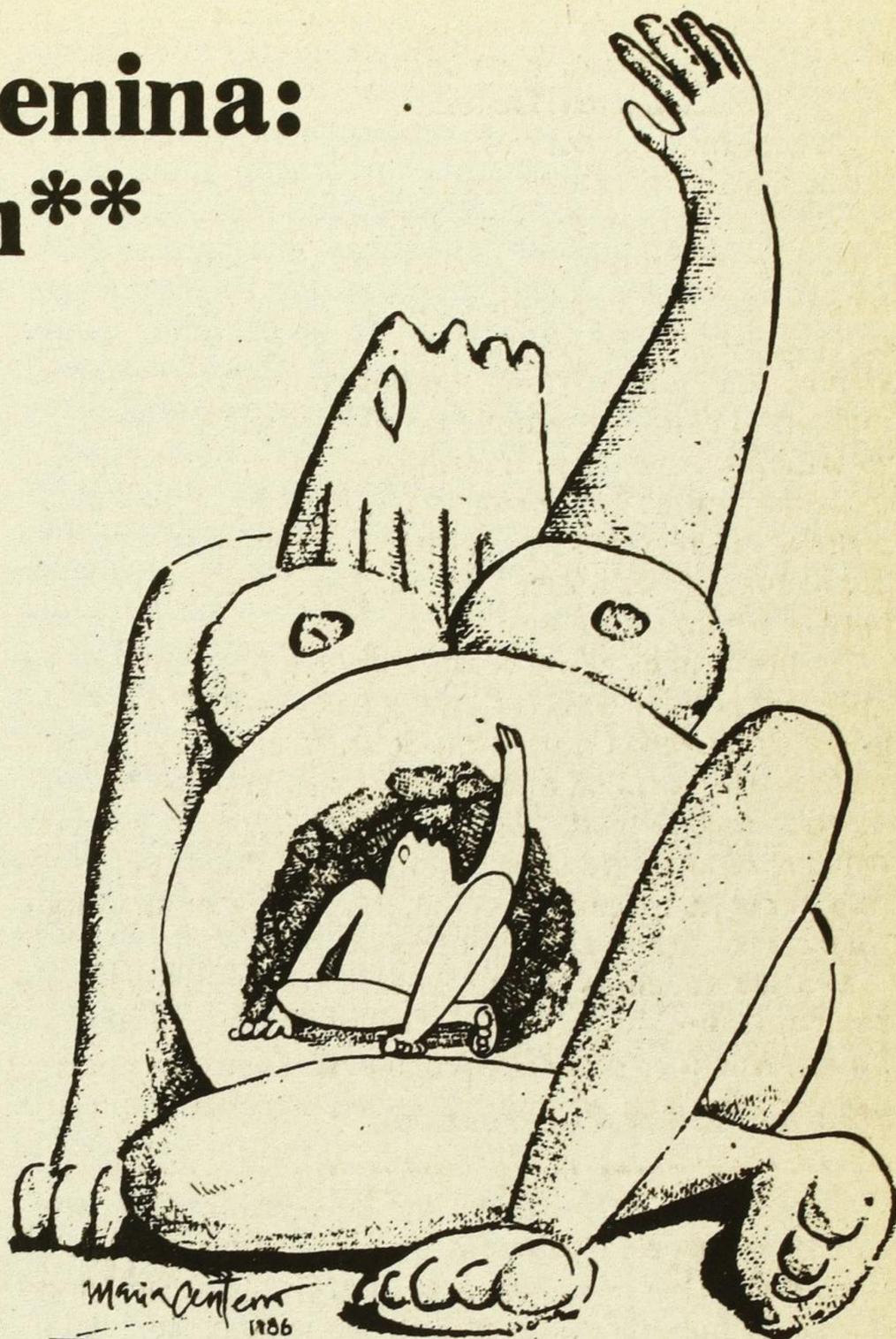
En diversos grados y modos, las mujeres en diferentes países, ocupaciones, clases, razas, edades y estados conyugales encuentran sus decisiones reproductivas supeditadas a un conjunto de condiciones sobre las cuales tienen muy poco control.

Como es sabido, la tasa de fecundidad de las mujeres brasileñas permaneció prácticamente sin cambio desde 1930 hasta 1965, verificándose una caída a partir de esa fecha. Investigaciones realizadas en diversos Estados indican un aumento en el uso de anticonceptivos, en la práctica del aborto y, sobre todo, en el recurso de la esterilización. La esterilización femenina (que es prácticamente irreversible) ya es el método más común en algunos Estados, por ejemplo, en Piauí.

Comparando datos obtenidos en Sao Paulo de 1965 a 1978, vemos que el índice de esterilizaciones aumentó en un 100% en esos trece años. En una investigación realizada en 1979 en Piauí, se constató que el 93% de las ligaduras fueron practicadas después de 1970. En Río Grande do Norte, de las mujeres esterilizadas hasta 1980, un 71% lo fueron en la segunda mitad de la década indicando un aumento extraordinario en los años más recientes.

Un examen cuidadoso de los datos apunta sugerentes diferencias regionales: la esterilización es un método relativamente más utilizado en el Noreste que en Sao Paulo. En este último Estado, la esterilización se extendió más rápido entre las mujeres de los niveles más bajos de instrucción. En el Noreste, el gran "proveedor" de esterilizaciones ha sido el Estado a través de sus hospitales; lo sigue el INAMPS (Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previsión Social).

Es probable que gran parte de las esterilizaciones re-



alizadas en el país hayan sido vehementemente solicitadas por las clientas. Es claro que no fueron resultado de coerción o manipulación directas, pero también es probable que la mayoría hayan estado determinadas por factores estructurales de la propia sociedad capitalista. De éstos, cuatro parecen ser los más críticos: la posición de la mujer en la familia y en el mercado de trabajo, la cultura patriarcal, la política de salud y la política demográfica.

Posición de la mujer

La gran mayoría de las mujeres no está, como las trabajadoras de la industria química norteamericana, en condiciones de escoger entre la fertilidad y empleos mejor remunerados. Sea como *boiasfrias* (trabajadores contratadas por temporadas o jornadas que llevan desde su casa el almuerzo que han preparado muy tempra-

* Carmen Barroso, feminista, investigadora en el tema de la salud y población en la Fundación Carlos Chagas de Brasil.

** Extracto del trabajo presentado por la autora en mayo de 1983, ante la Comisión Investigadora Parlamentaria del Senado Federal de Brasil, sobre el incremento en la población. Tomado de *Isis Internacional*. Ediciones de las Mujeres No. 3. 1985. Santiago de Chile. pp 53-57.

no) en los cañaverales paulistas, como quebradoras de castañas en Belém do Pará o como trabajadoras a domicilio en las industrias de confecciones de Río de Janeiro, las mujeres no cuentan con ningún apoyo de la sociedad para la reproducción de las nuevas generaciones. Como empleadas domésticas, marginadas de la legislación laboral, como operarias que tienen que someterse a humillantes pruebas de no-gravidez, como clientes de extorsionadoras clínicas de abortos clandestinos, diferentes grupos de mujeres experimentan diferentes formas de opresión reproductiva. Para la mayoría de las mujeres, la crisis económica y la imposibilidad de la familia para servir como refugio seguro, son determinantes estructurales de la decisión de someterse a una cirugía irreversible para controlar su fecundidad.

Frente a las consecuencias de la maternidad sin apoyo de instituciones públicas, y a las condiciones de vida extremadamente difíciles, muchas mujeres sin duda escogen —racionalmente, sin coerción— la solución que ofrece más garantías contra la concepción. Sin embargo, el deseo de un método eficaz —que está en la base del aumento en el número de esterilizaciones— no puede ser reducido solamente a factores económicos. El control de la fecundidad también implica cuestiones relacionadas a la autonomía y a la autodeterminación de la mujer.

Cultura patriarcal y sexualidad

A veces, la propaganda de la esterilización está acompañada de la promesa de “una vida sexual sin preocupaciones”. Sin embargo, para muchas mujeres el sexo es muy diferente al mito de la libertad sexual que se proyecta en el mercado de la esterilización. A las mujeres que han sido educadas para ignorar su propio cuerpo y están atadas a normas sexuales de recato y pasividad, con miedo a ser estigmatizadas como “inmorales”, la esterilización no les plantea los problemas de asumir la responsabilidad de la actividad sexual.

Por otro lado, es también verdad que el contexto material y sexual en el que se encuentra una mujer, puede hacer que la esterilización sea el método que maximiza el control sobre su propia vida.

Si los compañeros son hostiles, reacios a los métodos anticonceptivos o no quieren asumir ninguna responsabilidad, las mujeres pueden preferir el método que es el menos perjudicial, el más seguro y menos dependiente de la cooperación masculina.

Política de salud

Actualmente la contracepción es una industria controlada por intereses económicos altamente concentrados —las compañías farmacéuticas multinacionales, la red hospitalaria privada, la medicina de grupos y las instituciones de planificación familiar. La

comercialización de la regulación de la fecundidad asume formas que reflejan los intereses de estos grupos: una definición de “eficacia” en la cual la garantía de evitar hijos pesa más que la salud y la seguridad de los usuarios, el favorecimiento del control de los profesionales en detrimento de la autonomía de las “pacientes”. De ahí la predominancia de la píldora y de la esterilización.

Dadas las características del sistema médico brasileño, la mayoría de las esterilizaciones quirúrgicas son realizadas inmediatamente después de una cesárea (97% de las esterilizaciones efectuadas en los hospitales de Campinas y el 60% de las de Río Grande do Norte y Pernambuco). No es una casualidad que Brasil sea el país que tiene un mayor porcentaje de cesáreas. Un estudio hecho en nueve hospitales de Sao Paulo y Río concluye que las consideraciones financieras desempeñan un papel importante para estimular a los médicos a planificar un mayor número de cesáreas entre sus clientes particulares y aseguradas que entre las demás mujeres. Entre otros, estos datos reflejan dos aspectos del sistema brasileño: un sometimiento de los intereses de la salud a la lógica del lucro y la tendencia a la medicalización de la contracepción, los cuales forman parte de una tendencia general de favorecimiento de las hospitalizaciones y la sofisticación de los servicios de desmedro de medidas preventivas y de cuidados básicos en salud.

Evidentemente, los productores y distribuidores de mercancías contraceptivas no imponen sus métodos preferidos sin acomodarse a las necesidades percibidas por las mujeres. La política de reproducción sigue un proceso sutil de negociación y lucha. La prevalencia de un método en un determinado momento tiene que ver tanto con las estrategias para la manutención del control, legitimidad política y ausencia de una resistencia organizada, como con el lucro o eficacia demográfica. Esto explica, por ejemplo, porque el uso del DIU (Dispositivo Intrauterino) todavía no es el más divulgado en el país.

Política demográfica

La política del gobierno brasileño a lo largo de los últimos veinte años ha estado marcada por contradicciones y ambigüedades, tanto a nivel de la retórica oficial como a nivel de las medidas concretas. Las contradicciones de intereses antagónicos entre facciones internas de los diferentes grupos que detentan el poder resultaron en una política de acomodamiento donde coexisten la omisión de un programa global y el apoyo —a nivel de los gobiernos estatales— para la actuación de entidades privadas financiadas por organismos extranjeros, sobre las cuales no tienen control.

Como no podría dejar de ser, los efectos de esa política sobre el ejercicio de la libertad reproductiva son

también contradictorios, aunque siempre restrictivos —en una dirección u otra.

Por fuertes que hayan sido, las profesiones de natalista no fueron suficientes para promover un sistema de salud que diese una atención adecuada, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, a la gestación, al parto y al puerperio. No es de sorprender que las mujeres procuren limitar la prole para preservar su salud, dado que la tasa de mortalidad materna por complicaciones de parto es nueve veces mayor en Brasil que en los países desarrollados.

Por sistemáticas que hayan sido las compañías de los neo-malthusianos para promover la idea de que la reducción de la natalidad sería importante para la solución de todos los problemas sociales que nos aquejan, desde la polución hasta el desempleo, no han sido suficientes para dar a todas las mujeres interesadas el acceso a medios anticonceptivos ideales, o sea, seguros, inocuos, reversibles, de bajo costo y de fácil uso. (En verdad, ni siquiera es de interés de aquellos que controlan la población promover el acceso amplio a métodos reversibles, pues dependen de motivaciones individuales y, por lo tanto, no son los más eficaces desde el punto de vista de la reducción de la natalidad). Las mujeres que quieren evitar el embarazo se enfrentan a dificultades que van desde la falta de acceso a las informaciones necesarias hasta la exposición a riesgos de efectos dañinos para la salud causados por la ingestión de píldoras sin la debida atención médica. No es de sorprender, entonces, que la esterilización definitiva les parezca una alternativa tentadora.

Aborto

Por la misma razón que no interesa a los "controlistas" la plena divulgación de métodos que dependan de la voluntad de no tener hijos, tampoco les interesa tornar el aborto en un método más seguro y accesible, a través de su despenalización. Siendo ilegal, el aborto representa un riesgo para las mujeres que deciden interrumpir una gravidez que no consiguieron evitar. Pagando exorbitantes sumas incompatibles con sus menudos salarios y entregando sus cuerpos en manos de personas sobre cuya calificación no hay ningún control social, muchas de esas mujeres optan "libre y racionalmente" por la solución definitiva de la esterilización.

En relación a esta última, la política oficial representa una curiosa forma de acomodamiento. Al mismo tiempo que, como vimos, la esterilización está siendo practicada en gran escala en el país, inclusive por el INAMPS, EL Ministerio de Salud y el Consejo Federal de Medicina no adoptaron la propuesta que les fue hecha en 1981 por el Congreso de Ginecólogos Brasileños en el sentido de alterar la legislación para permitir la ligadura por indicación médica y voluntad del paciente. De esta forma, esta cirugía, que se torna cada

día más común, mantiene un carácter de semiclandestinidad que impide su reglamentación y fiscalización. Con esto, se abren las puertas a abusos muy serios.

Conclusiones

El problema de la esterilización muestra en forma aguda y dramática las dificultades que las mujeres enfrentan en el control de su vida reproductiva.

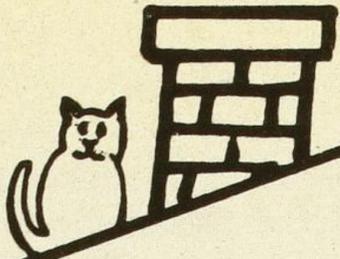
El análisis de este problema deja claro que solamente la construcción de una nueva sociedad más justa, igualitaria y libre posibilitará a todos el pleno ejercicio del derecho a desear o no desear tener hijos y actuar de acuerdo con ese deseo. Sin embargo, hay una serie de medidas que podrían o deberían ser implantadas desde ya, de modo que las duras restricciones que actualmente pesan sobre la libertad de elección puedan ser disminuidas.

En el informe que preparé para la UNICEF en 1982 tuve la oportunidad de hacer una serie de recomendaciones, complementarias y mutuamente dependientes que, en su conjunto, centraban la cuestión específica de la mujer como un elemento muy importante, dentro de una estrategia global para promover la plena participación de todos los brasileños.

En lo que se refiere a la planificación familiar, estas recomendaciones incluían lo siguiente:

"Se debe proporcionar a las mujeres el acceso a medios contraceptivos seguros, acompañados de atención médica. Paralelamente, será necesario incentivar la participación masculina en la responsabilidad de la concepción y de la contracepción, y frenar los abusos en la esterilización practicada sin pleno consentimiento y conocimiento de la paciente en cuanto a su irreversibilidad. Se deben evitar, a toda costa, las imposiciones en el sentido de constreñir a la mujer a tener o no tener hijos. Igualmente se debe combatir la idea falaz de que la pobreza es causada por el gran número de hijos. Propiciar entre las mujeres la información y la oportunidad de discutir libremente entre sí sus problemas será fundamental para que puedan optar conscientemente y gozar de su derecho a disponer de su propio cuerpo, de su sexualidad y de su vida".

Esas reivindicaciones son entendidas como parte de un plano global de atención a la mujer durante todas las fases de vida. Esa misma idea fue inspiradora del Grupo de estudios sobre Salud, del Consejo de Condición Femenina, del Gobierno del Estado de Sao Paulo. Más allá de su carácter globalizador, sus propuestas difieren de los actuales programas de planificación familiar (se refiere a los programas anteriores a mayo de 1983) en dos puntos esenciales: el respeto de la libertad de la mujer y del hombre en cuanto a la sexualidad y la reproducción y el énfasis en la participación popular, tanto a nivel de los métodos de enseñanza como a nivel de la orientación y control del propio programa.



Volver al parto en la casa

La mayoría de las mujeres —sobre todo de las clases media y alta— pensamos que el único lugar para tener un hijo es el hospital. Esto se debe a que hemos sido condicionadas para depender totalmente del personal médico y creemos que lo necesitamos en todo momento. Sin embargo, el hospital y su personal sólo son necesarios en caso de que un parto presente complicaciones. Si no las hay, podemos muy bien dar a luz en casa con una partera o con personal paramédico capacitado, y en un ambiente familiar que beneficiará tanto a la madre como al bebé.

Para que un parto en casa tenga éxito es importante que la mujer esté convencida de que así lo desea, y prepare a su familia para ello. Debe cuidarse todo el embarazo, contar con una persona capaz y responsable para ese momento y, si tiene posibilidades, apartar un cuarto en un hospital o sanatorio para saber que cuenta con un servicio de emergencia en caso necesario.

Las siguientes situaciones son consideradas de alto riesgo y, por lo tanto, a las mujeres que las padezcan no se les recomienda parir en la casa:

- diabetes mellitus
- hipertensión
- obesidad
- desnutrición, anemia o peso menor al normal
- cesárea anterior
- alguna cirugía uterina de cierto riesgo
- hemorragias anteriores
- sangre Rh negativo con examen de anticuerpo positivo
- síntomas de toxemia (antes o durante el embarazo)
- Polihidramios (mayor cantidad de líquido amniótico que lo normal)
- herpes activo (se requerirá cesárea)
- bebé en posición pélvica (de nalgas) o transversal
- pelvis pequeña y bebé grande en posición anormal
- gemelos
- bebé de menos de nueve meses de gestación
- alteraciones nerviosas
- o cualquier mujer que desconozca plenamente las funciones de su cuerpo y el desarrollo de un parto.

En México, sobre todo en áreas rurales o en provincia, hay muchas mujeres que tienen a sus hijos en su propia casa. Algunas porque no tienen acceso a instituciones públicas de salud como el IMSS, el ISSSTE o la SSA; otras porque su experiencia tanto en dichas instituciones como en las privadas ha sido negativa y no quieren repetirla. Por ello, en nuestro país existe también un alto número de parteras, o comadronas —mujeres que constituyen una tradición de siempre. Genevieve Zárate Sánchez es una de ellas. Nació en Xalapa, Veracruz, y es partera desde hace quince años. Trabaja además como enfermera auxiliar en el Seguro Social. La siguiente entrevista fue hecha en septiembre de 1982.

—¿Por qué quiso ser partera?

—Porque me gusta atender a las mujeres cuando necesitan de mí, y ayudar a un ser que va a tomar parte en esta vida. Y me gusta porque soy mujer —tengo mis cuatro hijas— y, pues, los niños son muy bonitos.

—¿Dónde aprendió?

—Estudie enfermería y me mandaron del Seguro a Cosamaloapan, a clínicas, y como no había personal titulado suficiente, pues ahí hacíamos de todo. También tomé cursos de medicina general de primer año.

—¿Hay mucha demanda de partos en casa?

—No, en realidad no atiendo seguido porque unas mujeres se van a la maternidad, al Hospital Civil, otras al Seguro Social, de acuerdo a sus posibilidades.

—A las mujeres que usted atiende, ¿las ve desde antes o en el momento del parto?

—A veces las voy controlando desde los cinco o seis meses, según la atención que ellas pongan en sí mismas. Les acomodo al niño, escucho su corazón, veo sus análisis, les hago preguntas, les recomiendo que coman bien, que lleven una vida tranquila, que no piensen que el embarazo es una enfermedad, sobre todo, que acepten desde un principio con amor al niño porque muchas son madres solteras que no deseaban embarazarse.

* Para adquirir alguno de los folletos sobre salud que ha publicado este grupo, o tener mayor información sobre el mismo, pueden dirigirse al Apartado Postal 107, Xalapa, Ver. CP91000.

—¿Les hace algún examen médico?

—No. Algunas van al médico durante el embarazo, si está a su alcance. Yo aprendí a ver cómo viene el niño, cuánto crece, las molestias que puede sentir la señora, náuseas, mareos...

—¿Qué les recomienda para las náuseas?

—Medicamentos casi no, mejor les digo que tomen hielos pues con lo frío se inhibe la náusea, y al mismo tiempo les ayuda para que no se deshidraten si vomitan.

—¿Qué hay que tener en casa para el parto?

—Sábanas limpias para cubrir a la señora, trapos limpios para recibir al bebé, agua caliente y jabón para hacer el aseo, medicina para el sangrado, y otro material que compro yo.

—¿Qué posición recomienda?

—La posición ginecológica, acostadas con las piernas flexionadas. Algunas mujeres que vienen de otros pueblitos prefieren estar hincadas o paradas, pero a últimas cuentas terminamos como yo digo.

—¿Cómo las prepara para el momento del parto?

—Les digo que no es dolor sino contracciones, que con cada contracción se abre unos milímetros más y que deben cooperar porque en el momento en que está coronando el niño, entonces sí duele, pero que es normal porque es un orificio pequeño.

—¿Hay mucha diferencia en el tiempo de dilatación?

—Sí, hay unas que tienen un trabajo de parto muy rápido. Depende de la edad, las de treinta y cinco años tardan más porque sus tejidos están duros y no tienen la misma elasticidad.

—¿Sabe cómo estimular la dilatación para que se abra más rápido el cuello?

—Se le hace una fricción a la parturienta con los dedos índice y medio sobre la mucosa vaginal hacia abajo para que haya mayor elasticidad en el momento en que el niño enfoca la cabecita, para que no se produzca un desagarramiento. Se puede poner aceite o vaselina para que haya más viscosidad.

—¿Está de acuerdo con lo que hacen los médicos para que el niño nazca más aprisa?

—Sí, porque hay mujeres que están muy inquietas, irritables, que ya les duele mucho por las mismas contracciones. Entonces lo que hace el médico es ponerles una inducción para que se dilaten más. Es más doloroso pero más rápido.

—¿Usted lo hace?

—En ocasiones sí, pero hasta que el niño ya está coronando, y para que el niño no sufra porque la mamá no sabe cooperar.

—¿Hace episiotomías?

—A veces, cuando veo que el producto no cabe. A mí me han tocado sólo tres.

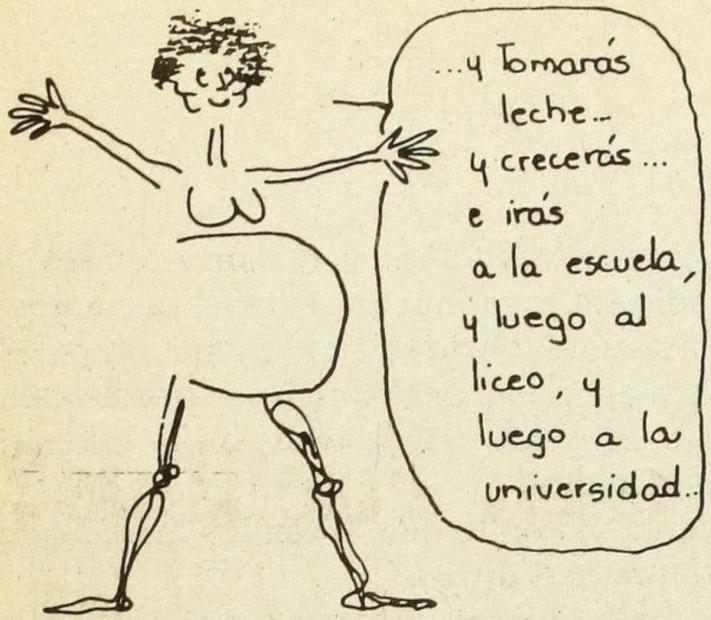
—¿Qué pasa cuando se presentan complicaciones?

—Afortunadamente, sólo me tocó en una ocasión en que se rompió el cordón, pero logré resolverlo y el niño nació bien, porque una va agarrando mañas, por ejemplo, cuando viene la presentación de la cabecita, hay que medir, si el puño de la mano cabe más o menos en la vagina de la señora, entonces es que sí pasa el niño. Se supone que una va controlando el trabajo de parto, y si se ve que ya pasaron más de seis horas y no descende el bebé, por una razón u otra, pues hay que mandar a la madre al hospital o a la maternidad.

—¿Usa fórceps?

—No, nunca. Es muy traumático y pueden presen-





maia centim 1979

vientre y enseguida se lo pegan al pecho, lo acarician los dos, lo bañan luego con agua tibia. Yo les doy recomendaciones, que mantengan al niño sin almohada para que desaloje las flemas, cómo hay que darle de comer, que ella tiene que camiñar al otro día. Las mexicanas permanecen más en cama, se cuidan más, lo toman más como una enfermedad.

—¿A cuántas mujeres atiende al mes?

—En realidad no tengo un consultorio. Hay personas que me conocen, que me recomiendan con otras, y si les gusta y vienen, las controlo y las atiendo en su casa.

—¿Por qué las mexicanas quieren ser atendidas por usted en lugar de ir al hospital?

—Generalmente porque tienen un niño chiquito y no quieren dejarlo solo, o porque no quieren estar solas en el hospital, o porque luego allí les ponen pierneras, les sujetan las manos, o también porque cuando tuvieron al primer niño les hicieron “una cortada muy fea por tarse problemas después. De una aplicación de fórceps a una cesárea, mil veces la cesárea.

—¿Suministra suero?

—Como prevención mía siempre les tengo canalizada una vena con solución glucosada, por lo que pudiera ofrecerse, sangrado, bajada o subida de presión arterial... Eso no le hace daño a nadie.

—¿Qué hace cuando el cordón umbilical viene enredado en el cuello del niño?

—Pinzo inmediatamente de un lado y otro, corto y jalo luego luego.

—¿Y cuándo el niño no quiere respirar?

—Cuando sale la cabeza siempre les limpio la cara con un trapo, y ese niño inmediatamente tiene que llorar, pero si no lo hace, entonces se mantiene de cabeza y se le aspiran las flemas con una perilla de hule.

—¿Trabaja sola?

—Sí, nadie me ayuda. Bueno, a veces el marido coopera. He tenido unos partos muy bonitos con extranjeras que aceptan lo que sucede con su propio método de control. Los esposos les ayudan a respirar, las besan, las abrazan, les dan masajes. Me gusta porque en cuanto el niño sale me piden que no le corte el cordón hasta que deje de latir. Les pongo al niño sobre el

acá abajo” —una episiotomía, pues—, no les hacían caso, venía un médico y les metía la mano, venía otro y también, y eso no les gusta.

—¿Y los maridos tienen interés en estar presentes?

—¡Nó! más bien salen corriendo. A mí me gustaría que estuvieran preparados para que vieran el trance que pasa una. La mayoría no está porque trabajan y porque no les interesa. Llegan y preguntan qué fue —casi todos quieren niño. Es feo, porque las mujeres se exponen a muchas cosas, y con ese “premio”, pues ya ni ganas le dan a una de tener otro.

—¿Las sigue viendo después del parto?

—Sí. Mi función con una señora es que la tengo que atender hasta que se le cae el ombliguito al niño: siete días. En un hospital no es así, veinticuatro horas y a su casa. Yo voy al otro día, baño al niño, veo cómo comió, que la señora ya se haya parado, cómo está su sangrado. Al otro día vuelvo a ir. A veces se presentan problemas de temperatura porque se detiene la lactancia.

—¿Qué les recomienda durante el postparto?

—Que se cuiden si van a tener otro niño, que se esperen a que éste ya esté más grandecito, que mientras están dando de mamar el señor sea el que use un anti-conceptivo, porque a las mujeres, el aparato o las pastillas, por ejemplo, les pueden hacer daño.

—¿Recomienda hierbas?

—Sí, para los baños de la señora. Se compra en el mercado, se hierven todas juntas y se puede tomar un poco de esa agua hervida; con el resto se da una un baño normal, el mismo día del parto o al siguiente.

—¿Qué medicina da para que se contraiga la matriz?

—Nada porque saliendo la placenta entera, automáticamente se contrae la matriz, a menos que la persona tenga problemas de coagulación. Para que salgan los restos de sangre después de la placenta, se da un ligero masaje en el útero.

—Por último, ¿cuánto cobra?

—A las personas de bajos recursos les cobro dos mil pesos; hay veces que tienen modo de pagar tres mil. Para la responsabilidad que tengo, es poco.



Parir ¿acostadas o en cuclillas?

El parto, desde lo que se ha dado en llamar el “trabajo del parto” hasta el preciso instante de la expulsión, es un proceso que se puede vivir intensa y satisfactoriamente o del que se puede ser marginada. Esto depende de varios factores, básicamente de la cultura a la que se pertenece, aunque es evidente que también cuenta la historia personal de cada mujer, en especial su relación con su madre, con su cuerpo y la manera en que asume la maternidad. En México, donde coexisten varias culturas junto a lo que se podría llamar cultura nacional (que contiene los elementos de la judeocristiana occidental), el trabajo de parto está relacionado con el grupo étnico, la clase social y el grupo generacional al que se pertenece. Esos elementos forman el marco dentro del cual se inscribe la historia personal de cada mujer, sus miedos y deseos conscientes e inconscientes, y su actitud ante el proceso que está viviendo.

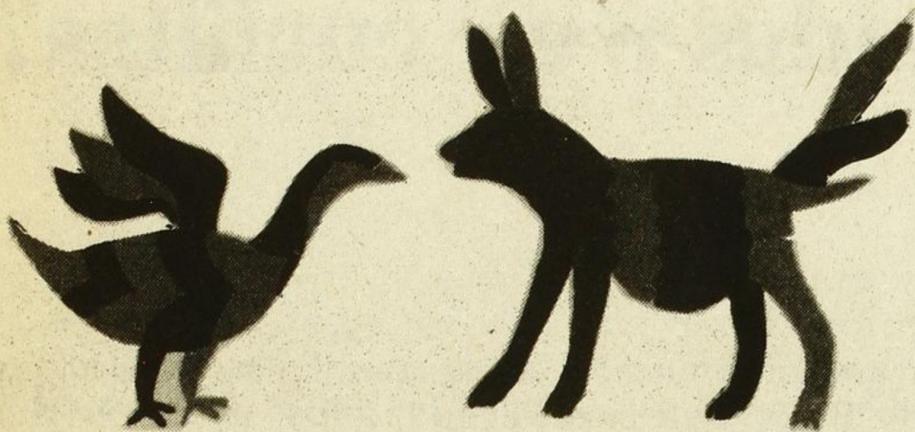
Pero, con todas las diferencias que hay entre las mexicanas, la gran mayoría de ellas (la excepción son algunas mujeres de grupos étnicos) comparte una misma circunstancia de este proceso: parirán acostadas. La posición supina, también llamada postura ginecológica, sin duda la más cómoda para el médico que asiste al parto, es la forma corriente con la que se atienden los partos en nuestro país. Y, lamentablemente, cuando algunas mujeres que todavía conservan la sana tradición de parir en cuclillas o semisentadas, detenidas con su rebozo colgado a la rama de un árbol o el marco de una puerta, insisten en hacerlo así, a su manera, son convencidas o presionadas de que lo “mejor” (¿para quién, habría que preguntarse?) es acostarse. La partera entrevistada por el grupo de mujeres de Xalapa cae en este error. Que una mujer que plantea cuestiones tan sensatas comparta esta nefasta opinión es un ejemplo de la fuerza que la postura ginecológica ha obtenido a lo largo de cientos de años, así como de el colonialismo cultural que hemos sufrido. Parece que fue en el siglo XVIII en Francia que un médico obstetra, Francois Mariceaux, impuso la posi-

ción horizontal para atender los partos. Muchos médicos se quejaban de la incomodidad de estar arrodillados para cuando las mujeres parían acuclilladas, o bien, sentadas. Mariceaux resolvió el problema del dolor de espalda de los médicos con sus “taburetes de parto”, que, desafiando la ley de gravedad, imponían a las mujeres parturientas el esfuerzo y el dolor en la espalda.

En la Nueva España la moda fue rápidamente copiada entre las clases pudientes, marcando, una vez más, la diferencia entre las señoras que yacían en los lechos y las indias que parían acuclilladas. Lo que nadie, hasta hace muy poco tiempo, cuestionó fue la eficacia de dicha postura. A partir de los años cincuentas se generó un movimiento sobre el “parto sin dolor” y “parto sin violencia” basado, justamente, en la diferencia “cultural” existente entre los partos de europeas y los de mujeres de otras culturas (africanas, indígenas, etc.). Dicho movimiento no prosperó dentro de la profesión médica y sólo algunos aspectos fueron integrados (como la asistencia del padre al parto y la preparación física de la madre durante el embarazo). Las circunstancias que resultan una incomodidad para el médico, aunque sean una mejora para la madre, no fueron tomadas en cuenta. La creación de una “silla obstétrica”, que por lo menos va con la ley de la gravedad tuvo muy poca repercusión.

Con esto queremos señalar que si bien volver al parto en la casa es un punto a considerar, parir en condiciones fisiológicas adecuadas es más importante aún. La postura horizontal no es la mejor, como también en un momento dado puede no serla la acuclillada o semisentada. Pero conocerlas y saber cuál utilizar en determinado momento, puede ayudar a terminar con la manipulación de la que somos objeto las mujeres por parte de los ginecólogos. Recuperar el control sobre nuestros cuerpos es un primer paso para recuperarlo sobre nuestras vidas. *Jm*

Artesanía, raíces que son cultura



FONART

Le invitamos a conocer y disfrutar de las genuinas Artesanías Mexicanas comprando en nuestras tiendas.

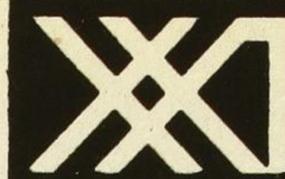
Estamos a sus órdenes en:

- Av. Patriotismo 691
- Av. Juárez 89
- Insurgentes Sur 1630
- Londres 136, Zona Rosa
- Av. de la Paz 37, San Angel
- Manuel E. Izaguirre 10 (Centro Comercial Satélite)

Y en nuestro nuevo local en la Cineteca Nacional.

En el interior de la República:
Ciudad Juárez • Ensenada, B.C.S.
Oaxaca, Oax. • Piedras Negras, Coah.
San Luis Potosí, S.L.P. • Tijuana, B.C.
Tlaquepaque, Jal. Y en nuestro nuevo local en Cuernavaca, Mor., Centro Comercial "Los Arcos".

SEP

 **siglo
veintiuno
editores**

Novedades

- ➔ **EL JUEGO VIVIENTE**
Gabriel Welsz
\$ 1 240.00
- ➔ **MAQUIAVELO HISTORIADOR**
José Luis Romero
\$ 1 050.00
- ➔ **UNA INTRODUCCIÓN A LAS FUENTES DE LA HISTORIA ECONÓMICA EUROPEA 1500-1800**
Charles Wilson y Geoffrey Parker
\$ 3 620.00
- ➔ **TEORÍA CRÍTICA DEL SUJETO**
Henning Jensen
\$ 2 100.00
- ➔ **OBRAS COMPLETAS DE ALEJO CARPENTIER**
Vol. 9: arte, literatura, política
\$ 4 400.00

LO MÁS RECIENTE EN

Colección Popular
Carol Gilligan

LA MORAL Y LA TEORÍA
Psicología del desarrollo femenino

Alfred Binet
LAS IDEAS MODERNAS SOBRE LOS NIÑOS

Breviarios
Pierre Guiraud
EL LENGUAJE DEL CUERPO

Héctor Vázquez
**DEL INCESTO EN PSICOANÁLISIS
Y EN ANTROPOLOGÍA**



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

El arcón de Noelia



mano, auras boreales, selvas, grandes ciudades infestadas. Una vez plasmado el horizonte lo llenaba de vida: bandadas de leones esquivos, pájaros en celo, polvos de un tornasolado polen viajando por el aire hasta caer, suavemente, en la garganta de una hortensia.

Nunca durante aquellos años que parecieron largos en su transcurso y brevísimos después, en el recuerdo, desconfié de la realidad. Yo esperaba que esta superara aquellas imágenes primigenias dadas por Noelia, y más, porque lo bueno y lo malo me fue pintado con tal derroche de colores que de ambos sólo aprendí lo que de vida tienen.

Las grandes escenas se deslizaban por los dedos de Noelia hasta mis ojos con secuencias de las cuales la memoria se prende. Espacios blancos que iban del desnudo total a la amalgama. Un amanecer era primero ausencia para poco a poco llenarse de tenues azules, amarillos, violetas, superponiéndose, acompañados del sonido sibilante de vientos lejanos que al acercarse e integrarse a la eclosión de los colores me golpeaban profundamente.

Una de esas tardes, la última, Noelia metió su mano en el arcón: pareció buscar, hurgar en el vacío hasta que con una expresión de profundo dolor miró primero su mano y luego a mí. Había consternación en sus ojos y reproche en su mirada. Cerró la tapa, acomodó los herrajes y cargando su arcón subió las escaleras. Escuché el golpe de la puerta al ella salir.

Desde entonces, he buscado en todos los confines del mundo un pálido reflejo de aquellas intensidades sin encontrarlo. Mi decepción aumenta en cada intento y me obliga a regresar a la vieja casa, esperando que tal vez algún día Noelia vuelva. Pero el sótano permanece vacío y pequeñas arañas comienzan a tejer sus redes. Yo me siento en el rincón de sombras y para hacer mas tolerable mi desesperanza aprieto aquel anhelo que se niega a morir. *JSM*

* Escritora cubana-mexicana. Premio Juan Rulfo de novela con su libro "En tiempo de marzo, en tiempo de abril", publicado por el INBA.

El arcón de Noelia olía a madera dulce, como barril de un viejo trapiche. La tapa, a medio cerrar, denotaba su llenura, pero no dejaba vislumbrar el interior. Nadie, que yo sepa, se atrevió a abrirlo jamás. Así de tan propio era que nos paralizaba.

Cada tarde de los años que viví con ella, en un ritual anhelado, bajábamos al sótano adonde el arcón de mis deseos permanecía guardado. Mi querida Noelia me señalaba el lugar de estar en un rincón de sombras, mientras ella, enfrente, al lado de su arcón, movía los viejos herrajes, levantaba la tapa y luego, en un acto de prestidigitación, hacía aparecer del interior, con su

EL OFICIO DE LA PACIENCIA

*El oficio de la paciencia
de poner elegantes manteles sobre
la mesa,
de llenarla con suntuosos trastes
para no denotar el hastío.*

*Ceder ante la gula de succulentos
guisos
portando alhajas que escondan la
inconformidad.*

*Nunca ser un témpano de hielo
Lucir esa gran sonrisa que muestra
una blanca dentadura.*

*Por un momento, dejar la ropa al
viento
sentir que el cuerpo desnudo en sus
rugosidades
nos pertenece.*

*La mirada permanecerá em-
pañada a pesar del rímel,
y el banquete proseguirá tras las ho-
ras gastadas
en el ingrato oficio de estar radiante
con el título de Ama de casa.*

ESTA CASA NUESTRA

*Esta casa nuestra de muros as-
tillados
por los fuertes vientos,
de techos donde cuelgan lámparas
que sólo alumbran cenizas.*

*Casa construída con herrumbres
rotas a destiempo,
casa que alberga un frío intenso.*

*Sus ventanas permanecen
herméticas
los candados circundan a los cuer-
pos.*

*La sal fielmente recorre sus pare-
des,
la cal cae sobre la piel erosionada.*

Perla Schwartz



Concurso de Cuento Fem.

fem. convoca a su segundo concurso de cuento a aquellas mujeres y hombres que aborden en su narrativa la amplia problemática de la mujer y del feminismo.

Bases

Podrán participar narradoras y narradores de habla hispana.

Los cuentos (inéditos)—de una extensión máxima de 15 cuartillas— deberán ser enviados en tres copias, a máquina y a doble espacio.

En un sobre aparte, la o el concursante escribirán encima el pseudónimo que haya elegido y, en el interior del mismo, el nombre, domicilio, teléfono y un pequeño curriculum con fecha y lugar de nacimiento.

Las personas participantes podrán presentar varios cuentos, por separado.

El jurado seleccionador será la Dirección Colectiva de fem. y premiará un cuento con su publicación y 30,000 pesos.

fem. se reserva el derecho de publicar también los cuentos que considere interesantes entre los no premiados.

Los cuentos se reciben a partir de la publicación de esta convocatoria y hasta el 30 de diciembre en la siguiente dirección:

Revista fem.
Av. Universidad 1855, 4o. piso
Col. Oxtopulco Universidad
C.P. 04310
México, D.F.

¿Cuánto sabe usted sobre el abuso sexual de menores?

Si le interesa averiguarlo conteste *cierto* o *falso* a cada una de las siguientes afirmaciones. Busque las contestaciones en la página 30.

1. La persona que abusa sexualmente de una menor* es generalmente un extraño. _____
2. Siempre que una niña es víctima de abuso sexual presenta señales de trauma físico (moretones, sangre, etc.) _____
3. Muchas niñas inventan historias en las que relatan haber sido abusadas sexualmente. _____
4. Generalmente, cuando el abuso llega a descubrirse ha estado ocurriendo durante años. _____
5. Si las niñas dijeran desde el principio lo que les está ocurriendo, se evitarían males mayores. _____
6. Muchas niñas después de haber denunciado una situación de abuso sexual cambian su historia y niegan el hecho. Esto demuestra que mentían. _____
7. La mejor manera de corroborar un caso de abuso sexual a una menor es mediante un buen examen médico. _____
8. Las madres de niñas víctimas de incesto frecuentemente son maltratadas por sus esposos. _____

* Debido a que ésta es una revista feminista hablaremos en femenino, dándose por entendido que nos referimos también a los niños. Sólo en los casos en que sea necesario, mencionaremos a ambos.

Nota: Este y los cuadros siguientes fueron tomados de *Semillas para el Cambio*, boletín puertorriqueño.

CONTESTACIONES:

1. *Falso* — Prácticamente todos los estudios demuestran que entre el 75 y el 80 por ciento de los abusos sexuales a menores son cometidos por conocidos, y en la mayoría de los casos dicho conocido es un familiar. (USA. Finkelhor, 1979; P.R. Knudson, 1981).
2. *Falso* — Generalmente las menores abusadas sexualmente no presentan señales de trauma físico. Las víctimas son ingenuas, curiosas, débiles, obedientes y los ofensores no necesitan la fuerza física para someterlas.
3. *Falso* — Varios estudios demuestran lo contrario. La mayoría de las niñas abusadas sexualmente no lo cuentan, ni a sus padres ni a otros adultos. (Finkelhor 1979-1982). Frecuentemente no entienden qué les está pasando y no saben cómo expresarlo, sienten que nadie podrá creerles, tienen miedo y son inducidas por el ofensor a guardar el secreto. La experiencia demuestra que frecuentemente, cuando las menores cuentan del abuso no se les cree ni se les protege, y a menudo se les regaña y castiga.
4. *Cierto* — El abuso sexual rara vez es un hecho aislado en la vida de una menor. Es frecuente que cuando se descubre el abuso, éste ha venido ocurriendo por un periodo que va desde meses hasta cuatro, seis o más años.
5. *Falso* — Según nuestra experiencia, la niña da señales directas o indirectas de que el abuso está ocurriendo, pero el adulto promedio no está preparado para interpretar sus mensajes y creerle. Inclusive, cuando se le cree no se cuenta con la destreza necesaria para manejar la situación de una manera positiva que no afecte a la menor.
6. *Falso* — Se ha encontrado que muchas menores, al verse sumidas en la crisis en que cae la familia al descubrirse el abuso, experimentan tanto dolor, soledad, culpa y rechazo que se sienten presionadas y niegan los hechos. La doctora Suzanne M. Sgroi, en su libro *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse* (1982), llama a esto la fase de negación y señala que es parte de un patrón predecible que se da especialmente en casos de abuso sexual intra-familiar que han sido denunciados y llevados a juicio.
7. *Falso* — En muchos casos, el comportamiento abusivo a que es sometida la víctima no deja huellas en su cuerpo, por lo tanto un examen médico no sirve para corroborar el abuso. La mejor vía para comprobar una sospecha de abuso sexual a una menor es una buena entrevista con la víctima, realizada por una persona adiestrada en el manejo de estos casos.
8. *Cierto* — Algunos estudios han demostrado que un alto porcentaje de las madres de niñas víctimas de incesto son a su vez objeto de dominación, abuso y maltrato de parte del esposo. (Knudson, 1981; Margaret H. Myer, 1984; New England Medical Center, Boston).



Qué es y cómo se da el abuso sexual de menores

(Algo para reflexionar)

Se considera abuso sexual la situación en la cual un adulto (o un adolescente mayor) tiene contacto físico con una niña para estimularse y gratificarse sexualmente. Dado que las niñas no han alcanzado aún la madurez emocional y el desarrollo cognoscitivo necesarios para evaluar adecuadamente el contenido y las consecuencias de actos de esta naturaleza, carecen de capacidad para consentir plena y conscientemente.

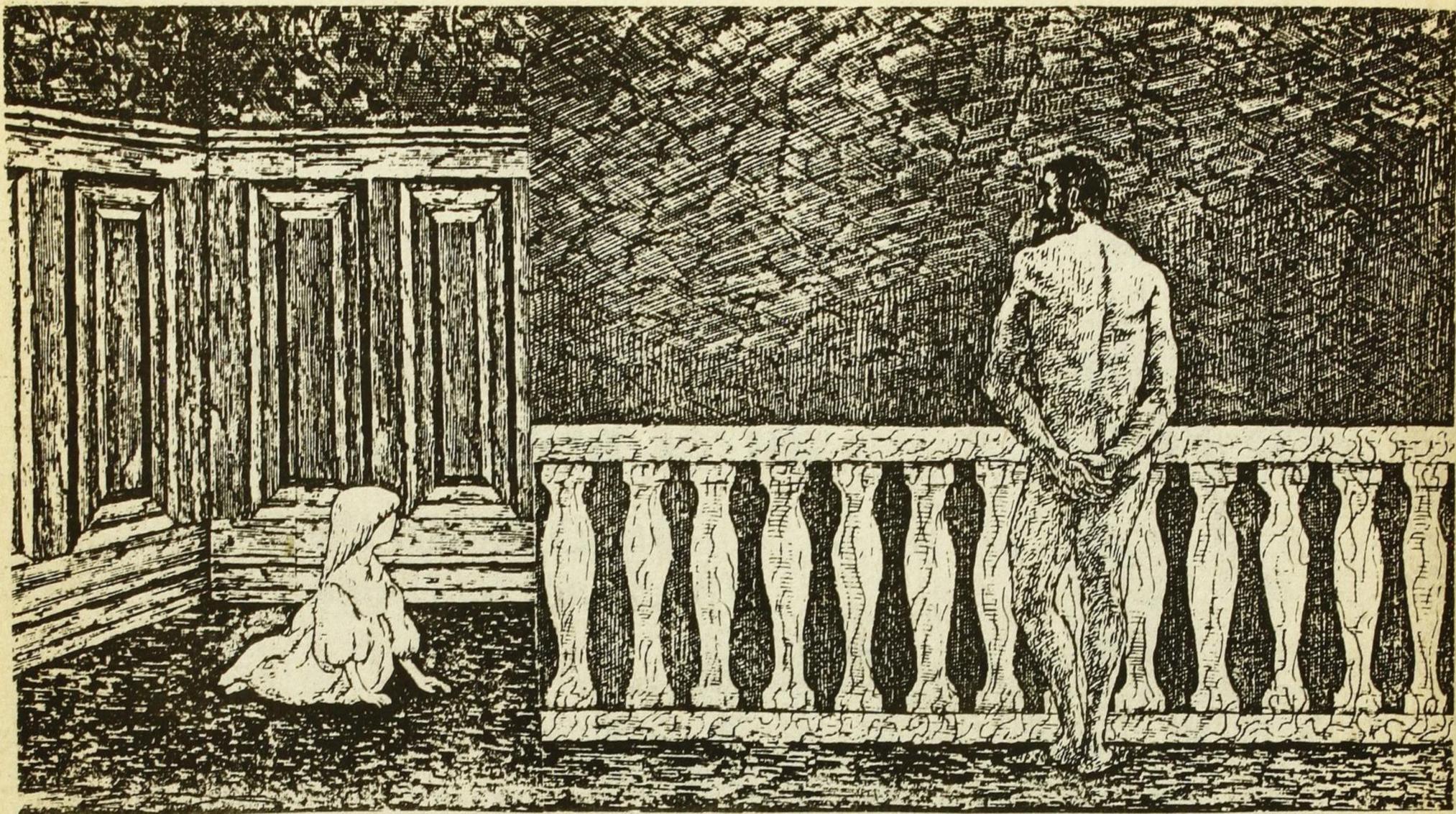
La mayoría de los abusos sexuales ocurren en el hogar de las víctimas y el ofensor es generalmente el padre u otro pariente cercano que tiene fácil acceso a la víctima. El adulto utiliza la ventaja que le da su posición de poder o autoridad para envolver a la menor en la actividad sexual.

Generalmente, el abuso sexual no es un hecho aislado y momentáneo en la vida de la menor. Casi siempre se desarrolla paulatinamente, se prolonga desde meses hasta varios años y envuelve toda una gama de comportamientos que van desde exhibicionismo hasta la penetración anal o vaginal.

La doctora Suzanne M. Sgroi, en su libro *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuses*, señala hasta catorce tipos diferentes de conducta sexual en el espectro del comportamiento sexualmente abusivo, y divide en cinco fases la dinámica que se da en las interacciones entre el ofensor y la menor.

Espectro del comportamiento sexualmente abusivo

1. El adulto se pasea "inocentemente" desnudo por la casa.
2. El adulto se quita la ropa delante de la menor, generalmente cuando están solos.
3. El adulto expone sus genitales para que la menor los vea y llama su atención hacia ellos. Puede pedir a la niña que los toque.
4. El adulto vigila a la niña cuando ésta se desviste, se baña, orina o defeca.
5. El adulto besa a la niña en forma prolongada e íntima, propia de manifestaciones entre adultos.
6. El adulto acaricia a la menor en los senos, el abdomen, la zona genital, el interior de los muslos o las nalgas. Puede pedirle a la niña que lo acaricie a él.
7. El adulto: se masturba frente a la menor, observa a la menor masturbándose, masturba a la menor, pide a la menor que lo masturbe, o bien: adulto y menor se observan masturbándose simultáneamente, o adulto y menor se masturban entre sí simultáneamente.



8. El adulto hace que la menor tome su pene en la boca; o el adulto toma el pene del niño en su boca o ambas cosas.
9. El adulto coloca su boca y lengua en la vulva de la niña; la niña es obligada a poner su boca y lengua en la vulva de la adulta.
10. El adulto introduce el dedo u objetos como plumas, crayolas, en el ano de la menor.
11. El adulto introduce su pene en el ano de la menor.
12. El adulto introduce su dedo en la vagina de la niña. También suele introducir otros objetos.
13. El adulto penetra con su pene la vagina de la niña.
14. El adulto frota su pene en las áreas genitales, nalgas y muslos de la menor. Esto se denomina "sexo seco".

Dinámica de las interacciones sexuales entre adultos y menores

1. *Fase de seducción*: El ofensor usa la manipulación, hace creer a la menor que lo que le propone es divertido o aceptado. Ofrece recompensas, hace la actividad atractiva. En familias donde la violencia es común, si la niña rehusa, el adulto utiliza la amenaza o la fuerza para someterla.

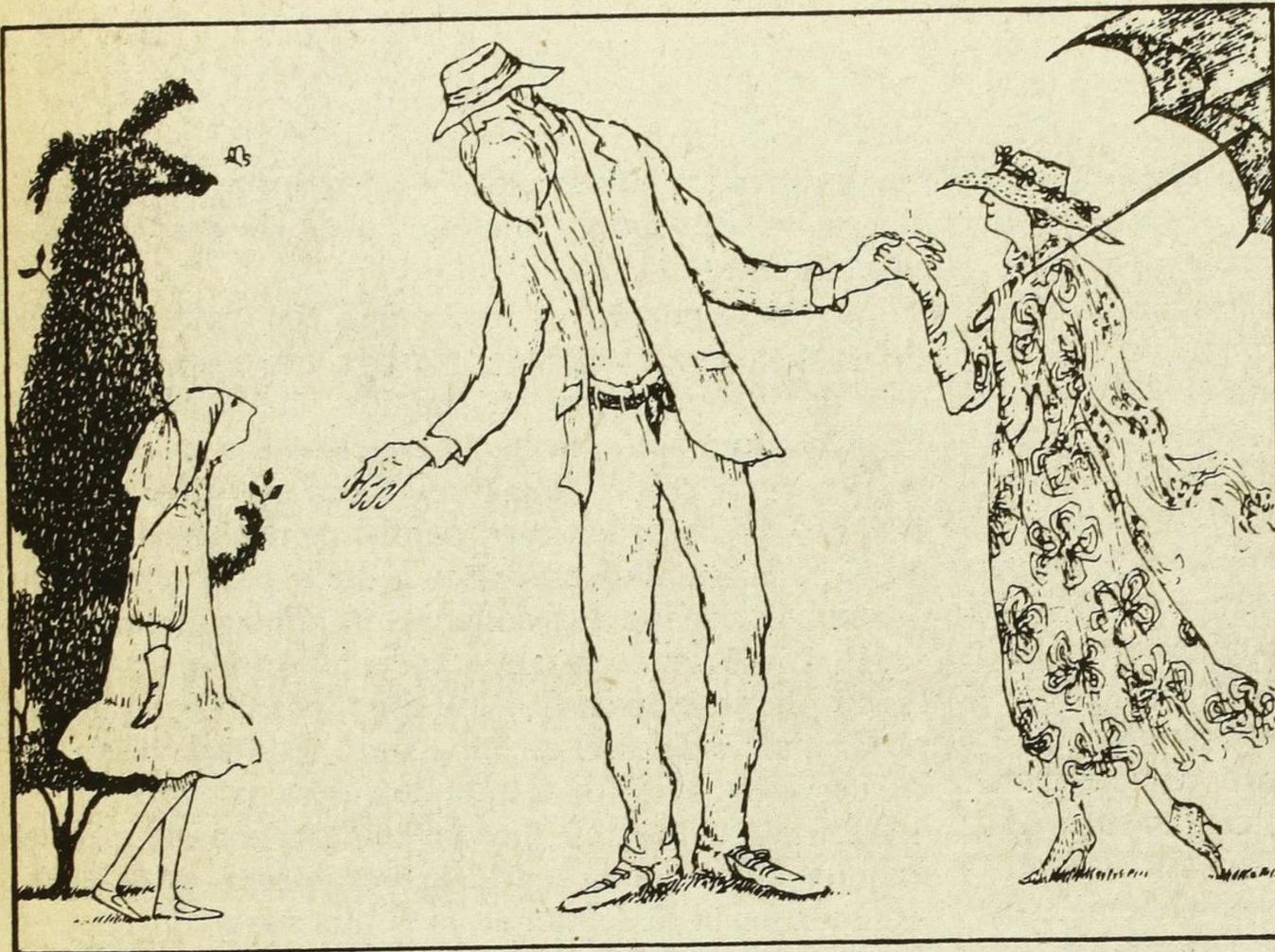
2. *Fase de interacción sexual*: Generalmente se da en forma progresiva desde la exposición semidesnuda o desnuda del cuerpo del adulto, hasta la penetración anal o vaginal de la menor. Esta puede dar señales de

que algo le está ocurriendo (cambios en su comportamiento, pesadillas, inhabilidad para concentrarse en las tareas escolares, ansiedad, u otros).

3. *Fase del secreto*: El ofensor necesita que la situación de abuso continúe para llenar sus necesidades (deseos de sentirse importante o demostrar que es un "conocedor", de ejercer poder, dominio, de sentirse admirado, deseado) y persuade a la menor para que guarde el secreto, por lo general mediante el uso de amenazas o haciendo dicho secreto atractivo: "este juego es entre tú y yo nada más, no se lo cuentes a nadie", "si lo cuentas, nadie va a creerte", "si lo cuentas, voy a sufrir mucho" o "mamá va a sufrir mucho", "si lo cuentas, me mato", etcétera.

4. *Fase de descubrimiento*: Puede ser accidental. Cuando ninguno de los participantes estaba preparado para revelarlo implica una crisis simultánea para la menor, el ofensor y la familia. Cuando el descubrimiento es voluntario por parte de la víctima, se puede minimizar el sufrimiento de ésta, preparándola de antemano para lo que va a tener que enfrentar: crisis en la familia, intervención de la policía, rechazo en el hogar, etcétera.

5. *Fase de negación*: En el forcejeo por salir de la crisis provocada por el descubrimiento del abuso, la reacción más común de la familia es la de negar la importancia de los efectos del abuso en la víctima y realizar serios intentos de minar su credibilidad. Asustada, confundida, con sentimientos de culpa e indefensa ante la presión, la menor niega los cargos en un esfuerzo por aliviar su situación y satisfacer a los adultos reestableciendo el "equilibrio" de la familia.



Los molestadores*

Lo que define a un molestador sexual de niños son los actos que comete. Los pedófilos —molestadores sexuales cuyas víctimas primarias son niños— pertenecen a todas las clases sociales, religiones y países. Algunos son casados, otros no. Sus edades varían entre los doce y los noventa y cuatro años. De acuerdo a un cálculo conservador, en Estados Unidos hay unos cuatro millones de molestadores sexuales —de ellos, menos de un cinco por ciento son mujeres.

Raro es el molestador que ataca una vez y “se corrige a sí mismo”. Como un adicto a la heroína, ataca una y otra vez. A menudo, el molestador busca empleos o actividades que tengan que ver con niños o adolescentes. Sin embargo, una de las formas más sencillas en que un pedófilo tiene acceso a los niños es el matrimonio. La mayoría no hace ninguna distinción entre hijos verdaderos e hijastros; una mayoría sólo abusa de niñas y sólo un veinte por ciento abusa igual de niños que de niñas.

Algunas conductas habituales entre los pedófilos son: un gran número es altamente religioso, muchos son fanáticos del trabajo y casi todos se las arreglan para esconder su desviación tanto de sus esposas como de sus colegas y amigos más cercanos. Lucy Berliner, terapeuta de Seattle y una de las pioneras en este campo, afirma: “Todos opinamos que los molestadores de niños deberían ser balaceados, hasta que nos toca conocer a alguno. La gente no puede enfrentar la contradicción de que hombres que parecen y actúan tan normalmente hagan cosas tan terribles”.

En el léxico psiquiátrico, la pedofilia es una combinación específica de “excitación desviada” con un “desorden de carácter”. En términos más simples, ello significa que el molestador de niños se excita sexualmente con el contacto infantil y al mismo tiempo no ve nada malo en el hecho de gratificarse de esa experiencia. Como explicó un terapeuta, el desorden de carácter es el auto y la desviación sexual es el motor.

Detrás de la máscara de la normalidad, según Gerald Kaplan, director de la Casa Alpha, centro terapéutico de Mineápolis, el molestador de niños es un retardado emocional y se siente amenazado e incómodo en el mundo de los adultos. Los psiquiatras creen que el molestador busca en los niños una satisfacción a sus necesidades sexuales, afectivas y de respeto. Un terapeuta opina que es significativo que muy pocos molestadores hayan logrado una relación pasable con sus propios padres, mientras que su relación con su madre suele haber sido mejor, aunque dicha madre haya sido sobreprotectora o bien castrante. En estudios realizados desde hace diez años se ha visto que los pedófilos tienen muy poco control de sus impulsos lascivos, que en un cincuenta por ciento de los casos son alcohólicos o drogadictos, y que en privado le importan muy poco los tabúes sociales y está desviado patológicamente.

* Resumido del artículo de Cheryl McCall, periodista norteamericana que realizó durante varios meses una investigación sobre el tema en varias ciudades de estados Unidos. Su trabajo fue publicado por Life.

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

Hay un consenso entre los expertos en el sentido de que los pedófilos no eligen conscientemente estar atraídos hacia los niños. La preferencia sexual no es algo que un individuo decide sino que descubre, por lo general en la pubertad. La conducta sexual, sin embargo, es aprendida a través de roles, modelos y experiencias. Kinsey y otros han descubierto que mucha gente tiene más de una preferencia sexual. El orgasmo es una de las más poderosas recompensas para el ser humano. La mayoría de los hombres puede controlar sus actos. Pero si un hombre tiene sexo con una niña o un niño, o se masturba pensando en ello, está gratificando su necesidad desviada y reforzando su conducta.

Nadie sabe con certeza qué causa esta conducta tan aberrante. Las teorías van desde una composición anormal de hormonas y cromosomas, hasta la sugerencia de que la sociedad estadounidense ayuda a condicionar a los hombres para excitarse sexualmente con las niñas porque éstas son pequeñas y dominables. El doctor Nicholas Groth, director del Programa de Rehabilitación de Molestadores Sexuales en la prisión de Connecticut, tiene una teoría que llama del "síndrome del vampiro", la cual señala que los niños que fueron molestados sexualmente se convierten en molestadores cuando son adultos. Psicológicamente, es un intento de eliminar el trauma cambiando el papel de víctima por el de victimario.

La mayoría de los molestadores de niños empieza desde la adolescencia. Aquellos que atacan exclusivamente a niñas y niños son llamados "pedófilos con fijación". Si el molestor adolescente desarrolla una segunda y más apropiada preferencia sexual por un compañero de su misma edad (hombre o mujer), es un "pedófilo regresivo", y generalmente vuelve a atacar niñas cuando se hace adulto. Los terapeutas se refieren a este modelo como "la pausa de los diez años", ya que casi siempre los molestadores reinician sus ataques cuando tienen entre 25 y 30 años.

Richard Seely, director del Programa para Agresores Sexuales del Hospital de Seguridad de Minesota, señala que hay cuatro clases distintas de padres incestuosos: "El padre natural que tiene sexo con niñas desde recién nacidas hasta 12 años de edad y que suele ser un psicópata; el que lo tiene con niñas de 13 a 17 años y que generalmente es un incapaz, un desempleado, para quien su hija toma el papel de su esposa; el padrastro que molesta a las hijas de su esposa y que seguramente ya molestó a otras pequeñas fuera del ámbito familiar (este tipo de pedófilo se casa con una mujer precisamente porque ésta tiene hijas), y el padrastro que abusa

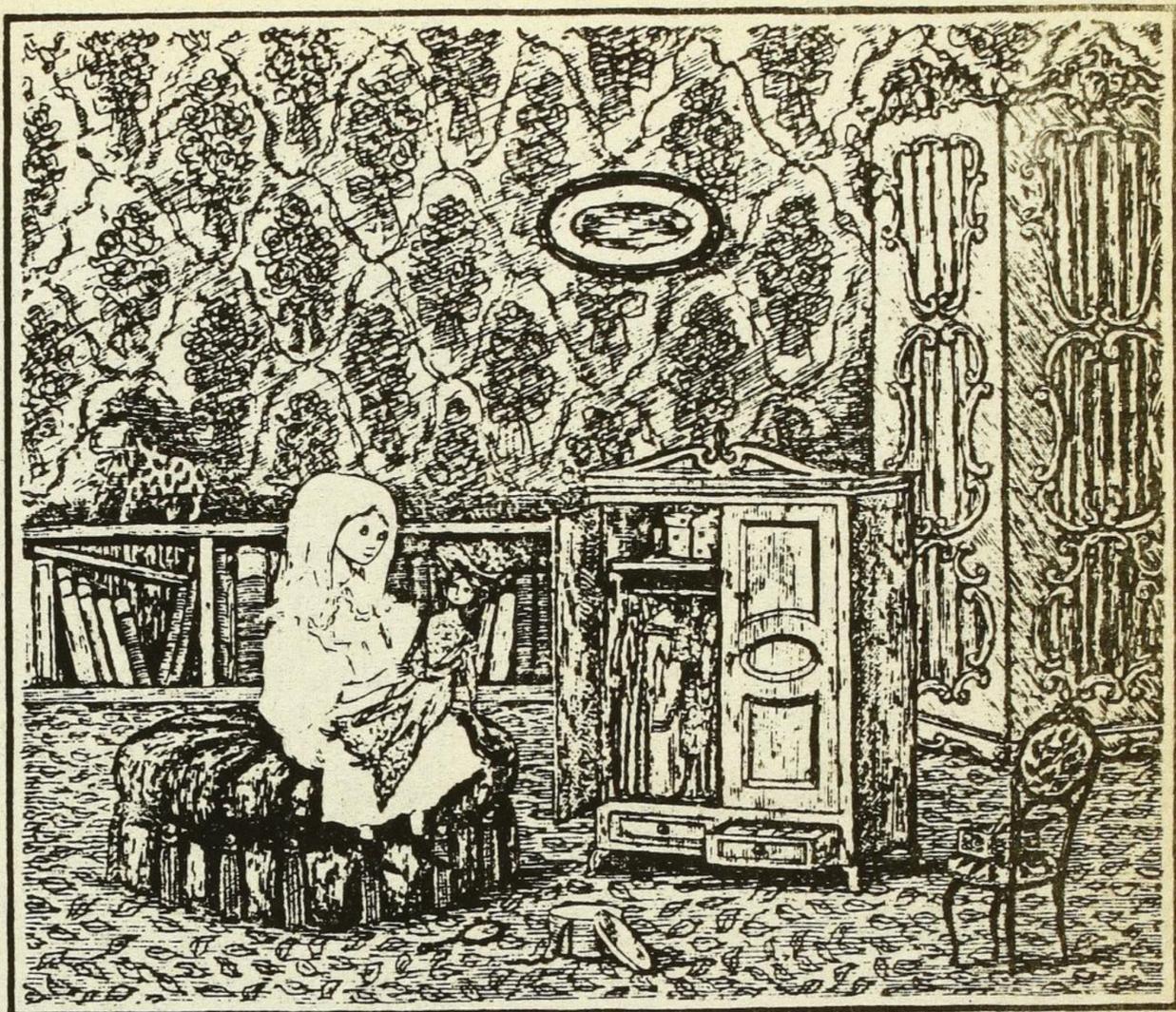
de sus hijastras adolescentes y que es un tipo usualmente con antecedentes criminales o de conducta antisocial. Es un rufián".

Sorpresivamente, los terapeutas encuentran que la desviación sexual puede ser tratada mejor que el desorden de carácter. En su opinión, los molestadores "tienen como agujeros en su conciencia y en sus valores, y todavía no sabemos cómo tratar eso". Los síndromas de este desorden caen dentro de dos tipos: el que no tiene escrúpulos en dañar a otros para obtener lo que sea y el que se autoengaña y minimiza el daño que causa, proyectando la culpa hacia la víctima o bien hacia su propia esposa. Sin embargo, es un hecho que el problema reside en él mismo, como resultado de su deseo desviado, e irá con él adonde quiera que vaya.

Al primero de estos tipos no le importa nada, pero el segundo emplea toda suerte de mecanismos de defensa. Algunos hasta distorsionan la Biblia para convencer a sus pequeñas víctimas —sobre todo si son sus hijas— de que deben tener contacto sexual con ellos, o bien aluden a los pasajes que hablan de "perdonar y olvidar" para enfrentar la rabia de sus hijas. Aquellos que son altamente religiosos llegan a culpar a Dios o al diablo de hacerlos perder el control. De hecho, el propio clero no está libre de este problema. Docenas de sacerdotes o ministros de diferentes religiones han sido acusados de ser molestadores de niñas.

Se ha comprobado que la cárcel no es la solución. Al salir de ella, el molestor vuelve a atacar. Gran número de terapeutas afirma que algunos de los abusadores no tienen arreglo. En varias partes del mundo se aplica una serie de terapias correctivas que empiezan por hacer que el molestor asuma la gravedad de sus actos. Los métodos más empleados son: 1) choques eléctricos cuando tienen una erección al estar viendo imágenes pornográficas de niñas, 2) hipnotismo, 3) exceso de masturbación mediante fantasías sexuales con adultos (el abusador las va narrando para que no haga trampa), de tal forma que cuando intenta excitarse pensando en niñas ya no logra tener una erección, y 4) una inyección semanal de Depo-Provera, hormona que reduce el impulso sexual masculino. Paralelamente a esto, los abusadores hacen terapia, individual o de grupo, a veces con las madres de sus víctimas o con éstas mismas.

Según Rob Freeman, director del Hospital del estado de Oregon, "lo único que no hemos probado es la 'terapia Magnum', o sea, volarles los sesos de un balazo". Y añade: "Estos hombres necesitan trabajar en su problema durante el resto de su vida". 



Mucho ojo... esto puede hacer a las niñas más vulnerables:

Si la niña:

- no recibe suficiente afecto
- está educada para obedecer y callarse siempre frente a los adultos
- no conoce su cuerpo
- ha sido reprimida sexualmente y tiene curiosidad sexual insatisfecha
- tiene una autoestima pobre
- está aislada, tiene poco contacto con otras niñas o niños, o adultos
- no tiene en quien confiar

Si la madre:

- está ausente
- es sumisa y carece de poder
- es maltratada por el esposo

Si el padre:

- u otros varones adultos a su alrededor no han aprendido a distinguir entre caricias sexuales y no sexuales.

Si los adultos a su alrededor:

- acostumbran a poner en duda lo que ella les dice
- consideran el sexo como algo tabú
- exageran y son imprecisos al describir situaciones de peligro

Entérese:

- El abuso sexual de menores tiende a ocurrir más entre los 7 y 11 años de edad. Sin embargo, hay casos de menores abusados que sólo tenían meses de nacidos.
- En casi la totalidad de los casos el adulto que comete el abuso es varón.
- Los hombres tienden a considerar todo acto de abuso sexual como algo menos grave en comparación con las mujeres.
- La gran mayoría (¿95%?) de las y los menores víctimas de abuso sexual nunca llegan a recibir ayuda profesional para enfrentarse al trauma de su victimización.

Posibles indicadores

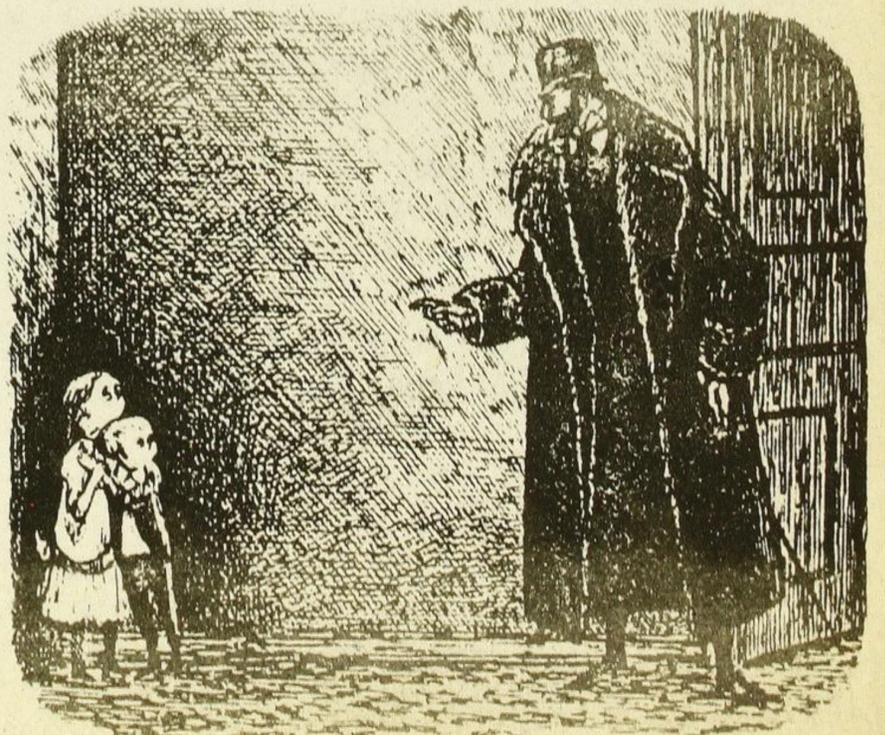
de que una menor está siendo abusada sexualmente:

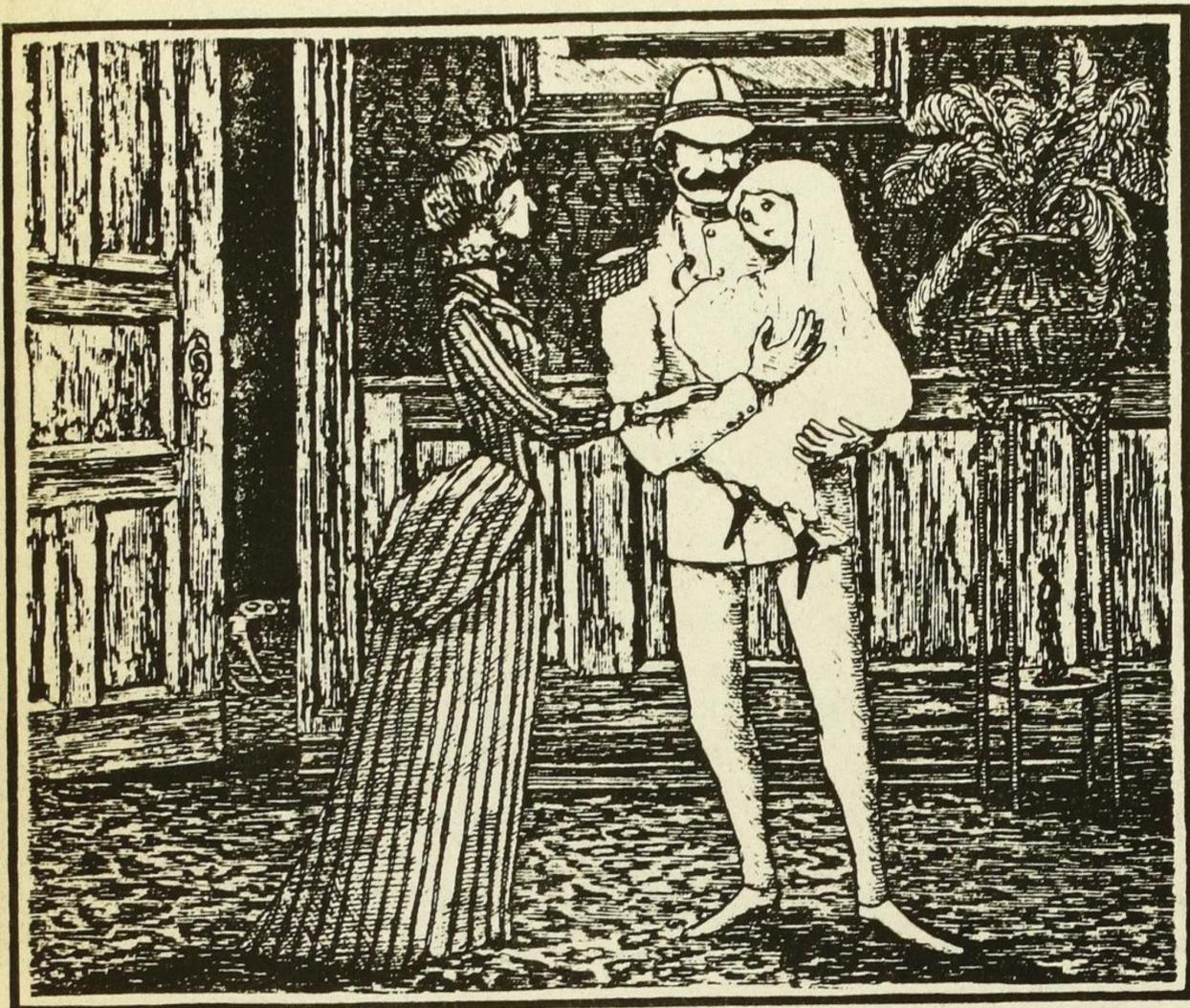
1. Comportamiento excesivamente sumiso. Demuestra actitudes de subestimación e inferioridad, se ha acostumbrado a ser controlada, utilizada.

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES



2. **Comportamiento antisocial, agresivo, conducta delictiva.** Desplaza así su frustración y su coraje ante el abuso, su impotencia y la ausencia de apoyo en su ambiente inmediato.
3. **Comportamiento pseudo-maduro.** A menudo es responsable de tareas de adulta en su casa: cocinar, cuidar hermanitos. Estas responsabilidades y la actividad sexual prematura le dan un aire de sofisticación y falsa madurez.
4. **Da indicios de algún tipo de actividad sexual.** Al hablar o por medio de gestos o mímicas hace alusión a lo que le está pasando.
5. **Juegos sexuales persistentes y/o inapropiado para su edad con amigas (os), con juguetes o consigo misma.**
6. **Entendimiento del comportamiento sexual detallado e inapropiado para su edad (en niños más pequeños).**
7. **Llega temprano a la escuela y se va tarde, con pocas o ninguna ausencia.** Otros indicios de que prefiere la escuela a su hogar.
8. **Incapacidad para hacer amigos, se relaciona poco con sus padres.**
9. **Falta de confianza, especialmente con sus más allegados.** Manifiesta que no puede confiar en nadie, o que no hay lugar donde esté segura.
10. **Falta de participación en actividades sociales o deportivas en la escuela.**
11. **Dificultad para concentrarse.**
12. **Baja repentina en la escuela, sus calificaciones descienden, no participa en clase.**
13. **Miedo extraordinario a los varones (en el caso de niña víctima y varón ofensor).**
14. **Comportamiento seductor con varones (en el caso de niña víctima y varón ofensor).**
15. **Se fuga de la casa.**
16. **Se da de baja en la escuela sin razón aparente o apropiada.**
17. **Duerme mal, tiene pesadillas, miedo a la oscuridad, o bien duerme excesivamente.**
18. **Se aísla, se retrae.**
19. **Se deprime.**
20. **Experimenta sentimientos suicidas.**
21. **Automutilación, se inflinge cortaduras o quemaduras, aparece con ellas.**





Un enfoque feminista sobre el incesto y el abuso sexual de menores*

Tradicionalmente, el incesto ha sido definido como un contacto sexual entre miembros de la familia. La mayoría de los incestos ocurren entre parientes masculinos adultos y menores de edad del sexo femenino, en familias de todas clases y colores. Precisamente debido al hecho de que sucede dentro del contexto familiar, una relación incestuosa es algo sobre lo que una niña o adolescente no posee ningún control. Un miembro confiable de nuestra familia se vale de su poder —así como de nuestro cariño y nuestra dependencia— para iniciar un contacto sexual, y para asegurarse de que dicho contacto se prolongue y permanezca en secreto.

El abuso sexual infantil es cometido casi siempre por amigos de la familia que tienen acceso a las niñas dentro de su propio ámbito familiar. Es perpetrado también por personas en quienes los padres confían: médicos, dentistas, maestros y niñeros. Pese a esto, existe la creencia de que son los extraños quienes resultan una amenaza mayor para las niñas y niños. Por ello, nuestros padres nos enseñan a esperar el peligro de parte de dichos extraños y no de nuestras propias figuras de autoridad en quienes, además, confiamos y por lo que la violación de esta confianza se convierte en algo confuso y aterrador.

Resulta difícil hablar del incesto o del abuso sexual infantil. Algunas no lo hemos dicho jamás, pese a que el abuso se prolongó por años. Nunca hemos relatado cómo nos aterrizaraban las reuniones familiares, en las que un tío en particular o un amigo de la casa nos perseguía. Para muchas, explorar nuestro cuerpo con un

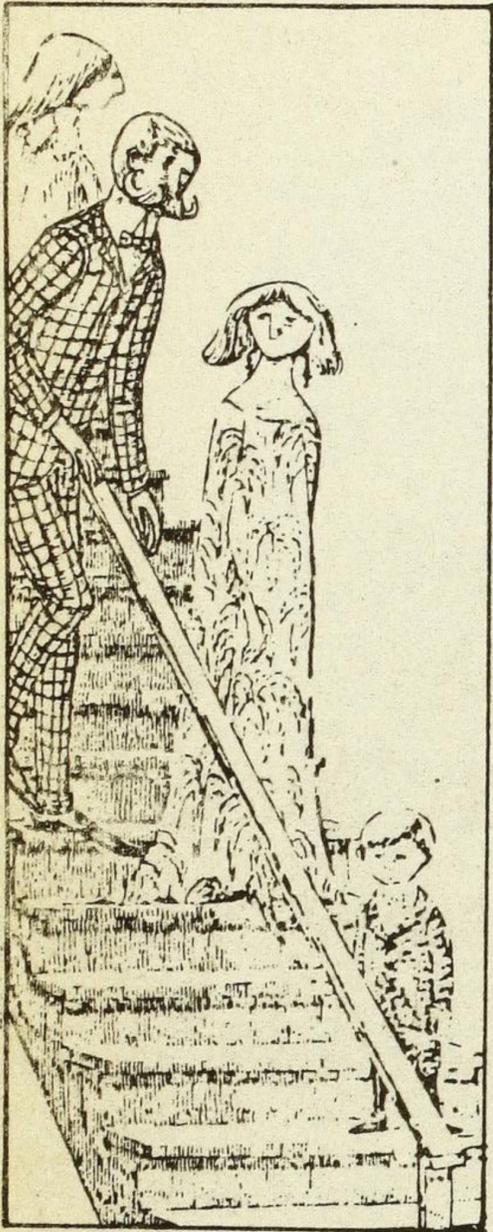
hermano mayor se tornó en un encuentro sexual no deseado, y terminamos sintiéndonos extrañamente violentadas. A veces, un padre, tío o maestro abusó de nuestras hermanas y nosotras ignoramos el hecho durante años. Cada sobreviviente tiene su propia historia.

Diversos “expertos” han escrito una gran cantidad de material no feminista sobre incesto y abuso sexual de niños. Culparon a las madres por “abandonar” a sus hijas en manos de maridos “sexualmente carentes”, y acusaron a las niñas de actuar “seductoramente” o de tener fantasías sexuales con sus parientes del sexo masculino. Las feministas hemos desafiado estos puntos de vista que culpabilizan a la víctima, y afirmamos que *el incesto y el abuso sexual de niños ocurren principalmente porque los hombres tienen poder y las mujeres y los niños no*. Existen medios a través de los cuales los padres, los tíos y otros miembros importantes de la familia compensan su pobre autoimagen aprovechándose de la impotencia de los pequeños. Los hombres pueden actuar así porque la estructura familiar les permite abusar de su poder.

Quienes somos sobrevivientes de incestos sabemos que los efectos de este abuso son para siempre. A menudo nos seguimos culpando —incluso mucho tiempo después de que el abuso terminó— por no habernos sabido defender, por no haberlo dicho, por haberlo

* Resumido de *The New Our Bodies, Ourselves*. The Boston Women's Health Book Collective. Simon & Schuster, Inc. NY. 1984. pp. 109, 110.

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES



dicho, por haber confiado en el abusador. Desafortunadamente, casi nunca estamos con alguien cerca que nos confirme el hecho de que hemos sido tratadas cruelmente y de que este abuso fue, en efecto, terrible.

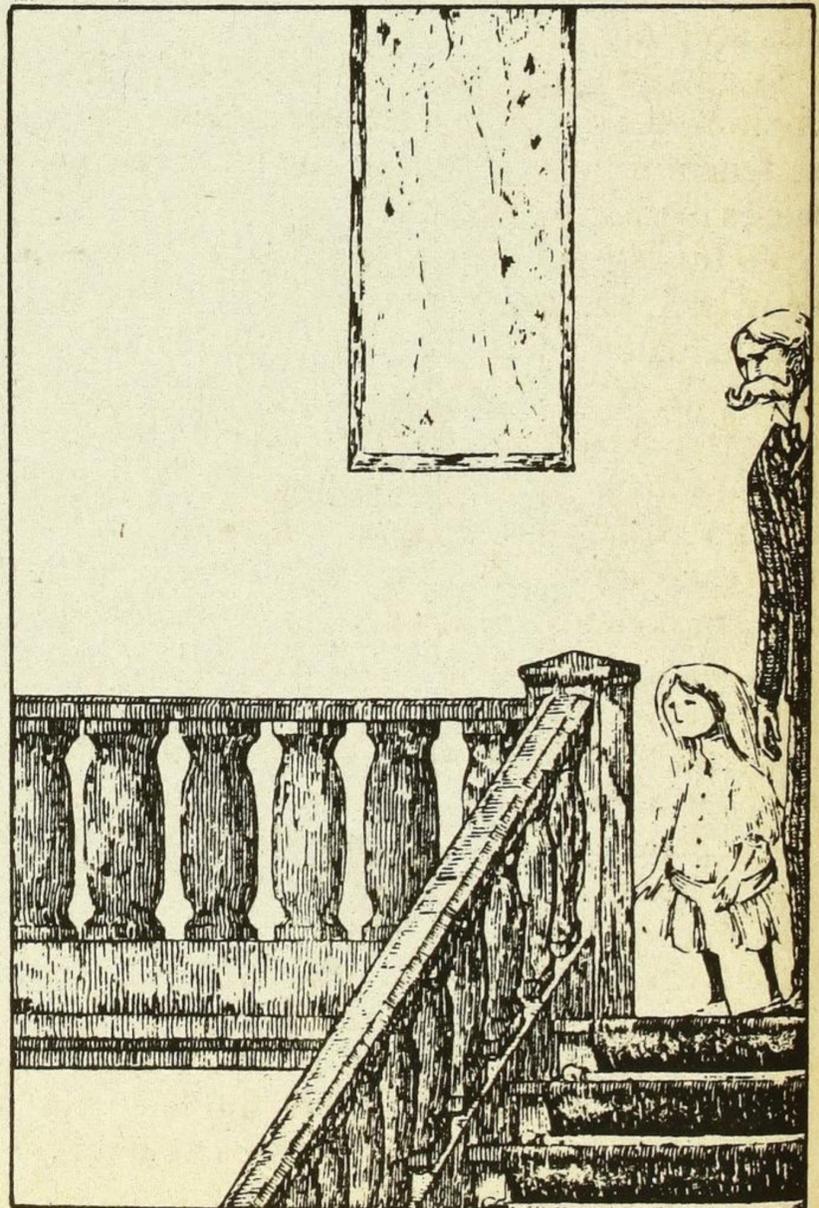
Muchas mujeres tenemos dificultades con las relaciones sexuales debido a los recuerdos que nos reviven. Otras, sentimos deseos de hacer el amor, pero nos cuesta trabajo confiar. Algunas sobrevivientes del incesto disfrutaban sus relaciones sexuales, pero experimentan vagamente la sensación de que algo de lo que hacen es incorrecto.

A veces, la autoculpabilización asume otras formas. Gran número de adolescentes con una historia de incesto se acuestan con cualquiera para sentirse aceptadas, o bien huyen de casa. Muchas sobrevivientes jóvenes y adultas padecen depresiones y no saben por qué, y/o se vuelven adictas a las drogas o al alcohol, con el fin de disfrazar su dolor. Algunas más sentimos que no valemos nada, ni como mujeres ni como personas.

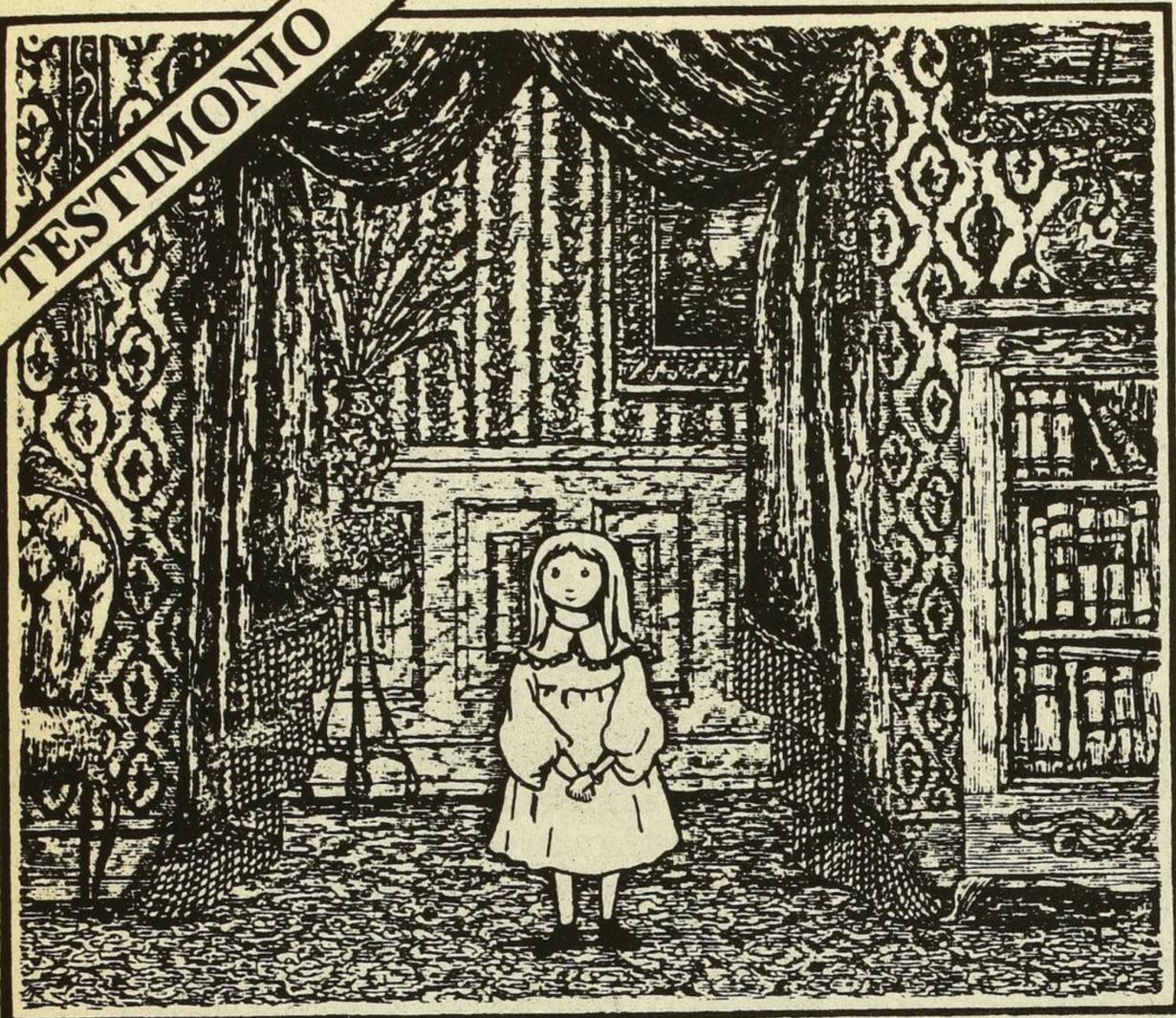
Para sanar las cicatrices emocionales del incesto o del abuso sexual a temprana edad, las mujeres necesitamos contar nuestras historias a personas que entiendan real y profundamente lo que vivimos. Hablar en grupos de apoyo a mujeres que han pasado por esto rompe el silencio, nos ayuda a tener una mejor perspectiva de las cosas y a saber que no estamos solas. Además, alivia el dolor.

Algunas mujeres necesitan enfrentarse a la familia o a su propio agresor. Esta es una tarea tremenda que exige un gran valor, pero que puede llegar a ser altamente benéfica.

Aquellas de nosotras con una historia de incesto en nuestra vida debemos estar conscientes de que no importa lo que hayamos hecho o dejado de hacer, lo hemos hecho bien, porque sobrevivimos a una infancia que no fue como debe de ser la infancia. *Jam*



TESTIMONIO



Algo para siempre

Es algo que marca para siempre. Con lo que hay que aprender a convivir. Cuya lucha nos consume buena parte de nuestra energía (y también de nuestro dinero). Algo que nos lleva mucho tiempo entender, y todavía más aceptar.

Si en Estados Unidos —según estadísticas— cada dos minutos una niña o niño es molestada sexualmente, no tenemos porque pensar que en México este porcentaje es menor, o diferente.

Yo fui víctima del abuso sexual por parte del marido de la hermana de mi madre desde los cuatro hasta los once años de edad, cada vez que iba de vacaciones a Veracruz, o “mis tíos” venían al Distrito Federal. Nunca negué el hecho, aunque lo racionalicé durante años. He estado dos veces en terapia, pude resolver muchas cosas y hoy en día soy una mujer adulta, me considero valerosa e inteligente, capaz de amar y, además, soy feminista de hueso colorado. En agosto cumplo cuarenta y un años, y sin embargo, todavía tengo pesadillas. Aún cargo fantasmas.

En mi primera terapia descubrí que tanto o más que el abuso sexual en sí, aquello que me afectó —y me sigue afectando— fue la reacción de mi familia. Pese a que el hecho fue descubierto, mi tía siguió (y sigue) viviendo con “mi tío”. Con excepción de mi padre quien murió sin saberlo y de mi abuela quien murió sin perdonarlo, el resto se convirtió en cómplice de mi abusador, olvidó rápidamente el asunto y le abrió de nuevo las puertas “en nombre de la unidad familiar”. A lo largo de toda mi adolescencia y parte de mi vida adulta se me impuso la presencia de mi agresor en uno de mis espacios más íntimos y el cual supuestamente es fuente

primaria de seguridad y protección: el ámbito familiar. Festejé navidades, despedí años, celebré diez de mayos, santos y aniversarios en casa de ellos, “en familia, como Dios manda”, en medio de mi desconcierto, confusión y vergüenza.

No fui la única niña que pasó por entre las piernas de “mi tío”. Primitas, vecinas e hijas de matrimonios amigos padecieron dicho abuso. Ya de adulta me he topado con algunas de esas mujeres con quienes jugué de niña, y quienes me han confesado, “A mí también, tu tío me metía mano”. Una de ellas me confió que cuando se lo dijo a su madre, ésta replicó: “Ni creas que voy a perder una amistad de tantos años sólo por eso”. De hecho, parte de mi familia sigue frecuentando a “mis tíos”, ¡y hasta llevan a sus hijos de visita!

Cada vez que refiero mi experiencia, esté donde esté, las mujeres a mi alrededor saltan para relatarme que a ellas también, que su hermano adolescente, que su abuelo, su primo, su padrastro, su cuñado, su propio padre... Para todas, ha sido difícil. En lo particular, esto me dejó una actitud de víctima en la vida, papel contra el que he debido luchar violenta, rotundamente. También me infundó una sensación perenne de desprotección absoluta. Si nunca se me protegió ni defendió ni apoyó, ¿cómo saber si en realidad tenía yo un valor como mujer, como persona? La autovaloración la tuve que buscar dentro de mí misma y, por supuesto, fuera de mi familia.

Gracias a la terapia pude entender muchos aspectos de mi conducta adulta, resolver aquello que me causaba conflicto, despertar la conciencia de por lo menos mi madre y mis hermanos, y recibir de ellos finalmente,

EL ABUSO SEXUAL DE MENORES

el apoyo que tanto necesité siempre.

Sin embargo, no es tan fácil olvidar que tus seres más queridos no te ayudaron cuando tú misma no podías ayudarte. Fue impactante descubrir que la ayuda nunca vendría de ellos sino de mí misma. Debí vivir un proceso prolongado y doloroso para poder sacar la rabia acumulada y canalizarla positivamente, por ejemplo, en lo que escribo. Todavía, ante ciertas situaciones familiares, me transformo instantáneamente en una niña de cuatro años que lo único que desea es arrastrarse hasta un rincón del cuarto, ponerse en posición fetal y llorar, llorar y llorar. Afortunadamente, mi parte adulta, feminista y, sobre todo, psicoanalizada, salta vestida de superniña, me sacude y me rescata entre rubores, falta de aire y ojos aguados, para levantar el vuelo sobre todas esas cabecitas inconcientes y tibias que ni siquiera han podido llegar a comprender bien a bien qué tan dañada me dejó esta historia.

Muchas personas seguramente se escandalizarán al leer este testimonio, y hasta pensarán, "¿qué necesidad hay de hablar de estas cosas?". Pero yo me siento en deuda con las niñas que son abusadas sexualmente cada día, y también con quienes hoy adultas lo fueron cuando pequeñas. Rechazo el papel de cómplice. Intento colaborar, en la medida de mis posibilidades, a la construcción de una sociedad en la que ni mis sobrinas, ni las hijas de mis amigas, ni las que llegue yo a tener, ni las niñas en general se vean obligadas a pasar por esta desagradable vivencia.

¿Recetas o soluciones inmediatas? No quiero sonar pesimista pero sinceramente no creo que las haya. Empero, tengo mis ideas al respecto, resultado de mi propia experiencia, de casos conocidos, de mi participación en el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas y de varios meses de lecturas sobre el tema. Es obvio que se trata de una enfermedad social (lo cual no quiere decir que el ofensor sea un enfermo mental). No existe un perfil del abusador. Igual puede ser un hombre joven que viejo, rico que pobre, educado que ignorante, triunfador que derrotado, casado que soltero. Al parecer no hay remedio para ellos y, en mi opinión, son, esencialmente, unos cobardes. Muchos se amedrentarían ante el no enérgico de su pequeña víctima, o bien ante la amenaza de ser denunciado y, claro, la certeza —o al menos la duda— de que dicha denuncia encontrará eco en el ámbito familiar. Por lo tanto, siento que un paliativo al problema sería dar a nuestras niñas elementos para defenderse. Enseñarles que tienen un valor, que el cuerpo es algo de lo que no hay que avergonzarse, que nadie posee el derecho de tocarlas si ellas no lo desean así. Hay que enseñarles a decir "no", en vez de obligarlas a dar besos que no les nacen.

La fuerza se obtiene del amor, la confianza y el conocimiento. En este caso, dicha fuerza debe venir de las mujeres de la familia, especialmente de la madre. Si una niña le cuenta que está siendo abusada sexualmente, ¡por favor, créale y apóyela! Ello será determinante en su vida. 

Es duro, pero se puede sobrevivir

No existe ninguna evidencia de que la actividad sexual entre adultos y menores sea benéfica para las menores. Por lo contrario, hay pruebas abrumadoras de que el abuso sexual puede tener efectos devastadores en la vida de las niñas abusadas. Millones de víctimas, que ahora son adolescentes y adultas, están dolorosamente conscientes de que su vida es diferente. Casi ninguna recibió ayuda a tiempo. Emocional y psicológicamente dañadas, tratan de adaptarse a su realidad actual.

El grado al cual se afecte la víctima dependerá de muchos factores, entre otros: su edad, la adecuación del desarrollo de su personalidad hasta ese momento, si la ofensa es cometida por un extraño o un familiar, el grado de la violencia ejercida en el abuso, por cuánto tiempo se ha estado repitiendo éste, la estabilidad de la familia, y recibir o no ayuda profesional adecuada, tanto en lo que se refiere a la víctima como a la familia.

El Dr. Nicholas Gorth, en su libro *Sexual Assault of Children and Adolescents* (1978), reconoce tres riesgos para la menor: 1) un riesgo ético: la menor puede ten-

der a confundir los valores morales de su comunidad como resultado del abuso; 2) un riesgo psicológico: existe una alta probabilidad de disturbios emocionales, trastornos en su desarrollo psicosexual, así como en su desarrollo afectivo, y, 3) un riesgo físico: aparte de que la menor puede percibir el abuso como una amenaza para su seguridad, está también presente el riesgo de laceraciones, infecciones, enfermedades de transmisión sexual y, en las adolescentes, el embarazo.

Es común que las víctimas de abuso sexual cuando niñas adopten uno de estos cuatro patrones de conducta cuando son adultas:

1) Reprimen los recuerdos del abuso y desarrollan úlceras, colitis, migrañas y hasta anorexia. Evitan las relaciones íntimas, aunque las desean intensamente. También padecen depresiones crónicas e inexplicables, y dosis intensas de emociones como desesperanza, minusvalía, vergüenza, culpa e ira, acompañadas de una incapacidad casi total para manejarlas. La víctima siente terror al identificarlas y en algunos casos invierte cantidades inmensas de energía en reprimirlas. En el

caso de la ira, si ésta se expresa, los varones tienden a dirigirla hacia afuera mientras que las mujeres la dirigen hacia ellas mismas, adoptando comportamientos autodestructivos, mutilándose con quemaduras o golpes, o incluso intentado suicidarse.

2) Muchas se estacionan en el papel de víctimas dentro de relaciones violentas —confundiendo intimidad con abuso— e incrementan el número de mujeres golpeadas, tan indefensas y vulnerables como lo fueron de niñas al sufrir el abuso. Estas mujeres tienen como una especie de “radar” que las hace buscar precisamente el tipo de hombre que las maltratará. Una conducta típica es tratar de evadir la culpa a través del comer compulsivo, el alcohol o las drogas.

3) Aunque es mínimo el número, hay algunas mujeres que se convierten en agresoras cuando adultas, con el fin de recuperar la sensación de poder y de control que no tuvieron cuando niñas. Una explicación frecuente en estas mujeres es que “el sexo con los niños es más hermoso y gentil” que con un hombre adulto. Esta inversión de roles agresor-agredido es sumamente frecuente en los varones que fueron abusados de niños.

4) Finalmente, en la más saludable de las alternativas, la víctima se las arregla para integrar el abuso sexual de que fue objeto a las experiencias que conforman su vida, en vez de permitir que este hecho domine absolutamente su existencia. Estas mujeres son las que emergen como sobrevivientes y es común que en algún momento de su vida busquen ayuda terapéutica profesional.

El primer paso hacia la recuperación es el más difícil: revelar el secreto. Los psicoterapeutas afirman que guardar el secreto provoca un daño psicológico casi tan grande como el abuso en sí, ya que la víctima permanece aislada de otros y se siente estigmatizada y diferente.

Se recomienda que todas las niñas víctimas de abuso sexual —aunque no demuestren ninguno de los síntomas típicos— deben recibir ayuda terapéutica. Generalmente, de cuatro a seis semanas es suficiente en las pequeñas. Pero en las adolescentes y adultas cuyos agresores fueron un padre, un hermano o un tío, la terapia es por lo regular más intensa y prolongada.

Algunas víctimas de incesto luchan con la terrible ambivalencia de odiar y amar a su agresor, quien muy bien pudo haber sido el más amoroso de los padres. Al rechazar al abusador o expresar su rabia ante la traición cometida en su contra, la víctima rompe su más fuerte lazo —el familiar— y queda a la deriva, separada de su familia.

Es frecuente que las familias, al sentirse profundamente avergonzadas y sacudidas por el descubrimiento del incesto, nieguen inicialmente el hecho y dirigan su coraje hacia la víctima, sin darse cuenta que no fue ella sino el abusador quien afecta a la familia.

El tratamiento psicoterapéutico de una víctima de abuso sexual cuando niña se ve obstaculizado significativamente si la madre niega el hecho o bien prefiere su relación con el abusador por encima de su hija. Si la madre insiste en “la unidad familiar”, el daño emocional para la víctima puede llegar a ser devastador. Es importante que los padres respeten los sentimientos de la niña respecto al agresor, aunque no los compartan. Ninguna niña debe ser dejada sola con su abusador jamás, aunque éste no vaya a tocarla, ya que ello provoca gran ansiedad en la pequeña y revive síntomas que entorpecen inclusive un tratamiento avanzado.

Un tratamiento psicoterapéutico puede ser la mejor solución. Los niños responden a él de manera sorprendente. Sin embargo, algo que ayuda sobremanera es la reacción de la familia, en especial de la madre. Si descubre que su niña está siendo molestada, se sugiere lo siguiente:

- Dígale a su niña que le cree totalmente.
- Subraye que el abusador hizo algo malo y que no es culpa de ella.
- No confronte al ofensor en presencia de la niña. Si lo denuncia deje que las autoridades se encarguen de ello.
- Lleve a su niña con su pediatra para que le haga una revisión y se asegure que no ha sido dañada físicamente.
- Deje que la niña hable de lo ocurrido según vaya necesitando.
- Ni la fuerce ni la silencie, ello no la hará olvidar.
- Busque una psicóloga de confianza, acostumbrada a tratar este tipo de casos y entrevístese con ella antes de iniciar el tratamiento para la niña. *Jm*



Nota: Para elaborar este dossier sobre abuso sexual contra niños se utilizó el siguiente material: *I never told anyone*, Ellen Bass y Louise Thornton. Harpers Books. NY. 1983; *Abuso Sexual al Menor*. David Finkelhor. Editorial Pax-México. 1985; *The cruelest crime*. Cheryl McCall. Life. No. 13. Diciembre 1984. *The New Our Bodies, Ourselves*, The Women's Health Book Collective. Simon & Shuster, NY. 1984, y *Semillas para el cambio*. Boletín del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación. Depto. de Salud, Calle Box 70184. San Juan, P.R. 00936.

Nora Maluenda, hermana en lucha

Nora Maluenda, chilena de cincuenta y cuatro años, separada y madre de dos hombres ya adultos, fue expulsada de su patria en 1975, dos años después del golpe militar pinochetista. Se fue a Venezuela, y luego a México, donde vivió cinco años, antes de salir en una lista oficial del gobierno chileno que le diera permiso de regresar a su tierra.

Una de dos mujeres miembros del Comité Ejecutivo del Partido Radical de Chile, Nora se fue de México en 1985 con un bagaje de cinco años de experiencia en el ámbito del trabajo femenino en el exilio. En representación de las mujeres, había sido parte de la Secretaría de Solidaridad para América Latina de la Casa de Chile. Junto con otras, formó al Frente de Mujeres Chilenas — sección México. Como ella se autodenomina, fue una militante de la solidaridad, pero siempre con sus compañeras de género. Conoció de cerca la lucha de los pueblos de Nicaragua, El Salvador, Guatemala, y desde luego, de su país natal. En representación de su partido, fue nombrado Vice Presidenta de la Internacional Socialista de Mujeres, y participó en la conformación del Frente Continental de Mujeres, en 1981.

Cuando Nora regresó a su patria, se encontró con un pueblo que había perdido el miedo a la dictadura. La efervescencia opositora corre por las calles, y las que habían puesto la primera pauta de rebeldía eran las mujeres.

El golpe militar de 1973 que dejó un saldo aproximado de 35,000 asesinatos, y 2,500 desaparecidos, vino repentinamente a movilizar a las mujeres.

Sorpresivamente, entonces, una cantidad de mujeres se quedaron de jefas de familia, responsables no sólo para el funcionamiento de la casa, sino también para la sobrevivencia económica. Según Nora, esto es el antecedente de lo que actualmente podemos denominar la rebelión femenina en Chile.

“Para los partidos, tanto de derecha como de izquierda”, dice ella, “La mujer es la eterna invisible; no está en ninguna parte. La mujer es ahistórica. Generalmente, no tiene acceso a los puestos de poder, más que sirviendo a la carrera política de un hombre, o para cumplir con el reclamo moderno de tener una figura femenina allá. Ni a la derecha ni a la izquierda les interesa realmente una integración”. En el caso de ella, piensa que no es muy diferente. “Una o dos mujeres en una dirección de cincuenta hombres no cambia la situación general”.

Lo que más le preocupa, sin embargo, no son las dirigentes femeninas, sino la organización de las grandes mayorías de mujeres en torno a sus propias necesidades y demandas, que a la vez, es la garantía de una integración femenina en todos los niveles de la sociedad. “La verdad, es que sigue habiendo el mismo problema en torno a la organización de las mujeres: ¿cómo podemos ser más?”

Pensar en llevar a cabo una lucha de esta índole en un país en donde le está negado a la población en general el más mínimo derecho de asociación, de manifestación y de protesta complica el asunto, haciendo virtualmente imposible el avance de las mujeres en torno a la lucha por sus derechos.

Por esto, ella enfatiza las dos vertientes de la batalla de las chilenas: luchar por los derechos de las mujeres dentro de la lucha por la democracia.

El ocho de marzo de este año, celebrado el día siete en Santiago, fue hasta ahora la culminación de la subversión femenina. Más de diez mil mujeres paralizaron la ciudad,

Gritaban sus consignas a las dos vertientes de su lucha. “Va a caer, palabra de mujer”, se tiró como dardo al Estado dictatorial; pero, “Hoy las mujeres, ¿cuándo ustedes?”, cayó en la conciencia de los hombres, un adelanto cambio de relaciones entre hombres y mujeres que en Chile no se ha dado todavía.

Tres días después, Nora Maluenda fue detenida por los agentes de la Central Nacional de Inteligencia, la antigua y siniestra DINA.

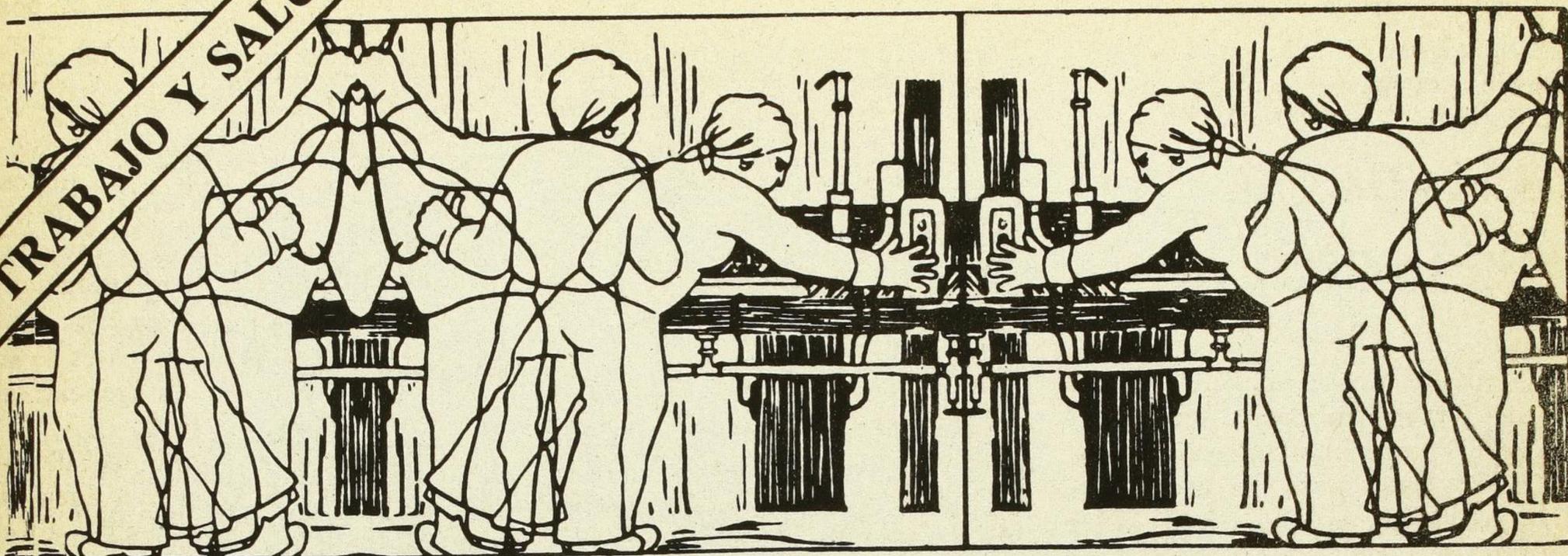
Se movilizaron las mujeres, llegaron a la cárcel donde los agentes habían llevado a Nora y, junto a los periodistas, hicieron sentir su presencia. Adentro, llegaron visitas, el papá, la hermana; recibió llamadas telefónicas de Europa, de partidos hermanos, preguntando por su bienestar.

Nora pensaba que era demasiada bulla por lo que pintaba ser cinco días privada de su libertad y a la calle otra vez. Pensaba esto hasta que la trasladaron a un cuartel de la Central Nacional de Inteligencia. El terror empezó a invadirla. “Se ve asustada”, dijo uno. “Sí”, dijo ella, “estoy asustada”.

La vendaron, hicieron que se quitara la ropa y le dieron algo amplio para taparse. Se burlaron de su ser mujer, la humillaron, pero no la torturaron físicamente. Sabían que es una mujer con influencias internacionales.

Nora también lo sabía. Entre interrogatorio e interrogatorio, pensaba en las demás mujeres detenidas. Pensaba en las mujeres anónimas que nadie conoce en México, Inglaterra, Suecia, Alemania o Austria. En las que simplemente tomaban las calles de Santiago, ávidas de un poco de justicia e igualdad. Pensaba en la suerte de estas chilenas, mucho más necesitadas de una solidaridad militante, por ser precisamente más vulnerables.

Cuando la liberación, Nora se volvió la voz de las incomunicadas. Se dio una vuelta de dos continentes en una semana y, por las ganas de estar otra vez en el caldo libertario, volvió a Chile, a entrarle al siguiente capítulo de su historia nacional.



RIESGOS DE SALUD EN INDUSTRIAS QUE EMPLEAN MUCHAS MUJERES *

TIPO DE TRABAJO

Trabajadoras domésticas

RIESGOS COMUNES

1. sustancias de limpieza (limpiadoras de desagüe y de horno spray aerosol blanqueador, cera) pesticidas, 2. hacer fuerza, caídas, 3. contagio con infecciones de los niños 4. golpe eléctrico, 5. ruido.

EFFECTOS EN LA SALUD

1. irritación o quemadura de la piel, ojos o pulmones, alergias. 2. dolor muscular, luxación de columna, desgarramiento de ligamento, bursitis.

Trabajadoras de oficinas.

1. tensión, 2. mala calidad del aire y de la ventilación, sustancias tóxicas de fotocopias, copiadora, líquido corrector. 3. ruido luz artificial y diseño de la silla.

1. dolor de cabeza, enfermedades al corazón, molestias de los ojos, dolor de cuello y espalda, 2. náusea, resfríos, problemas respiratorios, irritación de ojos, nariz y garganta, 3. ansiedad, daños auditivos, 4. várices, dolor de espalda y de cuello, esfuerzo visual.

Trabajadoras hospitalarias

1. hacer fuerza, caídas, 2. radiación, 3. riesgos de productos químicos (gases esterilizantes, gases anestésicos, medicamentos), 4. tensión, 5. golpe eléctrico, 6. infecciones de pacientes, instrumental, muestras.

1. tensión a la espalda, discopatía desgarramiento de ligamento, 2. daño de tejido, cambio genético por rayos X, 3. irritación de la piel y respiratoria, daño del hígado, riñones, sistema nervioso, cáncer, problemas reproductivos, 4. dolor de cabeza, enfermedades al corazón, problemas gastro-intestinales.

Trabajadoras del comercio minorista

1. posición de pie, estiramiento, 2. tensión, 3. riesgos de seguridad (pasillos bloqueados, salidas, aprovisionamiento mal diseñado), 4. mala calidad del aire y de la ventilación, 5. enfermedades transmitidas por los clientes.

1. dolor de piernas, várices, dolor de hombros y espalda, 2. dolor de cabeza, irritabilidad, presión alta, 3. accidentes, 4. resfríos, problemas respiratorios, irritación de ojos, nariz y garganta.

* Cuadro del libro *Our Jobs, our Health*, publicado en 1983 por la Coalición de Massachusetts para la Seguridad y la Salud Ocupacionales y el Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston. Tomado de *Isis Internacional*. N° 3. Santiago de Chile. 1985.

Algunos de los datos de este cuadro fueron tomados de *Calendar/Fact Pact*, 1982 publicado por WOHRC.

Trabajadoras textiles y de la confección

1. productos químicos (tratamiento de telas, tinturas, disolventes de lavandería), 2. fibras sintética y polvo de algodón, 3. ruido, 4. vibración, 5. calor y frío excesivos, ventilación inadecuada, 6. equipamiento inseguro, 7. hacer fuerza, mantenerse de pie o sentada, 8. tensión.

1. irritación de la piel y pulmonar, daño del hígado, riñones, y sistema nervioso, dermatitis, 2. asma, enfermedades respiratorias, 3. pérdida del oído, 4. inflamación de mano y muñeca, 5. acaloramiento, resfríos, 6. accidentes, golpe eléctrico, 7. tensión de hombros y de espalda, váricēs, 8. presión alta, dolor de cabeza, ansiedad.

Artistas plásticas

1. solventes, 2. pinturas, soldadura, 3. arcillas, barniz, emanación de soldadura y de fuego, 4. mantenimiento inadecuado del equipamiento, 5. mala ventilación.

1. desvanecimiento, dermatitis, daño del hígado, riñones, sistema nervioso, 2. los metales pesados pueden dañar los riñones, el hígado, los pulmones, el sistema reproductivo, 3. daño pulmonar, 4. accidentes, incendios, 5. resfríos, irritación de ojos, nariz y garganta.

Trabajadoras de laboratorios

1. manipulación de muestras biológicas o de animales, 2. productos químicos tóxicos incluyendo carcinógenos, 3. radiación en muestras, radioisótopos, maquinaria para radiación.

1. infección, 2. daño de órganos, cambio en la materia genética, problemas reproductivos, cáncer, 3. cambios en los tejidos o cambios genéticos, problemas reproductivos.

Trabajadoras de la industria electrónica

1. solventes, 2. ácidos, 3. mantenerse sentada o de pie, trabajo fino de microscopio, trabajo repetitivo, 4. tensión, 5. emanación de soldadura, mala ventilación.

1. dermatitis, mareo, daño a órganos tales como el hígado, sistema nervioso, 2. quemadura e irritación de la piel, 3. dolor de hombros y espalda, várices, dolor de cabeza, 4. enfermedades al corazón, problemas gastro-intestinales, 5. irritación de ojos, nariz y garganta, enfermedades pulmonares.

Envasadoras de carne

1. hacer fuerza y mantenerse de pie, 2. movimiento repetitivo, 3. emanación de envolturas plásticas, 4. frío excesivo, 5. cortaduras, resbalones, caídas.

1. tensión de hombros y espalda, lumbago, várices, hinchazón e inflamación de manos, 3. asma, irritación de ojos, nariz y garganta, náusea, síntomas de gripe, 4. aturdimiento, problemas de circulación.

Peluqueras y cosmetólogas

1. mantenerse de pie, 2. productos químicos (spray para el pelo y tintura, spray aerosol, cosméticos y otros preparados).

1. lumbago y várices, 2. enfermedades pulmonares, de efectos en la reproducción, cáncer, alergia, irritación de la piel.

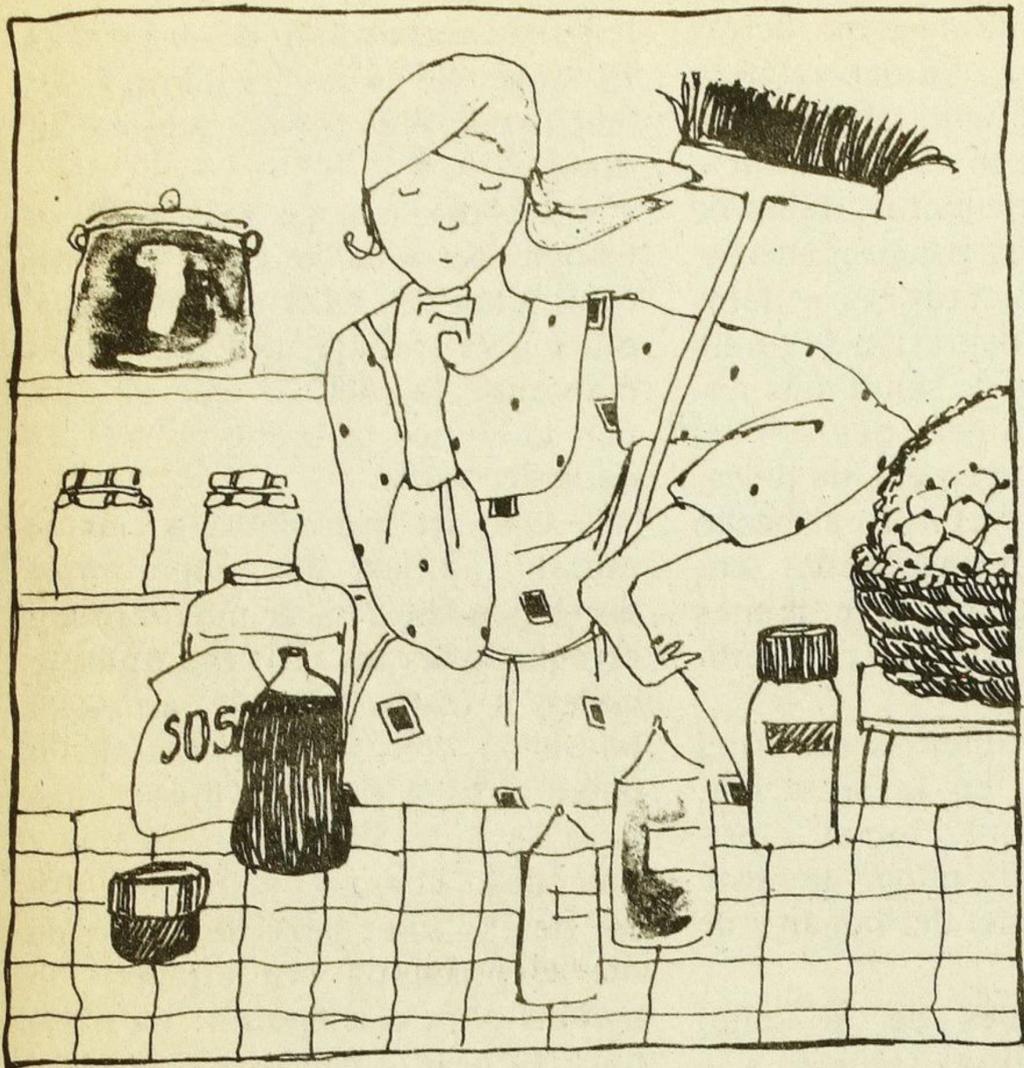
Lavandería y lavado en seco

Lavandería: 1. detergentes, blanqueadores, ácidos.

Limpado en seco: 2. disolventes.

Ambos: 3. hacer fuerza, 4. calor excesivo, 5. exposición a cualquier producto químico o material biológico que esté en la ropa.

1. irritación o quemadura de manos, irritación de ojos, nariz y garganta, 2. dermatitis, mareos, daño al sistema nervioso o al hígado, 3. lesiones de la espalda, tensiones, hernias, 4. enfermedades del corazón.



La salud del ama de casa*

El síndrome que acecha

A primera vista, el hogar parece el lugar más seguro para el ser humano. El refugio donde los riesgos de la vida pueden dejarse fuera, en el trajín del exterior. El ama de casa sería, según esta apariencia, la persona más protegida, ¿qué problemas pueden acecharla en un entorno confortable, que ella maneja y en el que hace lo que quiere? Pero claro está, las apariencias son engañosas.

La salud del ama de casa se resiente en varios aspectos importantes, precisamente por serlo. El problema es tan grave que a esta circunstancia de la mujer se le ha dado el nombre de enfermedad: el síndrome del ama de casa.

La supuesta seguridad del dulce hogar se viene abajo si tomamos en cuenta un problema que se ha convertido en plaga mundial: los accidentes domésticos. Las cifras son tan abrumadoras que la Oficina Europea de Uniones de Consumidores (BEUC) ha lanzado este año una gran campaña para exigir una política comunitaria sobre seguridad de los productos de consumo.

Según los datos oficiales de la Comisión de las Comunidades Europeas, cada año mueren en su ámbito treinta mil personas, y otras cuarenta millones resultan heridas, a causa de accidentes en los que intervienen productos de consumo.

La mayoría de estos accidentes se producen en el hogar, y ciñéndonos exclusivamente a este tema, los accidentes domésticos causan cuarenta veces más víctimas con necesidad de atención médica que los accidentes de carretera.

Las víctimas más propicias son ciertamente los niños y los ancianos, pero las amas de casa no escapan del problema. La salud de las mujeres que cuidan el hogar se ve dañada por estos productos en varios aspectos:

—Quemaduras de primero y segundo grado, uno de los accidentes más frecuentes.

—Heridas por instrumentos cortantes, de muy diversa gravedad.

—Fenómenos alérgicos causados por el contacto habitual con pinturas, disolventes, esmaltes, tintes, detergentes y productos de limpieza

en general. Los síntomas de estos fenómenos suelen ser: el prurito o picor generalizado, exantemas, espasmos de la laringe y respiratorios, y sobre todo, el eccema en ambas manos.

—Intoxicaciones producidas por pintura, gas, etc.

Además de los accidentes, y pasando ya a las enfermedades, el ama de casa sufre dos muy concretas: La artrosis y la obesidad. La artrosis es característica de la mujer, ya que las hormonas femeninas favorecen la descalcificación de los huesos. El problema se agudiza con el embarazo y en el ama de casa juegan un papel los vicios posturales y la falta de un ejercicio completo.

La obesidad se detecta con más frecuencia en el ama de casa que en el hombre o la mujer que trabajan fuera de casa. Por lo general, las mujeres afectadas dirán al médico que no saben cómo pueden engordar si apenas comen ni cenan. Y esta afirmación suele ser cierta, pero la obesidad viene de alguna parte, y

* Publicado en la Revista Mujeres, del Instituto de la Mujer, España, 86.

en el caso que nos ocupa procede del "picar" continuo del ama de casa.

El cuadro habitual de este tipo de obesidad está determinado por un continuo ir al refrigerador, probar aquí y allá que, en la mayoría de los casos, la mujer justifica por la necesidad de cocinar una buena comida. Pero los profesionales de la salud opinan de otra manera, el hábito de "picar" del ama de casa estaría provocado por la ansiedad que sufre la mujer y que intenta paliar de la forma más a la mano: comiendo. Aquí entramos en el tipo de enfermedades que más afectan al ama de casa, las enfermedades del alma.

Pues sí, se conoce como síndrome del ama de casa al cuadro frecuente de mareos sin ninguna causa orgánica, jaquecas, sensación de ahogo, pellizcos gástricos, dolores agudos en forma de pinchazo, exceso de gases, hormigueos, etc. Síntomas todos psicossomáticos que afectan a la salud mental de la mujer.

Ya más directamente como patología psiquiátrica podemos también citar, dentro de los problemas de salud del ama de casa, las neurosis de angustia e hipocondríacas y las depresiones. Las primeras se manifiestan con sensación de angustia, temblores en las extremidades, miedo a salir sola, temor a la enfermedad y convencimiento de que se padece una enfermedad grave.

Por su parte, las depresiones pueden ser endógenas —sin causa conocida—, reactivas —problemas con la pareja, los hijos, etc.—, de postparto, y enmascaradas

—depresión que se agazapa detrás de síntomas físicos. La depresión se suele manifestar con tristeza, un cansancio intenso, indiferencia afectiva, ganas de llorar, falta de apetito y síntomas psicossomáticos. A pesar de que hay muy pocos datos sobre el tema, la depresión se revela como el problema de salud más frecuente en la mujer que en el hombre, y más aún en el ama de casa. No deja de ser curioso el hecho de que los hombres separados tengan tendencia a padecer menos depresiones, mientras que en la mujer es al contrario.

Todos estos problemas de salud tienen sus raíces en la situación, tanto familiar, como social y psicológica que vive la mujer que está dedicada al cuidado del hogar y de la familia.

Los profesionales de la salud apuntan varias causas respecto a la patología del ama de casa:

—La falta de un proyecto común de la pareja. La mayoría de las parejas de nuestras ciudades no planean casi nada en común, ni siquiera algo tan simple como el fin de semana. Es demasiado habitual el cuadro del marido que pasa las mañanas de los sábados y domingos en el bar o lavando el coche, y las tardes viendo televisión, mientras que la mujer no sabe qué hacer con los niños ni en qué emplear ese tiempo libre en común.

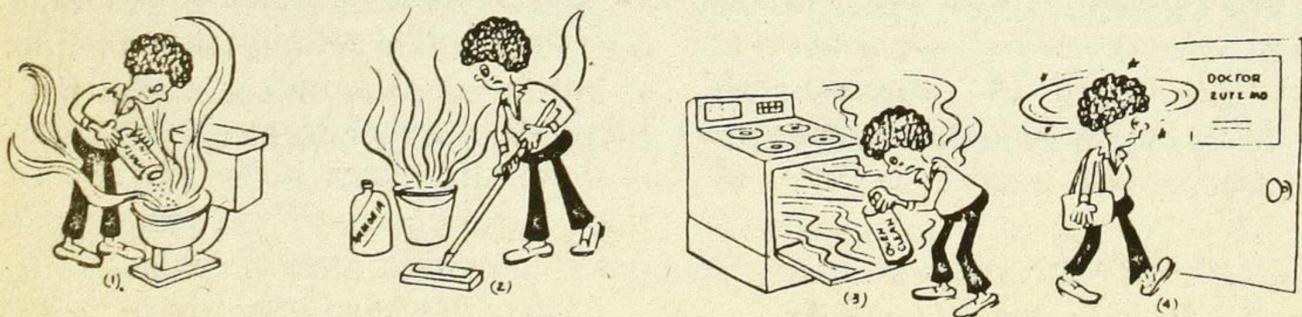
—La ausencia de intercambio y comunicación es también demasiado habitual. Es clásica la estampa del marido llegando a casa tan sólo para tomar la cena, sin que la mujer

le pueda contar algo de su jornada. El cansancio es la nota diaria y el silencio consiguiente se repite cada día.

—La ausencia de valoración del trabajo del ama de casa. Hay una discriminación de éste frente a cualquier otro trabajo, por más que se mantenga la idea de que el papel más auténtico de la mujer es el cuidado del hogar.

—Los electrodomésticos, las comidas rápidas, los superlimpiadores tienden a hacer más rápido el arreglo de la casa. Los estímulos sociales, a través del cine, anuncios, televisión, etc., remachan la idea de dejar al ama de casa más tiempo para ser feliz. El único problema es que luego ella no sabe cómo usar ese tiempo libre para ser feliz y nadie se preocupa por ofrecerle los medios para conseguirlo. La mujer hace su casa y no tiene más remedio, para evitar la ansiedad de estar sola, que inventarse nuevas tareas, limpiando lo limpio, hablar con las vecinas de problemas que son siempre los mismos o desesperarse.

En general, no hay respuestas sociales para que la mujer pueda realizar actividades fuera del hogar y reunirse con otras personas, y tener tareas común al margen de la casa. Los buenos resultados que pueden dar los proyectos en común y la comunicación, están representados a nivel minoritario por los colectivos de mujeres; esto supone la curación de alguno que otro "síndrome del ama de casa".



Una vida "normalísima"



Mi nombre es Alicia y soy alcohólica. Confesar esta situación, aunque parezca raro, carece totalmente de cinismo, y en cambio, tiene mucho de sufrimientos a través de una vida de desequilibrios emocionales, y de cuatro años de tener que beber, muchas veces sin voluntad de hacerlo.

Soy hija de una familia de la clase media en la Ciudad de México, de cinco hermanos, somos cuatro mujeres y un hombre. Mis padres, hasta la fecha, llevan un buen matrimonio, se aman y respetan. Fuí educada dentro de la Religión y en Escuelas bilingües (inglés-español). De niña fuí deportista, y llegué hasta obtener un premio nacional de natación.

Físicamente estoy bien, aunque durante mis épocas de conflictos emocionales, tengo problemas con mi forma de comer, lo hago compulsivamente y ésto ocasiona que engorde más de lo que me agrada.

A los 18 años terminé la carrera de secretaria inglés-español, y como tal, trabajé 10 años en la UNAM. Durante este tiempo estudié la Preparatoria e hice la Carrera de Sociología, la que terminé con muy buen promedio, pero aún me encuentro preparando mi Tesis Profesional.

De los 21 a los 28 años, viví con el hombre que creí que era el amor de mi vida, pero por situaciones que explico más adelante, esa relación terminó muy mal.

Actualmente tengo 35 años, estoy profundamente enamorada del hombre con el que me casé hace 3 años, y hemos sido bendecidos con dos hijos maravillosos, un niño de 2 años y una niña de 6 meses.

Dicho así, a grandes rasgos, ésta podría parecer una vida normal, sin embargo la enfermedad del alcoholismo, me impidió ser feliz y vivir tranquila hasta que llegué a Alcohólicos Anónimos.

Hasta los 21 años viví una vida aparentemente "normal" y digo que aparentemente, porque ahora comprendo que en mi mente había serios desequilibrios emocionales.

El origen psicológico

Crecí siendo una persona muy insegura de mí misma, llena de complejos y miedos irracionales. No supe valorizar lo bueno que la vida me brindó y envidié, hasta la inquietud, aquellas virtudes o cosas materiales que no poseía.

Mi inseguridad me llevó a ser muy perfeccionista, cuando las cosas me salían bien, mi ego se inflaba como un globo, y cuando fracasaba, me deprimía en exceso; nunca supe aceptar mis limitaciones. Así oscilé durante toda mi vida, con altas y bajas emocionales, sin poder lograr un sano equilibrio.

Los complejos de inferioridad me hacían sentirme diferente a los demás, parecía que la gente me hacía un "gran favor" al brindarme su amistad, era demasiado amable y servicial, y aunque casi nunca manifestaba mi ira, sin embargo internamente, me resentía.

A los 15 años principié a salir con muchachos, a pesar de que era bonita y de inteligencia normal, no sabía valorizarme, por lo consiguiente no tuve relaciones sanas, siempre me gustaron los hombres conflictivos o los que no me hacían caso.

Durante la primera parte de mi juventud, fui una bebedora normal; fue hasta los 21 años que crucé la "barrera invisible" que separa a una bebedora social de una alcohólica.

Cruzando la barrera invisible

Por esa época realicé un viaje a Europa, por primera vez en mi vida

me sentí completamente libre. Allá me dí cuenta que cuando tomaba algunos vasos de vino, mi personalidad cambiaba de una forma que me agradaba. Perdía los temores que siempre me habían atormentado, me sentía audaz, segura de mí misma, igual a los demás o tal vez hasta un poco superior.

Me felicité por haber encontrado el "elixir de la felicidad", lejos estaba de darme cuenta, de que el alcohol me llevaría a las proximidades de la locura.

Durante dicho viaje tuve mi primera laguna mental, (período de tiempo durante la borrachera, en que se pierde la memoria, y aunque se sigan teniendo acciones como son: comer, bailar, manejar, etc., no se tiene conciencia de lo que se hace, y cuando la borrachera pasa, uno no se acuerda de nada o de partes de lo sucedido).

Las primeras veces creí que me había quedado dormida, pero poco a poco fui dándome cuenta de que eran lapsos en los que perdía la memoria.

A mi regreso de Europa conocí al hombre con el que conviví gran parte de mi alcoholismo. Todo fue bien los tres primeros años, durante los cuales, a pesar de mis borracheras, mi trabajo y mis estudios iban progresando, y me dí tiempo para militar en un Sindicato y en un grupo estudiantil de izquierda. Pero según avanzaba ese período, yo me daba cuenta de que no bebía igual a los demás, que las lagunas mentales eran cada vez más frecuentes y que yo sufría, además de las crudas físicas, unas crudas morales terribles.

Tocando fondo

Mi alcoholismo y su consecuente locura, hicieron que mi relación de pareja se deteriora a tal grado, que terminó en separación.

Yo me sentí morir, realmente me consideraba una fracasada en todos los departamentos de mi vida; pensé en el suicidio como una solución, y durante una laguna mental, caí en un barranco. Afortunadamente no sufrí daños físicos, pero moralmente llegué al fondo del sufrimiento. Estaba convencida de que no podía seguir bebiendo, sin embargo, la fuerza de voluntad que me sirvió durante toda mi vida, para trabajar, estudiar, hacer deporte, etc., no funcionaba para dejar de beber, ¡que lejos estaba de saber que el alcoholismo es una enfermedad, y las enfermedades no se quitan con fuerza de voluntad!

Intenté muchas cosas; hacer ejercicio, cambiar de bebidas, contarme las copas, no beber más que en mi casa, etc., pero todo fue inútil, nunca logré dejar de beber por más de un mes, y por supuesto sintiéndome muy contrariada, al final siempre caía en el mismo laberinto: beber para sentirme bien, emborracharme, tener laguna mental, despertar física, mental y moralmente desecha, y otra vez beber para aliviar mi angustia.

Considero importante decir que yo casi nunca bebí todos los días, exceptuando las vacaciones, yo bebía los fines de semana por lo regular.

Volver a nacer

Cuando sentía que todo estaba perdido, empezando por ese gran tesoro humano que llamamos Dignidad, una mano bondadosa me llevó a Alcohólicos Anónimos; yo tenía entonces 28 años.

Ahí encontré una nueva vida, en primer lugar he logrado dejar de beber por seis años y medio, sin sentirme angustiada por ello, pero además estoy aprendiendo a conocerme a mí misma, a respetarme y amarme, también a querer a los demás, hoy aprecio sus cualidades en vez de envidiarlas.

Aprendí a respetar y amar, a una institución que se describe a sí mis-

ma de la siguiente manera:

“Alcohólicos Anónimos es una Agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo”.

El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad”.

Allí me dijeron que el alcoholismo, según afirma la Organización Mundial de la Salud, es una enfermedad física y mental; que yo no soy culpable, y que en sus grupos, a través de la catarsis y la práctica de un programa de recuperación, podía lograr superar mi problemática alcohólica.

Con el tiempo, a través de un análisis honesto de mi misma, he descubierto varios defectos en mi personalidad, como son el orgullo, la envidia, la ira transformada en resentimientos, la gula y otros más.

Comprendí que atrás de mi complejo de inferioridad, existía una gran soberbia y egocentrismo. También me dí cuenta de que nunca había aceptado mi feminidad con agrado, envidiaba a los hombres por ser “privilegiados sociales”; tampoco quería a las mujeres, en el fondo siempre existía esa competencia por tratar de ser mejor. De chica quería ser rica, de joven proletaria, no me gustaba mi país, en fin, navegaba contra la corriente, y todos estos sentimientos me habían vuelto una amargada.

En Alcohólicos Anónimos, he aprendido también, a aceptarme tal como soy, con mis defectos y mis cualidades.

Soy una mujer

Al aceptarme como mujer, renuncié en mí el deseo de tener hijos, posibilidad que había borrado de mi vida, durante mi época de borracheras.

Hoy sé, porque lo vivo, que ser una mujer en toda la extensión de la palabra, no se contrapone con ser una buena esposa, madre y ama de casa, cualidades que sataniqué en mí ya lejano pasado.

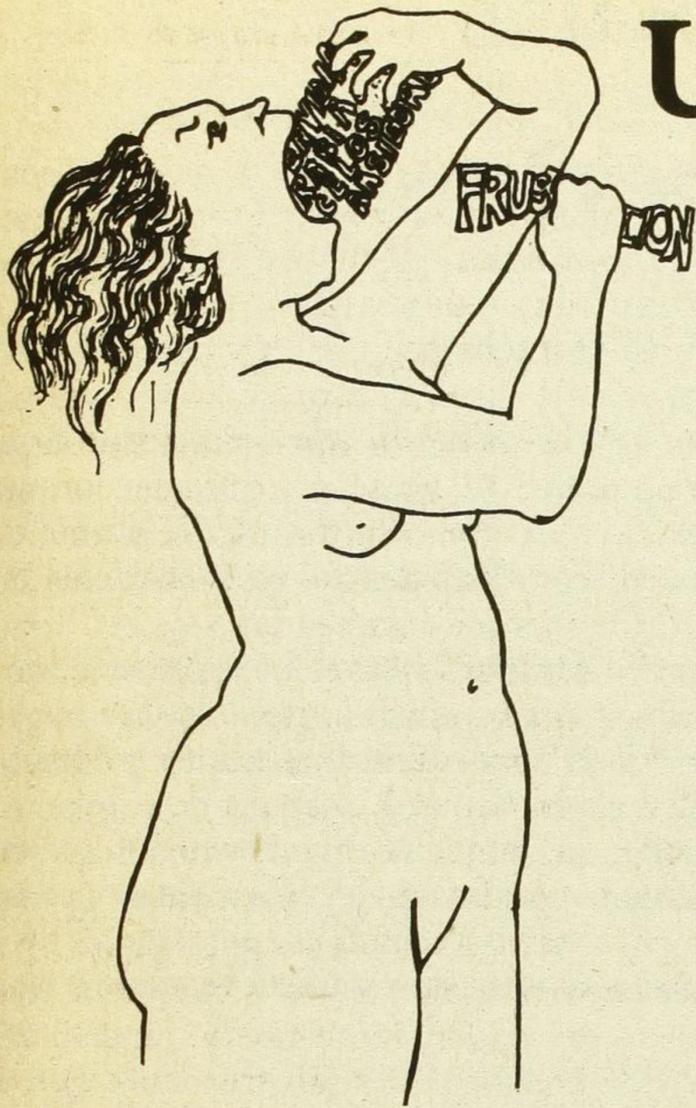
Me reconcilé con el hombre, hoy no trato de compararme con él, lo respeto y sé que somos complementarios.

También me he reconciliado con la mujer, hoy tengo muy buenas amigas y juntas en Alcohólicos Anónimos, estamos realizando un trabajo para transmitir el mensaje de vida, a la mujer alcohólica que se encuentra sufriendo.

La alegría de ayudar a otros

No hace mucho tiempo, realizamos un viaje muy hermoso a Fresnillo Zacatecas, ahí a través de Juntas de Información al público, logramos que varias mujeres se acercaran a los grupos. Esto es importante, si se toma en cuenta que en provincia, el problema de marginación a la mujer alcohólica, es peor que en el Distrito Federal. En esos lugares es importante hacer saber al público, que el alcoholismo no es un problema moral sino de salud, y que hoy existe un lugar donde también las mujeres podemos recuperarnos, absolutamente gratis.

Algunos grupos de Alcohólicos Anónimos han abierto un horario especial para Juntas de Mujeres, en ellas he aprendido a querer y respetar profundamente a mis compañeras; sé que juntas lograremos trabajar mejor y más intensamente por nuestra superación, porque la “magia” de la recuperación de los alcohólicos reside, en que la mejor forma de sobreponernos a nuestros problemas es ayudándonos mutuamente. 



Una tranquilidad tramposa

Empecé a tener agudos ataques de ansiedad a los veintiún años. Consulté a un psiquiatra. Me recetó Valium, tras alegar que estaba yo “en los límites del pánico”. Me aseguró que dicho medicamento era completamente inofensivo, tan potente y poco peligroso como una aspirina. Me mantuvo la misma dosis —cuatro pastillas al día— durante siete años.

Para mí, tomar un Valium era como ir al taller de reparación. Alrededor de quince minutos después de haber tomado una pastilla empezaba a sentirme tranquila, aliviada y segura, a no tenerle miedo a nada. Pero antes de dos horas, el efecto terminaba. Entre cada dosis me sentía inquieta, nerviosa, con la cabeza tensa. El pánico me invadía.

Durante mucho tiempo no me percaté de que algo andaba mal. La idea de la adicción ni siquiera cruzó por mi mente. Nunca imaginé que mi mala memoria tuviera algo que ver con el Valium. Al llegar al séptimo año, me encontraba siempre bostezando, tropezándome con las cosas y olvidándome a media frase de lo que estaba diciendo. La situación llegó a tal punto, que cruzar una calle se volvió algo terrible para mí.

La insistencia de dos amigas fue lo que me llevó al centro de rehabilitación. Sus advertencias constantes de que tomar tanto Valium era grave, me hicieron aceptar ponerme a prueba.

Dejé de tomar mis pastillas y dos días después empecé a sentirme extraña. Fue entonces cuando comenzaron los verdaderos síntomas.

Mi sistema nervioso se trastornó. Me sentía como si toda yo fuera un nervio expuesto. Mis sentidos se tornaron de una precisión dolorosa y anormal. Mis músculos se contraían frenéticamente, mi cuerpo se volvió loco,

mi mente pasó por diversos grados de paranoia, terror, lagunas mentales —hasta el punto de no ser capaz de pensar más.

Mi estómago “explotó” fuera de toda proporción, y sufrí de una terrible diarrea. La cabeza me pesaba cientos de toneladas. Me tenía que mover muy lentamente porque de lo contrario me dolía muchísimo y el piso, el techo, las paredes y yo misma girábamos de una manera absolutamente salvaje.

Choques eléctricos me recorrían el cuerpo. Tenía espasmos musculares totalmente involuntarios y temblaba como si acabara de dejar de una manera drástica el alcohol. Después vinieron las alucinaciones. La planta que estaba en mi cuarto tomó la apariencia de mi madre. Adonde volteara veía rostros. Empecé a ver a algunas personas como si fueran bebés —esto fue especialmente aterrador. Veía caras en una sola dimensión, como si sus ojos estuvieran hechos de cartón, a punto de desprenderse con cualquier movimiento brusco.

El psiquiatra que me recetó el Valium aseguró que dejaría de tomarlo hasta que estuviera preparada para ello. ¡Qué aseveración tan peligrosa e irresponsable! Una persona adicta al Valium nunca estará “preparada” para dejarlo. Cuando los sentimientos de un ser humano son reprimidos e ignorados a través de sedantes, nunca llegan a procesarse y, por lo tanto, no se está preparado para nada.

Una vez que dejé el centro de rehabilitación, me dirigí al hospital local donde fui revisada por un interno (un hombre como de treinta años), quien, después de escuchar mi historia, afirmó que eso de dejar el Valium era una tontería, y procedió a escribir una receta para suministrarme ¡Valium! le arrojé el papel a la cara y salí del hospital. Sin embargo, considero que éste es el tipo de situaciones que pueden volver loca a una persona.

Durante los siete años que tomé Valium no maduré emocionalmente. Pude ocuparme tan solo de ciertas manifestaciones de mis problemas verdaderos y terminé con otros más complejos e irreconocibles. Mis miedos aumentaron y llegué a sentirme atrapada. Ahora, he comprendido que es imposible esconderse de una misma sin que esto nos provoque un mal. 

*Linda Raugh Peeregal acostumbraba tomar Valium cada vez que sentía ansiedad. Siete años más tarde se había convertido en una adicta. En este relato, publicado primero en la revista canadiense *Healthsharing*, narra cómo logró romper ese hábito. Tomado de *Women's World-Isis WICCE*, a Dossier on Women and Health, No. 6, June 1985. Ginebra, Suiza, p. 16.



Contigo Pan, Cebollas

¿Y también golpes?

A manera de introducción

Una de las preguntas —o más que eso: indignada exclamación que más surge ante el fenómeno de la mujer golpeada es ¿Por qué lo aguantan? Para responder, el folclor popular ha aportado una gran variedad de mitos, el favorito de entre ellos es que a la mujer golpeada le gusta que la golpeen. “Si no les pegan, no sienten que las quieren...” reza la creencia más arraigada en México. La realidad no es ésa.

Para comenzar a comprender el fenómeno de la mujer golpeada, es preciso hablar de lo que yo llamo el “Triángulo Vicioso”. Este triángulo equilátero se apoya sobre la ideología reinante según la cual la mujer es un ser masoquista, pasivo, un ser incapaz de valerse por sí mismo, mucho menos de responder a una agresión o impedirla. Para muchas mujeres golpeadas, la ideología se ilustra mejor con el ejemplo en vivo y a todo color de sus madres, hermanas, amigas y vecinas golpeadas. La mujer acaba por creer que el golpe es una parte de la vida conyugal, lo cual no quiere decir que lo acepte o que le guste —como se pretende— quiere decir que se resigna. El otro lado del triángulo es la economía: la mujer crece pensando —porque así conviene inculcárselo— que ella no es capaz de ganar el sustento de ella misma, menos aún de la familia. En la práctica, más hogares, proletarios de áreas urbanas tienen una mujer como sostén de la familia que los que tienen hombres, pero las cifras de las estadísticas tardarán mucho en borrar un mito tan querido por la sociedad.

El tercer lado del triángulo está formado por el miedo. Hay estudios muy serios que demuestran que una persona que vive en el terror va sufriendo cambios incluso del metabolismo: la secreción de adrenalina que produce el miedo, cuando está presente a menudo en el organismo va actuando como un elemento que borra y aletarga los reflejos, incluso la voluntad. Pavlov demostró que los animales sometidos a una dosis diaria de adrenalina perdían incluso reflejos tan primarios como la contracción de la pupila ante la luz. La mujer golpeada vive en un mundo de perfiles desdibujados, de inseguridad, de desconfianza. El miedo al golpe está presente a cada instante de su vida y sus reacciones distan mucho de ser normales. El golpeador suele hacerlo irracionalmente de manera que la mujer golpeada ni siquiera puede adivinar por qué la golpean o cuándo. La

mayoría de los casos se deben a que el hombre llega borracho, pero no todos. En muchas instancias la mujer golpeada es la más sumisa. Como decía el Dr. Martínez Rojas, director hace años de hospitales de emergencia del D.F. las más golpeadas son las “que menos dan lugar”. Atrapadas en el triángulo vicioso, culpables de dejar a sus hijos sin sustento (“Me pega, pero nos da de comer” me decía una mujer golpeada con la que trabajé algún tiempo) insegura de sí misma, enferma de miedo, la mujer se queda con el golpeador... A veces hasta que la muerte los separa, ya que muchas acaban por morir en una de las golpizas.

“Si una mujer soporta malos tratos o cualquier tipo de violencia dentro del hogar, tendemos a tomarlo como parte de la vida conyugal. Es tan frecuente que el marido le pegue a la mujer que se llega a pensar que sufrir golpes es consustancial a nuestra condición. Esta violencia cotidiana a la que hemos sido sometidas las mujeres es, sin embargo, la principal arma del patriarcado para mantenernos en la actual situación de marginación y opresión. Porque la violencia cotidiana que aparece minimizada y hasta invisibilizada en nuestra sociedad tiene una serie de consecuencias nefastas para nuestra identidad como seres humanos, que permiten nuestra desvalorización”. (Anilú Elías)

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Cuando somos maltratadas o agredidas por nuestros maridos, padres y a veces desconocidos, sufrimos una serie de consecuencias psicológicas.

Según estudios realizados por Carolyn Byerly y presentados como ponencia en el Seminario Sobre la Mujer Agredida, en San Juan de Puerto Rico, en octubre de 1982, las mujeres que soportan la violencia doméstica, sufren diversos trastornos. Experimentan por ejemplo un intenso sentimiento de incomunicación, culpa, baja autoestima, humillación, vergüenza, timidez, depresión, furia o miedos prolongados.

Además de los efectos físicos evidentes, la agresión constante en el plano doméstico, cambia el comportamiento de la mujer. Puede sentir confusión, incapacidad de concentración, cambiar su forma de vida, sus hábitos de sueño o sus hábitos alimentarios.

*Tomado de la revista VIVA No. 2, del Centro Flora Tristán, Lima, Perú.

centración, cambiar su forma de vida, sus hábitos de sueño o sus hábitos alimentarios.

Por otro lado, se producen también, lógicamente, trastornos sexuales. Una mujer que es o ha sido maltratada por el marido, puede sentir miedo a la intimidad, incapacidad de tener respuestas sexuales, falta de interés en las relaciones sexuales y sentirse frecuentemente sucia o humillada al tenerlas y recordar el abuso sexual del que fue objeto durante ellas.

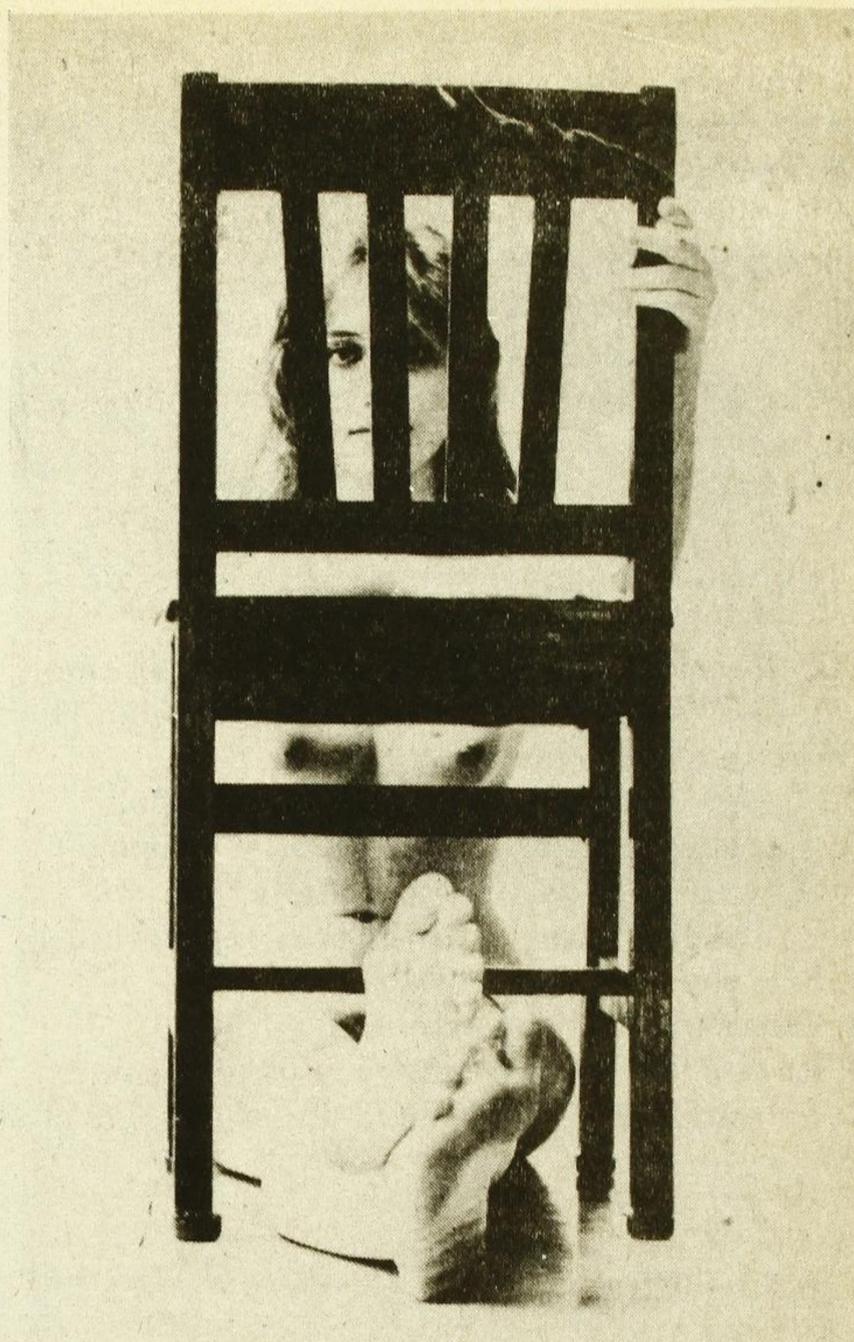
ESCALAS DE ABUSOS DEL HOMBRE A LA MUJER

Muchas veces no somos conscientes de la agresión implícita en nuestras relaciones de pareja. Las siguientes son tres escalas que tipifican diferentes estilos de abusos que sufrimos comúnmente las mujeres. Si crees haber vivido momentos de violencia cotidiana, en estas escalas, encontrarás las diferentes etapas en el proceso de violencia, que se inician —a veces— con una simple burla y pueden concluir hasta con la muerte.

ESCALA No. 1 ABUSOS EMOCIONALES Y PSICOLÓGICOS

(Del hombre hacia su esposa o compañera)

1. Se burla de la mujer.
2. La insulta.
3. Niega el mundo afectivo de ella.
4. Jamás aprueba las realizaciones de la mujer.
5. Le grita.
6. La insulta repentinamente (en privado).
7. La culpabiliza de todos los problemas de la familia.
8. La llama "loca", "puta", "bruta", "estúpida", etc.
9. La amenaza con la violencia.
10. La critica como madre, amante y trabajadora.
11. Exige toda la atención de la mujer, compite celosamente con los hijos.
12. La critica repetidamente (en público).
13. Le cuenta sus aventuras con otras mujeres.
14. La amenaza con maltratos a los hijos.
15. Dice que se quedará con la mujer solamente porque ella no puede vivir sin él.
16. Establece un ambiente de miedo.
17. La acusa de ser loca; ella se siente loca.
18. La mujer se queda desesperada, sufre depresión y otros síntomas de enfermedades mentales.
19. Le hace el diagnóstico: "loca".
20. La empuja al suicidio.



Fotografía: Lourdes Laborde.

ESCALA No. 2 ABUSOS FÍSICOS

(Del hombre hacia su esposa o compañera)

1. Le niega placer.
2. La pellizca.
3. La empuja, inmoviliza.
4. La zarandea, le da tirones.
5. La abofetea, le jala el pelo.
6. La aprieta, dejándole marcas.
7. Le da puñetazos, la pateo.
8. La aprieta del cuello, le arroja objetos.
9. Repetición de cualquier hecho anterior.
10. La golpea en partes específicas del cuerpo.
11. Transforma objetos de la casa en armas de agresión.
12. La voltea.
13. La inmoviliza y golpea.
14. La hace abortar.
15. La deja "como para el hospital".
16. Le produce cortadas que necesitan ser cosidas.
17. Le produce fracturas o heridas internas.
18. La agrede con armas (pistolas, cuchillos, veneno, etc.).
19. La deja desfigurada o lisiada.
20. Homicidio.

ESCALA No. 3 ABUSO SEXUAL

(Del hombre hacia su esposa o compañera)

1. Asedia sexualmente a la mujer en momentos inoportunos.
2. Se burla de la sexualidad de la mujer.
3. La acusa de infidelidad.
4. Ignora o niega los sentimientos sexuales de la mujer.
5. Critica su cuerpo y su manera de hacer el amor.
6. La toca de una manera no grata para ella; la obliga a mirar o tocar lo que ella no desea.
7. Le retira todo momento de amor y cariño.
8. La llama alternadamente "puta" y "frígida".
9. Demanda sexo constantemente.
10. La obliga a desnudarse (a veces ante los hijos).
11. Sale con otras mujeres.
12. Demanda sexo con amenazas.
13. La obliga a hacer el amor con otros hombres.
14. Le complace el dolor de la mujer durante el acto sexual.

15. Demanda sexo después de haberla golpeado.
16. Usa objetos o armas sexualmente con el propósito de producir dolor a la mujer.
17. Homicidio.

SOBRE EL ABUSO SEXUAL

Una de cada tres mujeres adultas se ve forzada a cometer un acto sexual contra su voluntad.

Una de cada cuatro niñas es víctima de abuso sexual antes de cumplir dieciséis años de edad.

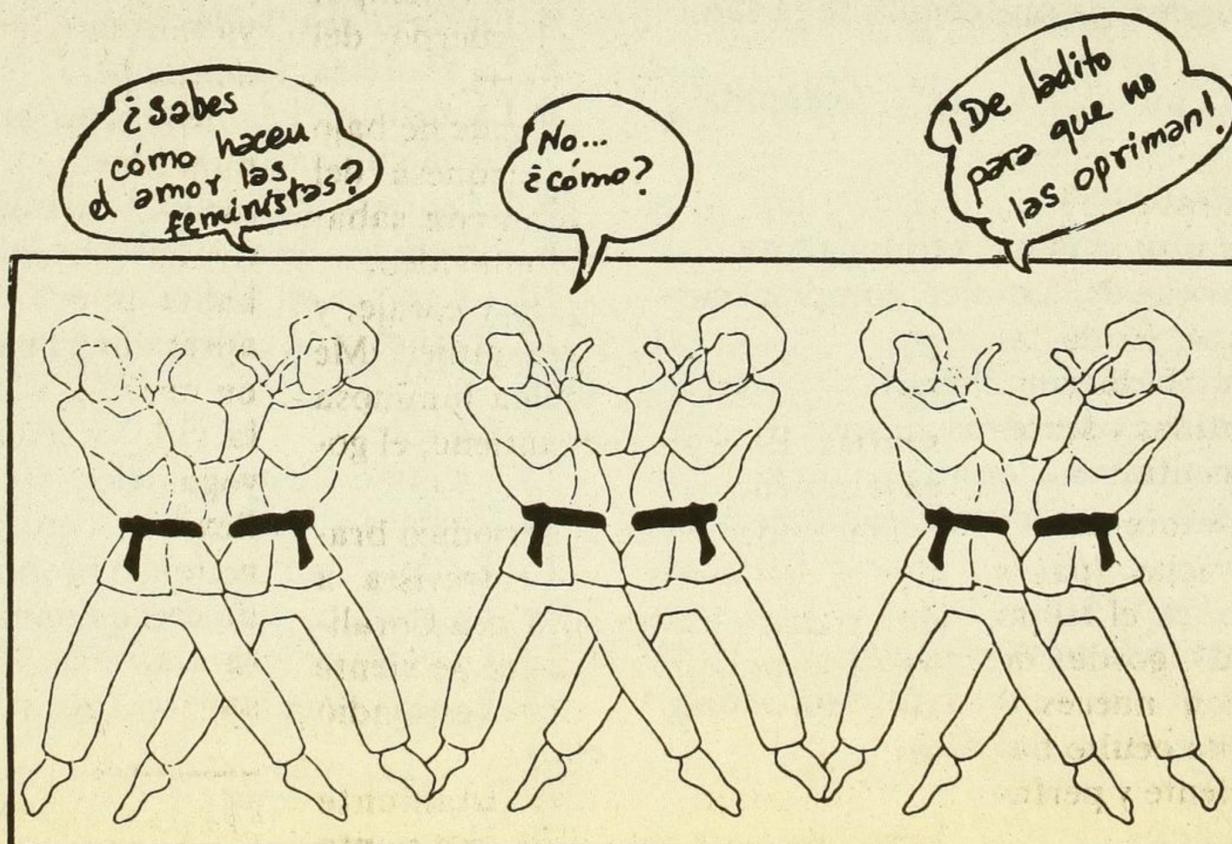
SOBRE LA VIOLENCIA SEXUAL DENTRO DEL MATRIMONIO

En uno de cada dos matrimonios o relaciones estables se experimentó violencia física en algún momento.

Una de cada siete mujeres casadas se ve forzada a realizar actos sexuales contra su voluntad.

Una tercera parte de las mujeres que llegan a los servicios de emergencia de los hospitales son víctimas de la violencia de sus maridos o compañeros.

Peris



Viejas damas dignas

Hace un tiempo, una amiga comentó que estaba percibiendo los signos de la vejez, y se tocó triste la parte superior de los brazos y los senos. Sofía tiene 37 años. Yo tengo 31, y confieso que hasta hace poco tiempo, ver el cuerpo desnudo de una mujer mayor, después de varios hijos, de algunas cesáreas, histerec-tomía u otras operaciones, me producía cierta desazón aderezada de algo de culpa. Púdicamente miraba hacia otro lado.

Hasta que me pasaron varias cosas.

Primero, me tocó pasar una primavera en Grecia. Allí por primera vez fui a playas nudistas, y en un momento cuando no se amontonan los turistas chic o adinerados, sino una poca gente tranquila.

Fue una experiencia importante. Primero aprendí a estar cómoda desnuda. Después aprendí a estar cómoda con los demás desnudos. Y desnudas. En la isla de Ios tuve la primera noción de que los cuerpos de la gente son como los árboles: cada uno tiene su belleza, los jóvenes y los viejos, los flexibles y los nudosos. Lo importante es la tranquilidad con que uno lo habite. Y en esas playas pedregosas estaban todos tranquilos.

La segunda experiencia ocurrió en el *hamam*, el baño árabe de Fez, Marruecos. Para los musulmanes, el baño es un rito refinado. No conozco el de los hombres. El de las mujeres es Ingres y Delacroix: aceites y perfumes; miradas y secretos; cuchicheos; té de menta.

Arabes jóvenes, morenas y cimbreadas. Arabes viejas (pasar de la treintena suele ser en el Islam el límite de la juventud), gordas de dulces almibarados con nueces y dátiles, el pubis depilado oculto bajo rollos de grasa reluciente y perfumada.

Todas tranquilas. Cincuenta mujeres cómodas, a gusto, sin tensiones, sin fingir. Curvas expandidas sin recelo, blanduras aflojadas en relax, voces bajas, sensaciones placenteras de masajes y cremas y vapor. Y todas eran bonitas. Segundo descubrimiento: cuando las mujeres están a gusto en sus cuerpos —y eso a veces sólo ocurre entre otras mujeres o solas— son todas graciosas.

Al poco tiempo, Iris, mi vecina, mencionó que una amiga suya, viuda hace seis años, se enamoró y se volvió a casar. Ambos rondaban los 60. Intercambiando una taza de azúcar, Iris comentó que habían apurado el casamiento porque, siendo católicos, querían tener la bendición antes de las relaciones sexuales. Y parece que tenían ganas.

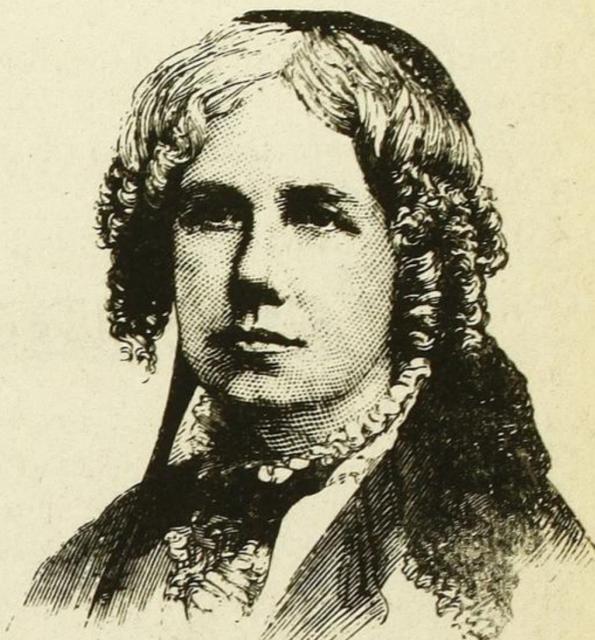
Para mí fue una sorpresa. ¿El deseo sexual existe hacia los 60 años? ¿Y puede ser tan fuerte que ponga en peligro la continencia? Iris dijo que sí. Que ni la menopausia ni la cincuentena afectan el deseo. Que su amiga y su marido se deseaban con intensidad. y que ni a la mujer le da vergüenza mostrar su cuerpo cargando las cicatrices del tiempo, ni le da asco ver el cuerpo del hombre cargando las suyas.

Como en Grecia, sólo que no bajo el sol y en el agua turquesa del Egeo, sino en una cama con sábanas, en un barrio de Montevideo.

Me armé de inocencia y coraje, y fui a preguntarle a esa mujer. Me respondió con una ancha luminosa sonrisa. El deseo se mantiene, el goce también.

Hace poco leí en el periódico brasileño *Mulherio* una entrevista a una poetisa brasileña, Cora Coralina. A la pregunta "¿usted se siente libre hoy en día?", Cora respondió así:

"Ooooooh... absolutamente libre. No me siento libre, me siento



liberada. No hay nada que valga para mí lo que mi liberación. Liberación del sentimentalismo, de la necesidad de vivir cerca de los hijos, liberación del miedo de vivir sola, liberación de tener cualquier cosa, liberación del miedo de caerme, liberación del asalto con mi puerta abierta, liberación de mi casa, donde duermo con la ventana abierta hacia el lado del río. No hay nada que valga para mí como la liberación del miedo. El miedo es la mayor esclavitud de la persona. Y hoy yo no tengo miedo y tengo 94 años de edad".

Mi vecina enviudó a los 45 años y nunca se quiso volver a casar. Desarrolló una personalidad y una actividad propias, como antes no había tenido, se labró otra vida, aprendió a manejar el auto, terminó un profesorado en idiomas, se gana la vida enseñando, toma clases de yoga. Con 60 años está delgada y flexible, pero no es por eso que ya no tengo problema en mirarla cuando coincidimos en el muelle de Punta Carretas. La que he cambiado soy yo. 

* Periodista y feminista uruguaya. Texto tomado de FEMPRESS-ILET.

Escenario



Ya no sientes la música, ya no sabes cómo moverte. La oyes pero descompuesta en una infinidad de sonidos independientes que no te permiten seguir un ritmo.

Sabes que sigues ahí, pero no sólo ahí. Estás al mismo tiempo en un plano del espacio del que surge multitud de interrogantes. Transitan por tu mente escenas de tu vida que aparentemente no tienen relación entre sí. Como si te estuvieran proyectando transparencias, una detrás de la otra.

No sabes si preferir irte por completo o seguir estando. Notas que estás porque los demás te miran por momentos. ¿Se están burlando de tí? Da la impresión de que todo

está planeado para que tú en ese instante no sepas lo que pasa exactamente —ni para qué pasa— y creas que todos viven a tu alrededor en un intento por perjudicarte, porque sólo estás tú, sola. No encuentras a nadie igual y te sientes tan diferente... Te tocas y no eres tú, sino algo en tu lugar que podría ser tú multiplicada mil veces. Se te ocurre una forma simple de aclarar las cosas pero no hay espejos.

Pierdes toda noción de tiempo y espacio. Ahora te concentras para irte pero te das cuenta de que cualquier contacto externo te haría volver bruscamente, matándote de esa manera. Tal vez esa sería una situación mejor pero existe la posibi-

lidad de que no; preferible no arriesgarte y regresas por tu propia iniciativa.

No sólo ha aumentado tu sensibilidad sino que han aparecido nuevos sentidos. Necesitas tiempo para aprender a usarlos pero tú no quieres tiempo futuro; prefieres y optas por todos esos recuerdos. De cualquier forma, te intriga creer que todo va a quedar así para siempre, que dejarás también en el recuerdo tu estado de ánimo de unas horas atrás y sabes desde ahorita que es imposible que todo sea como entonces algún día. Parece que todo ha cambiado radicalmente. Mejor duerme, para escapar un rato de esa realidad terrible. *pm*

Medicina natural

Una alternativa a la mano

Para vivir en un pueblito, después de haber nacido y crecido en una gran ciudad, hay que reaprender muchas cosas; y en verdad se necesita un gran esfuerzo para poder sentir el cuerpo en el contacto directo con los elementos de la naturaleza. Yo tuve que hacerlo. Lejos del Seguro Social y de los doctores en general, aprendí medicina natural.

Era tan raro pensar de diferente manera a como te enseñan las reglas de la medicina alópata, que me parecía entrar en un mundo de locos. Sin embargo, me obligué a practicar los principios del uso de los elementos naturales a favor de la salud, y pronto comencé a gozar de los resultados.

Entusiasmada con este descubrimiento quise entregar aquí un resumen de lo que para mí ha sido de mayor utilidad.

Conceptos básicos

La primera regla de la medicina natural es que la restauración de la salud del organismo es integral, y que debe practicarse desde la piel, y no hacia el interior como lo dice la medicina alópata.

El cuerpo vive congestionado por un sinnúmero de productos alimenticios que consumimos diariamente; éstos afiebran los intestinos y hacen deficiente su funcionamiento. Los alimentos entonces se descomponen, produciendo sangre malsana que afecta directamente a los órganos más débiles y a toda la marcha natural del organismo.

La doctrina térmica nos enseña que la vida civilizada lleva así a un desequilibrio de temperaturas, ocasionando desarreglos de todo tipo, y nos propone que para mantener o restablecer la salud practiquemos distintas técnicas encaminadas a encontrar el equilibrio térmico: aplicaciones de agua fría y de lodo, baños y dietas refrescantes de frutas y ensaladas crudas.

La doctrina térmica

1.—Salud es normalidad funcional del organismo en los procesos de nutrición y eliminación que simultáneamente se realizan por aparato digestivo, pulmones y piel.

2.—Toda dolencia es manifestación de desarreglo funcional. De aquí que, cualquiera que sea su nombre, la enfermedad es de esta naturaleza y no se "cura" sino que desaparecerá al encontrar su normalidad funcional. La patología es simple clasificación convencional de síntomas: no hay enfermedades sino enfermos.

3.—Fiebre o calentura, y no microbio, es el enemigo que hay que combatir. Salvo accidente, sólo se muere de fiebre, entendiendo ésta como un fenómeno de naturaleza congestiva e inflamatoria.

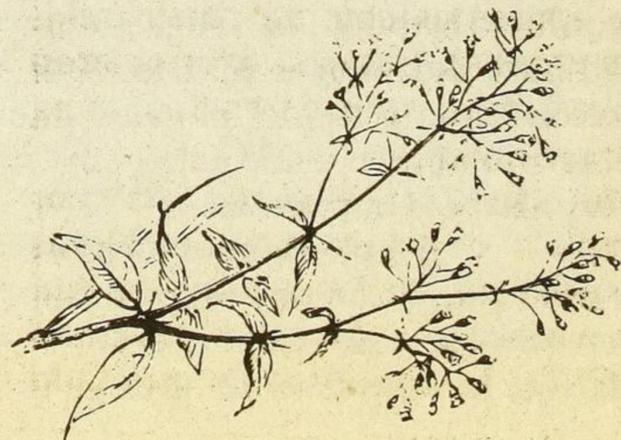
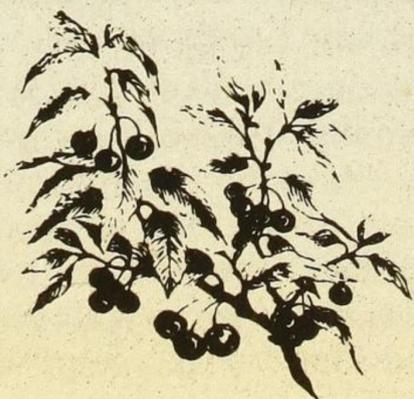
4.—Hay tres clases de fiebre:

- la interna, que suele constatarse por el pulso y se revela siempre en el iris de los ojos del enfermo,
- la externa, que denuncia el termómetro.
- y la local, correspondiente a la zona adolorida o afectada.

5.— La fiebre externa la que sale a la superficie del cuerpo es "curativa", porque favorece la eliminación de impurezas por la piel. Basta controlarla con adecuadas aplicaciones de agua fría o lodo, no ayuda tratar de eliminar con medicamentos.

La fiebre local debe combatirse porque altera los procesos de nutrición y eliminación de los tejidos afectados. La fiebre gastrointestinal altera los procesos de la digestión, el cual para ser sano requiere 37 grados centígrados de temperatura. Si el calor es mayor, se provoca una descomposición que termina afectando muchas otras funciones, como las de los pulmones y las del corazón.

Por último, la fiebre interna congestiona las entrañas produciendo deficiente circulación sanguínea, creando



una intoxicación progresiva que altera la salud general.

6.—El arte de restablecer la salud debe dirigirse a refrescar el interior del vientre —o de otras zonas— y al afiebramiento de la piel, así se logra el equilibrio térmico. El agente que realiza la curación es la propia fuerza vital que posee el enfermo.

7.—El sistema nervioso es el motor de la vida, y éste es también nutrido por la sangre. Cuando la sangre es malsana, por las razones ya explicadas, el sistema nervioso se ve debilitado. El aire impuro, las putrefacciones intestinales (por deficiente eliminación de piel, riñones e intestinos), las drogas y las intervenciones quirúrgicas, deprimen la actividad nerviosa y, por tanto, la fuerza vital de la persona.

Los elementos naturales

Aire.—Es necesario exponer al aire libre el mayor porcentaje de piel, evitando ropas pegadas al cuerpo, y tratando de que éstas sean de fibras naturales.

Cuando sea posible, es muy benéfico, recibir desnuda (o) el aire de la mañana, abrigando luego el cuerpo para provocar una reacción térmica que ayuda a eliminar el calor interno.

Sol.—El baño de sol puede ser muy benéfico siempre y cuando se realice adecuadamente. Para que sea purificador debe tomarse entre 11 y 1 de la tarde, con la cabeza a la sombra y el cuerpo desnudo cubierto con una sábada blanca. La exposición al sol de esta manera anima a la transpiración sin que la piel se vea lastimada. El baño debe durar de 20 a 60 minutos, y ser combinado con frotación de agua fría a todo el cuerpo, cada 5 minutos, o con un duchazo de agua fría, al final.

Tierra.—Debido a sus propiedades, la tierra es un elemento purificador, desinflamante, calmante, vitalizador y cicatrizante. La cataplasma de lodo aplicada durante la noche elimina la fiebre interna, acabando con muchas dolencias diversas.

La cataplasma de lodo se prepara con tierra natural de cualquier región, incluso puede ser la que se pisa cuidando que esté libre de basuras. Se pasa por un cedrón y se mezcla con agua fría. El lodo, con un espesor de 4 a 5 mm. se extiende sobre un lienzo y se aplica directamente a la piel, fajando después con tela gruesa.

Es importante que al quitar el cataplasma no se permita un enfriamiento, lo mejor es hacerlo debajo de una frazada.

Agua.—Como agente externo, el agua fría es estimulante de la fuerza vital, porque colocando al organismo en conflicto térmico, lo obliga a desarrollar mayor actividad para defenderse del frío. Este esfuerzo, llamado reacción atrae a la piel al calor interior, despertando una actividad que tiende a descongestionar las entrañas y a expulsar las impurezas.

Aplicaciones de agua fría

Frotación.—Con una toalla o trapo mojado, y doblado en ocho, se pasa por el cuerpo, tratando de cambiar, cada vez, la superficie de tela que está en contacto con

la piel. Se empieza por la frente, yendo hacia abajo hasta la punta del pie derecho. Luego, se repite lo mismo, pero friccionando el lado izquierdo del cuerpo. En seguida, se pasa el trapo húmedo por el centro del cuerpo, de la frente a los genitales.

Después, los costados: una pasada desde el cuello, pasando por ambos lados del brazo derecho, hasta el pie; otra, del mismo modo, por el costado izquierdo.

Finalmente, se frota la espalda, con el mismo esquema utilizado en el frente. Siempre cambiando alguna hoja de la tela, mojándola nuevamente y escurriendo el exceso de agua.

Compresa abdominal.—Se humedece en agua fría un lienzo y se aplica abarcando todo el vientre, desde el pecho a las ingles, los costados y la parte dorsal correspondiente. Debe quedar luego muy abrigado por otra tela seca.

Su objetivo es refrescar y descongestionar el aparato digestivo. Así que conviene dormir diariamente con ella. Como en los casos de compresas de lodo, es importante retirar el lienzo húmedo debajo de las frazadas, procurando evitar la entrada de aire frío durante unos veinte minutos.

Paquetes.—Su uso y objetivo son los mismos que en las compresas, sólo que éstos abarcan mayor extensión del cuerpo. En los tres tipos de paquetes hay una doble envoltura, el lienzo húmedo pegado a la piel y encima el paño seco ajustado.

Paquete medio.—Envoltura que cubre desde las axilas hasta las rodillas.

Paquete de piernas.—Abarca desde la cintura hasta la planta de los pies.

Paquete de rodillas.—Comprende desde arriba de las rodillas hasta la planta de los pies.

En caso de enfermedad

Si una persona se siente mal, sin importar el diagnóstico, ante todo necesita desocupar sus intestinos y calentar su piel, incluyendo las extremidades.

Si no ha habido eliminación intestinal en un día, puede necesitarse una lavativa.

Si el cuerpo busca reposo, hay que dárselo.

Con los pies calientes, se procede a dar una frotación de agua fría a todo el cuerpo, desde el cuello hasta los pies; una cada hora, cuidando de abrigar inmediatamente después. En la medida en que haya mejoría las frotaciones irán siendo menos frecuentes. Para los niños, bastan de 4 a 6 al día.

Si la fiebre es muy alta, la frotación irá seguida por compresa en el vientre. Y si esto no es suficiente para restablecer la normalidad, se utilizan entonces los paquetes, de preferencia el medio, aplicándolo de 10 a 11 de la mañana. Sin dejar las frotaciones por la tarde.

Por supuesto, el efecto de la normalización funcional es más positivo cuando se alimenta al enfermo con frutos, ensaladas, semillas; evitando alimentos artificiales y cocinados, difíciles de digerir, y por tanto afiebrantes.

La parte no tan decorosa de Los Motivos de Luz

Listo, el filme de Cazals sobre Elvira Luz Cruz .

Con este encabezado aparece en el diario La Jornada del día 15 de julio del presente año, la nota periodística que con toda claridad vincula el personaje cinematográfico de Luz con la persona real de Elvira Luz Cruz. Los Motivos de Luz, película basada en el guión de Xavier Robles, producida por Hugo Scherer y bajo la dirección de Felipe Cazals es una mezcla de ficción con realidad, de ahí el problema que sus realizadores se han buscado. Por una parte, todos ellos, a través de sus declaraciones han admitido que, en efecto, la cinta no habría existido de no existir Elvira Luz Cruz y que, desde luego no se puede ocultar que el tema parte y recrea el drama vivido en el mes de agosto de 1982 por esta humilde mujer. Por otra parte, los elementos de ficción introducidos en el filme, tales y como la existencia de conductas "raras" o poco comprensibles para la mayor parte de la gente, los delirios, las alucinaciones, hacen aparecer al personaje, como nos han dicho algunas colonas al verla, como trastornada mental: "con razón mató a sus hijos ¡estaba loca!". Desde el punto de vista feminista y político resulta incorrecto sugerir que hay que estar loca para comportarse violentamente con los hijos. Sabemos perfectamente bien que una gran cantidad de veces la violencia de la madre para con sus hijos las hace sentir terriblemente mal ya que ellas no quisieran actuar así; son las condiciones terriblemente opresivas bajo las que viven las que las llevan a actuar de esa manera, se desesperan, gritan, pierden la paciencia y llegan a los golpes con mucha mayor facilidad de lo que ellas quisieran; las terribles carencias económicas en que viven

las mujeres de sectores marginales, el desentendimiento del compañero para ayudar con las tareas relativas al crecimiento y educación de los hijos y su falta de apoyo emocional en general, la muy escasa o casi nula participación del estado para crear una infraestructura que permitiera a las madres ganarse la vida con tranquilidad mientras tienen que trabajar fuera de la casa, y en fin, todo este cúmulo de situaciones bien conocidas que suelen llevar a infinidad de mujeres a vivir la maternidad como una carga que tienen que enfrentar solas, desesperadas, acorraladas por responsabilidades inimaginables.

Pero lo cierto es que los realizadores de Los Motivos de Luz no se decidieron en el sentido de hacer una obra documental que comunicara la estricta realidad de los hechos, ni optaron por plantear el problema dentro del marco de una total ficción. Y así tenemos que: habiendo habido desde el mes de julio del presente año toda una serie de entrevistas del guionista, de los actores del elenco y del propio director, apuntalando la idea de que Los Motivos de Luz, algo muy estrevho tenía que ver con el caso de la Sra. Luz Cruz, de tal manera que ahora la gente del público tendrá derecho a suponer que todo lo que ve en la pantalla es real y repito, plantear o sugerir siquiera que Luz mata a sus hijos porque está loca habrá necesariamente que llevar a conclusiones gravemente distorsionadas del hecho. Si como dice Xavier Robles, su intención era "hacer reflexionar a las mujeres de los sectores marginales acerca de si Luz mató o no a sus hijos y en qué condiciones puede o no haber sucedido", ¿nunca pensó que al retratar a Luz como una loca, haciendo con la lengua gestos dignos de El Exorcista, introducía una enorme distancia entre las mujeres del público y su personaje?. La locura introduce distancia

y también el derecho a decir: *a Luz la maltrataban, la golpeaban, la humillaban, eso también lo vivo yo... pero mató a sus hijos por estar loca y eso nada tiene que ver conmigo, yo nunca podría llegar a tales extremos porque yo no estoy loca.* No hay que olvidar que la película que ha dirigido Cazals basándose en el guión de Robles es ante todo un documento que habla de la sociedad en general, de las instancias de poder y de la condición femenina al interior de la miseria de América Latina. El que una madre pueda ser capaz de asesinar a sus propios hijos cuando, por otro lado, la premisa cultural dice: que lo único capaz de conferir *identidad humana* a las mujeres es la maternidad, entrafía un grado de contradicción tan brutal, que para abordarla hay que ir a las más profundas raíces de ese orden social que padecemos, que legitima la explotación del hombre por el hombre y de la mujer por el hombre. No cabe duda que realizar un guión que plasmara ésto requería, entre otras cosas de un buen nivel de conocimiento de la condición femenina, requería, para decirlo claramente de haber conceptualizado toda la película desde una perspectiva feminista. Lo otro, era meterme en camisa de once varas.

Elvira Luz Cruz lloró mucho cuando supo que se estaba rodando una película basada en ella. Los días en que los avances cinematográficos de la cinta empezaron a pasar por televisión, se negó a verlos rotundamente. Estaba irritable, suspicaz, hipersensible, no acertaba a expresar su inconformidad y su disgusto. Por fin envió una nota a su abogado defensor pidiéndole "que parara esa película, que ella no quería que todas las personas supieran de su caso y que no era justo que sacaran a sus niños en vida cuando ya no están...". Fue entonces cuando con fecha del 13 de enero de 1986, por conducto de sus

representantes legales solicitó con fundamento en los artículos 6o. y 7o. de la Constitución General de la República y artículos 69 fracción I, 70 fracciones I y III y 78 fracción II del Reglamento de la Ley de la Industria Cinematográfica, ante el Director General de Cinematografía, la suspensión y posterior cancelación de la autorización que había concedido para la exhibición de la película "Los Motivos de Luz". Trámite que felizmente ha logrado hasta este momento que el pasado lunes 16 de junio el titular de la Dirección General de Cinematografía, Fernando Macotela recibiera la notificación de suspensión provisional de la exhibición de "Los Motivos de Luz", que estaba programada para los días 17 y 18 de junio en la Sala José Revueltas de la UNAM, como parte del ciclo *Lo mejor del cine contemporáneo*. La orden fue girada por la Juez Quinto de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal. Posteriormente la juez habrá de resolver si el amparo procede y se suspende definitivamente, cancelándose por tanto la autorización para la exhibición de una película en que han podido fundamentarse legalmente 43 elementos coincidentes (paralelismos) con la vida de Elvira Luz Cruz. "Tenemos confianza —dice el Lic. Carlos Flores que dentro del despacho García Ramírez es uno de los representantes legales de Elvira— en la justicia federal, a la que hemos recurrido para que se ponga coto a las actividades de personas de pocos escrúpulos que, con fines de lucro, realizan y exhiben películas basadas en casos de la vida real e involucran en ellas a personas vivas *sin contar con su autorización* para recrear los hechos relatados. Esta sería la primera vez que se ponga un alto a la posibilidad de que productores, directores y guionistas cinematográficos *atropellen* la vida privada de las personas, porque siempre que se argumenta sobre la libertad de expresión se olvida que ésta se encuentra limitada por los derechos de un tercero, que en este caso es la señora Elvira Luz Cruz".

Elvira Luz Cruz permanece privada de libertad hace ya casi cuatro

años. Sus 33 años de historia personal sintetizan el oprobio y la humillación de jamás haber sido tomada en cuenta porque es pobre, morena y mujer. Robles y Cazals, con pretensiones de reivindicarla tampoco pensaron en escuchar su palabra y tenerla en cuenta. Por su parte Hugo Scherer, llamado a una reunión informal al Jurídico de Gobernación, admitió que la cinta está basada en la vida de Elvira y dijo "No se me ocurrió pedirle autorización a la señora Luz Cruz".

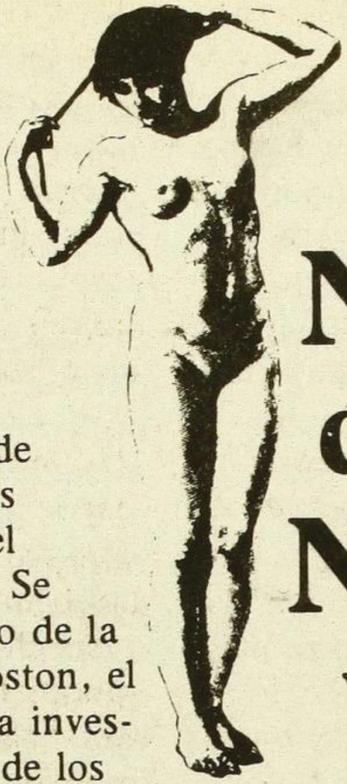
Por eso, desde la perspectiva feminista *Los Motivos de Luz* no puede ser valorada meramente desde un punto de vista formal, estético o de brillante actuación, jamás se ha pretendido impugnar la labor artística y creativa cinematográficamente hablando. Los recursos profesionales de Cazals como director y de Robles como guionista son una cosa y su falta de consideración, su misoginia y su falta de conciencia es otra. Lo que se impugna es el hecho de utilizar la vida de una persona para obtener innegables beneficios, dígame económicos o de cualquier otra índole. Es clarísimo que de no existir Elvira Luz Cruz tampoco existían los premios que la película ha obtenido en España, en Cuba, en Bogotá o en México en que la actriz Patricia Reyes Spíndola fue galardonada como la mejor actriz del año.

En el programa oficial de la 18a. Muestra Internacional de Cine llevada a cabo en nuestra capital a finales del año pasado y en la cual se estrenó oficialmente en México "Los Motivos de Luz", Felipe Cazals asienta en un pequeño apunte sobre la cinta: "Yo creo que si el cine no es ambiguo, no tiene sentido. En este caso específico, yo creo que el personaje de Elvira Luz Cruz (¿no debía decir, de Luz?) no es culpable, pero esto no quiere decir que sea inocente..."

Y aquí entra, a mi juicio otra de las grandes irresponsabilidades de la película. Es obvio que, al parecer, la ambigüedad tiene connotaciones muy diferentes ya sea que se le tome desde un punto de vista artístico o político. Una persona consciente políticamente jamás

pensaría en hacer una cinta en que se plantearan ambiguamente los acontecimientos del 68 en nuestro país. Al igual, exponer al espectador a conclusiones ambiguas o distorsionadas con respecto de todo lo que sucede en torno al hecho de que una madre asesine a sus hijos, me parece de una irresponsabilidad muy grande y desde luego con implicaciones ideológicas claras. Cazals lo que al parecer no se atrevió a decir claramente en su película es que el personaje con toda seguridad lo hizo, aunque tampoco ésto le hace culpable. Siento que el compromiso hacia el asunto del filicidio queda muy en entredicho con respecto tanto del director como del guionista. Porque no es lo mismo quedarse con la idea de que Luz es inocente porque efectivamente *no lo hizo*, es decir, jamás cometió los hechos que se le imputan; a quedarse con la idea de que ella *sí lo hizo* pero que en base a la responsabilidad social del marido, de la suegra y de todos nosotros se plantean, atenuantes tan fuertes que de todas formas, a pesar de hacerlo ella, fueron tantas las situaciones que la orillaron, que de cualquier manera lo haya hecho o no se le puede considerar inocente; lo cual también es diferente a quedarse con la idea de que *lo hizo porque está loca*.

Después de haber usado fragmentos de la vida y del proceso de Elvira Luz Cruz sin considerar siquiera que a lo mejor ella quería decir algo, que seguramente hubiera deseado decir mucho. Después de no pensar siquiera en lo importante, que en este caso específico era el comunicar clara y responsablemente, lo que estos señores han hecho es algo parecido a un último tiro de gracia. Espero que cuando Elvira se incorpore de nuevo a su medio, cosa que espero no tarde ya demasiado y se enfrente a comentarios como los que ya en la actualidad su propia familia está sufriendo, y tenga que cambiarse de nombre para conseguir un empleo, o bien verse impelida a irse lejos, muy lejos, sola otra vez, estos señores pueden resolverle la vida de la misma forma en que ahora se han expropiado, a cambio de una Concha de Plata. 



Nuestros cuerpos, Nuestras vidas

En mayo del 69 un grupo de mujeres comenzó uno de los trabajos más fascinantes del feminismo contemporáneo. Se trata del Colectivo del Libro de la Salud de las Mujeres de Boston, el cual continúa hasta la fecha investigando acerca del cuerpo, de los horrores a los que éste se ve sometido en nuestras sociedades, y de las alternativas que puede haber para que cada quien decida a partir de sí misma.

No puede hablarse de los adelantos feministas en materia de salud sin mencionar los esfuerzos de este grupo pionero. Su trabajo ha estimulado a muchas mujeres a emprender investigaciones, abrir grupos de salud o defenderse de las imposiciones de los gobiernos y de las empresas farmacéuticas trasnacionales.

Su historia comienza en una conferencia del Movimiento de Liberación de la Mujer que apenas despuntaba. Ahí se conformó un pequeño grupo de discusión sobre salud, que quiso intercambiar direcciones de médicos que ayudaran realmente a las mujeres y que sólo logró compartir anécdotas terribles de su experiencia como pacientes.

Al enfrentarse a esta realidad, se dieron también cuenta de que conocían muy poco del funcionamiento de sus cuerpos y que, sin embargo, en ese encuentro casual estaban aprendiendo, unas de las otras, más de lo que nunca habían sabido por otros medios. Le habían dado a un clavo fundamental.

El entusiasmo de este

descubrimiento las llevó a fundar un equipo de investigación sobre los temas que les resultaban más significativos: menstruación, embarazo, aborto, postparto, sexualidad y anticoncepción. Cada una se encargó de averiguar lo que se había escrito sobre alguno de los aspectos, para luego confrontar en grupo los datos de los libros con sus propias vivencias.

De este esfuerzo surgió el primer material escrito que sirvió como excelente guía de discusión, tanto al interior del grupo como en los talleres que ellas mismas u otras mujeres impartían.

“Mientras desarrollábamos el curso, nos dábamos cuenta de que realmente éramos capaces de recolectar, comprender y evaluar la información médica. Juntas revisábamos nuestras lecturas de libros y revistas, nuestras charlas con médicos o con amigos estudiantes de medicina.

Encontramos que podíamos discutir, cuestionar y argumentar con cada una, en un espíritu de cooperación y no de competencia. Estábamos igualmente impactadas de lo importante que nos era ser capaces de abrirnos y compartir nuestros sentimientos acerca de nuestros cuerpos. El proceso de hablar era tan crucial como los hechos mismos. Con el tiempo, los datos y los sentimientos se

mezclaron de modos que nos tocaron muy profundamente, y que se reflejan en los cambios de títulos del curso, y más tarde, del libro: de *Women and their bodies* (Las mujeres y sus cuerpos) a *Women and Our bodies* (Las mujeres y nuestros cuerpos), a finalmente *Our bodies, Ourselves* (nuestros cuerpos, nosotras mismas)”.

El material redactado por “el grupo de las doctoras”, como se conoció al Colectivo en un principio, tuvo un éxito arrollador. Las copias mimeografiadas no lograban cubrir la demanda, y la necesidad de publicar un libro se volvió evidente.

Una pequeña editorial no comercial apoyó la publicación, que en dos años alcanzaría una venta de 200,000 ejemplares.

“Era fascinante, y muy estimulante, para nosotras ver la constante demanda que tenía nuestro libro. Esto llevó a varias ediciones, de mayor tiraje cada una, y entre las cuales el tiempo debía acortarse. El creciente número de pedidos comenzó a violentar al equipo de New England Free Press”.

No fue fácil para el Colectivo decidir entrar en tratos con una casa editora comercial, pero finalmente se aceptó el reto de lanzarse en grande a sabiendas de que esto cambiaría sus vida personales y la organización interna de su grupo, pero que a la vez haría posible extender y multiplicar su trabajo.

Si hasta ese momento se habían organizado de manera informal, ahora era necesario estructurar el

trabajo bajo el criterio de la eficiencia. Pero para las integrantes del grupo el trabajo al exterior ha sido siempre tan importante como los lazos que las unen. Y mantener el equilibrio entre la eficacia y la amistad es muy complicado.

¿Cómo darle tiempo al pequeño grupo en el que se comparten las cuestiones más íntimas cuando hay tanta información que revisar, tantas cartas que responder, tantos textos que redactar y tantos otros quehaceres?

El Colectivo de Boston lo ha logrado —con algunos momentos lógicos de desequilibrio— en buena parte porque siempre se ha preocupado por no descuidar alguno de los dos ámbitos. Y quizá en esto radica su permanencia, durante 17 años, como grupo de apoyo a la vez que productivo.

En 1973 fue publicada la primera de varias ediciones comerciales, que habrían de alcanzar el *récord* de 2.5 millones de ejemplares. Al mismo tiempo el libro salía a la luz en otras doce lenguas. La edición en español de *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas* fue fundamental para muchas mujeres en nuestro país, como seguramente también lo fue para las japonesas, las portuguesas o las israelitas.

En la medida en la que el Colectivo desarrollaba su trabajo, surgían nuevas habilidades e intereses en sus integrantes: algunas deseaban seguir escribiendo, otras creían indispensable abrir un centro que ofreciera apoyo y asesoría a otros grupos que trabajaran sobre la salud, y otras más querían participar de un modo "más político".

Lo han hecho todo. Han abierto un local en el sótano de una iglesia que es uno de los centros de documentación, sobre asuntos relacionados con la salud, más completos que existen en la

actualidad, y al que cientos de personas y grupos acuden en busca de orientación.

También han logrado estar presentes en las decisiones sobre el uso de ciertas drogas y productos, y su palabra se escucha cada día más. Sin ser ninguna médica, se han convertido en especialistas, y están mejor informadas que la mayor parte de los profesionales de la salud, en todo lo que se refiere a la mujer. Son ellas las primeras en saber qué nuevo anticonceptivo ha salido al mercado o qué experimento se está realizando con los cuerpos femeninos.

Por supuesto, también han continuado escribiendo. Han revisado periódicamente los contenidos de su formidable manual, hasta llegar a la publicación de un verdadero tratado sobre nuestra salud: *The New Ourbodies, Ourselves* (El Nuevo Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas. Simon and Schuster Inc. 1984).

Este libro impresionante, de casi 650 cuartillas, fue coordinado por el Colectivo con la colaboración de 90 mujeres.

"En 1969 no había prácticamente información accesible sobre la salud de las mujeres, y cada hecho que aprendíamos era una revelación. Nuestra primera publicación de *Ourbodies Ourselves* ayudó a que en muchas mujeres se encendiera la chispa de la exploración de los asuntos de salud más importantes para ellas. Desde entonces, las mujeres de todas partes del país y el mundo han generado tal riqueza de información y recursos, que esta vez nosotras hemos acudido a su ayuda para rescribir el libro... La información médica y de salud cambia rápidamente; aparecen nuevos problemas y las realidades políticas y legales se transforman, cambiando el acceso de la gente a la información y al cuidado de su salud. También, y con igual

importancia, nuestra visión política va cambiando: mientras más aprendemos, menos creemos en que el sistema médico —tal y como está estructurado hoy— pueda o quiera modificarse para atender a nuestras necesidades. Así, en este libro, menos orientado médicamente que los anteriores, enfatizamos lo que las mujeres podemos hacer por nosotras mismas y unas por las otras".

El Colectivo ha publicado también un libro sobre la crianza y la relación con los hijos (*Ourselves and Our Children*), otro sobre la salud en el trabajo (*Our Jobs Our Health*), y una guía internacional de recursos para la salud (*International Women and Health Resource Guide*).

Actualmente, en colaboración con Amigas Latinas en Acción Prosalud, preparan una nueva versión de *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, en castellano, la cual no será una traducción del original (ya realizada ciertamente), sino un texto que cubra las necesidades de las mujeres latinas que viven en los Estados Unidos. Trabajan también en una publicación que hablará específicamente sobre las mujeres mayores.

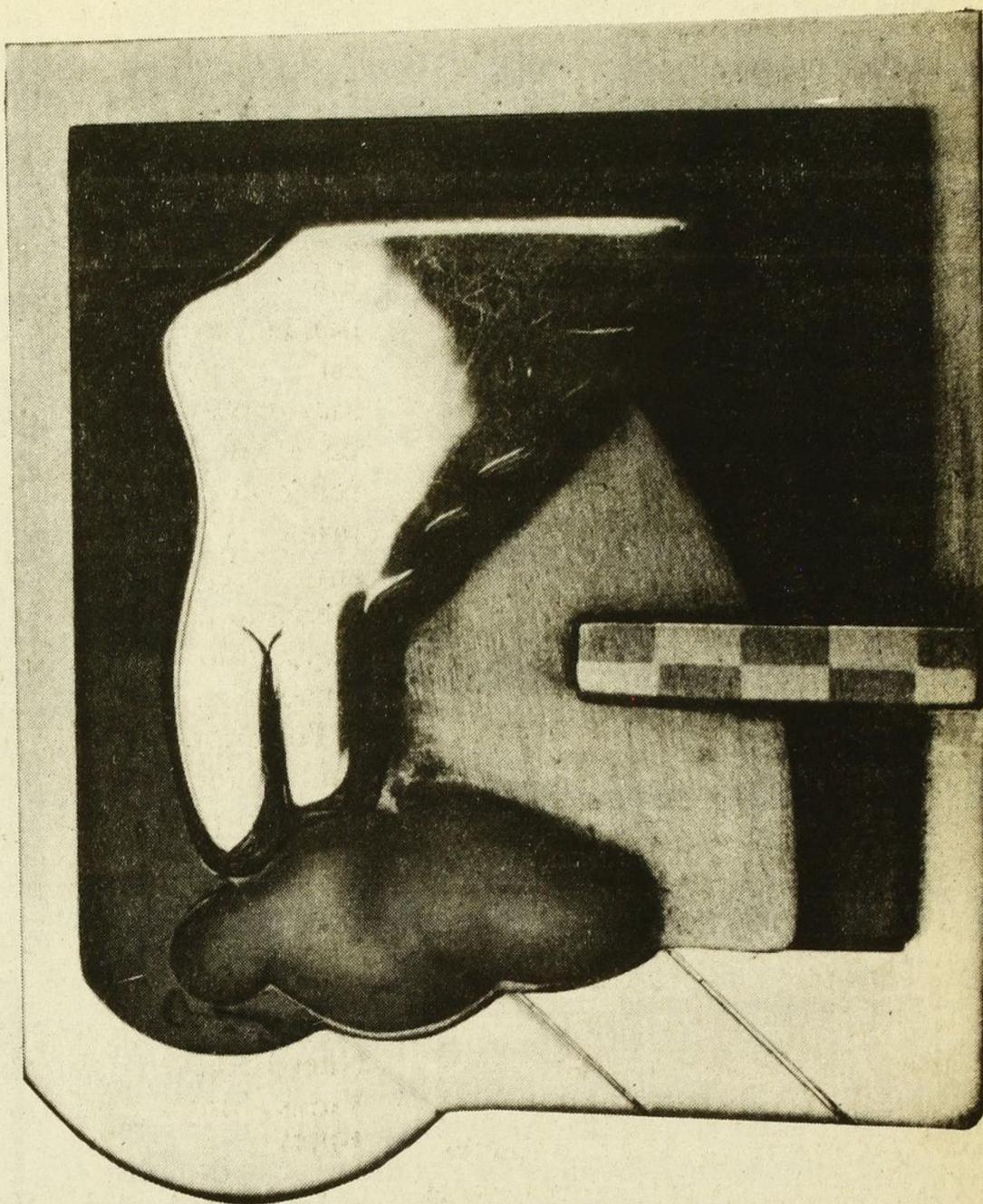
En una entrevista aparecida en 85 en el diario *The Boston Globe*, una de las integrantes del Colectivo del Libro de la Salud expresó: "El punto de partida es animar a la gente hacia la acción, animar a las mujeres a no permitir que grupos con intereses ajenos a ellas tomen las decisiones sobre su salud y su bienestar".

Sin duda, lo están logrando. 

LAS MUJERES INTERESADAS EN OBTENER MAYOR INFORMACION PUEDEN COMUNICARSE CON EL COLECTIVO DEL LIBRO DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE BOSTON A:

465 Mt. Auburn Street
Watertown, Mass. 02172
USA

Ansiedad de existir en una pieza de joyería*



Las artes plásticas tradicionalmente se habían limitado a la pintura, la escultura y la gráfica; ahora se han ampliado los conceptos dentro de lo que llamamos las artes visuales, dando cabida a otros tipos de expresiones y más aún, a la interrelación de estas, de manera que los recursos plásticos son innumerables, es posible el enlace interdisciplinario de manera que igualmente podemos disfrutar de una obra de teatro con elementos de danza, como una obra pictórica y escultórica en donde la fotografía o el sonido jueguen un importante papel.

Este hecho ha sido para mí muy importante y ha ampliado mis perspectivas de acción; tanto en la joyería como en la pintura he encontrado los recursos de expresión adecuados a mi sensibilidad.

La manera de acercamiento a la joyería es, me gusta pensarlo así, a la manera de las antiguas civilizaciones, como lo son la egipcia o las culturas pre-hispánicas de América Latina en donde las joyas son representaciones de símbolos cosmogónicos, de fenómenos naturales; pueden ser deidades ó bien simbologías de conceptos filosóficos o religiosos. Más allá de los valores de rango y estatus o de su función decorativa, la joya por sí misma nos habla del mundo interior de su hacedor.

Tomada así, la joyería es un recurso más de expresión que logra la comunicación a través de signos orga-

nizados que estimulan al espíritu por medio de la evocación, como sucede con todas las demás artes.

Cuando hago una pieza de joyería me es imposible evitar el encantamiento de la factura, es decir, de la técnica; la magia de la transformación de los materiales conformándolos a mi deseo; el reto de la pretendida precisión y el placer de poder escuchar lo que el proceso de elaboración va sugiriendo encaminándome a la búsqueda de formas armónicas; pero más allá de todo esto está la posibilidad de transmitir una experiencia personal que expresa a nivel simbólico una realidad que es parcialmente subconsciente y que interpela a diferentes niveles de significación provocando emociones, reflexiones o bien sensaciones.

La manera en que conceptualizo la joyería se vincula directamente a la pintura o la escultura, por lo que el resultado son casi siempre broches o pendientes, tienen además de su función de uso; en donde deben responder a una escala determinada, a materiales adecuados y a la solución de sistemas propios que faciliten su uso; la posibilidad de ser colgadas sobre la pared a la manera de un cuadro, en donde se pretende puedan ser admiradas aún cuando no sea portada por el poseedor. *Jm*

* Conferencia leída en el 2o. Simposium de Yuma Arizona. Arizona Western College.

Al resolver una pieza de joyería no me planteo si hará lucir más hermoso al que la use, sino que por el contrario, me gusta la idea, de que el usuario hará lucir más bella la joya, sirviendo, en un acto de modestia, de entorno, contexto o pared ambulante. Pero al fin y al cabo la joya se destina al cuerpo humano y más frecuentemente al cuerpo femenino y qué mejor destino de absoluta cercanía e intimidad.

Y es precisamente "nuestro cuerpo", más concretamente lo que implica "lo femenino", mi interés durante los últimos años en los que he estado investigando y configurando un lenguaje plástico que exprese el mundo de la mujer, a través de la recuperación tanto de los valores y símbolos propios de la cultura femenina como de los medios y modos de trabajo de las mujeres. Este lenguaje conforma una actitud ante la condición que nos distingue: nuestra sexualidad.

En lo concerniente al aspecto formal he desarrollado este lenguaje a partir de los quehaceres tradicionalmente vinculados a la mujer. Las labores del cosido, el bordado y el planchado me han servido como renovadas técnicas e instrumentos de creación que combino con elementos de expresión referidos estrictamente al campo de la plástica; de esta forma recurro indiscriminadamente a la inclusión de un botón o de un cojín, como al acrílico, la acuarela y los pinceles. De igual modo me aplico a la iconografía de lo doméstico y lo cotidiano que constituyen el ámbito tradicional de la mujer y recubro objetos varios, huellas de lo femenino como plumas, encajes, cojines o enseres del costurero. El resultado es una iconografía sostenida por los materiales, es decir cifrada por ellos.

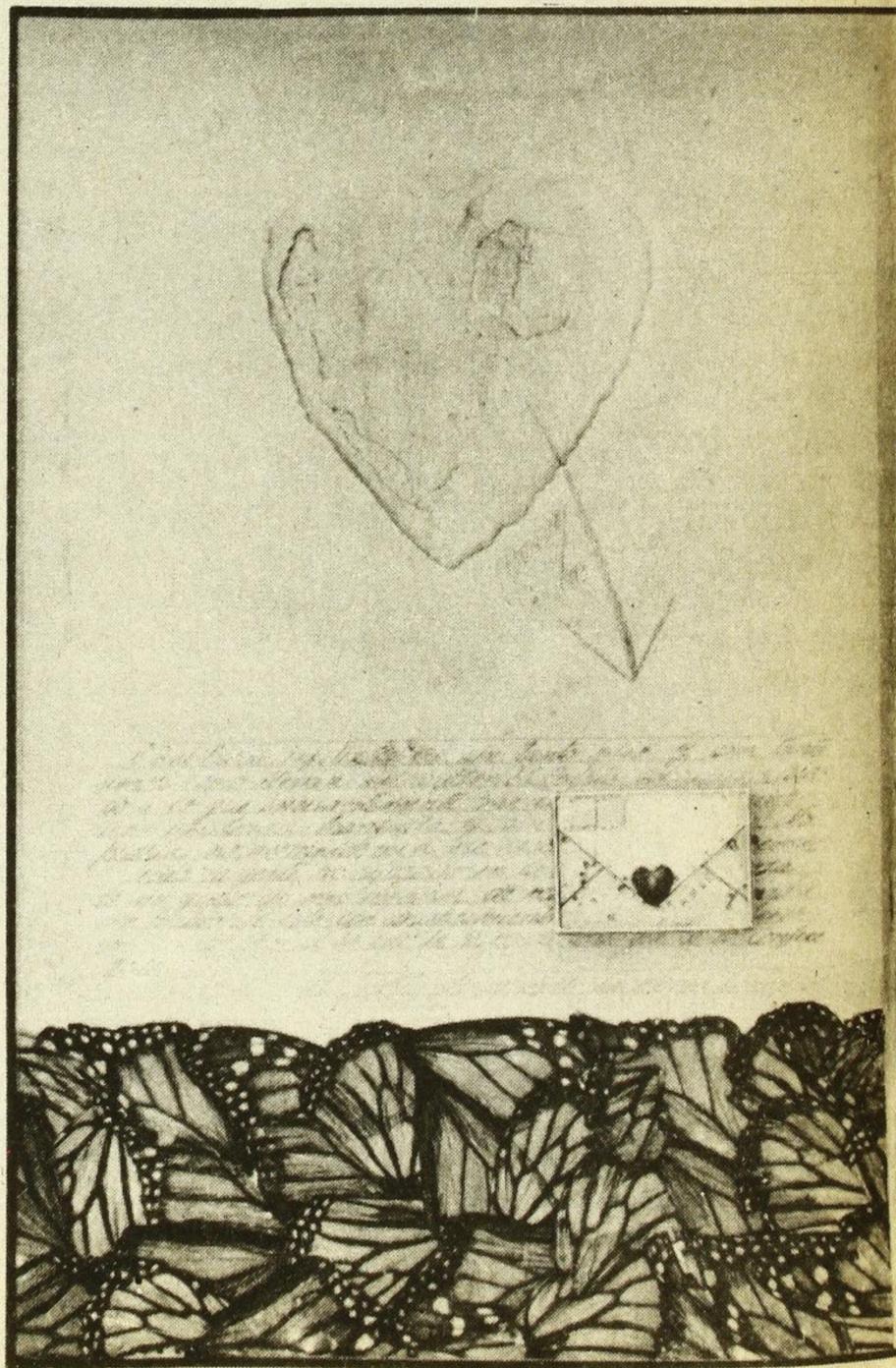
El discurso visual contenido en este trabajo consiste en una suerte de inversión semántica; los elementos que en un primer momento podrían hablarnos de un mundo inmóvil, cosificado; despliegan en una segunda instancia cuestionamientos a una educación y a un modo de vida; proponen finalmente formas desmitificadoras del ser femenino.

Estas temáticas las he venido desarrollando resolviéndolas tanto en términos pictóricos como de joyería: la idea es transgredir los límites de la pintura al tiempo de transgredir los límites de la joyería; armonizándolos, de manera que un lenguaje complementa al otro.

Al principio trabajé de manera lírica y evocativa, el inconsciente surgió sin tener en cuenta el esfuerzo de la reflexión, el estímulo partió de la lectura de una novela: "Púbis Angelical" del argentino Manuel Puig. Esto concluyó en la realización de las series "Mujeres Aladas" y "Monjas Eróticas"; en un segundo momento partiendo de los conceptos propuestos en el libro "Nuevas Cartas Portuguesas" de las autoras: María Isabel Barreno, María Teresa Horta y María Velho da Costa, inspirado en las "Cinco Cartas de Amor" de Mariana de Alcoforado monja portuguesa del siglo XVII. Me uní a la reflexión de "Las Marías" exploran-

do sobre la condición de la mujer, su educación, su historia, su papel en la sociedad y la búsqueda de su identidad, desarrollando un lenguaje a partir de las imágenes a las que la mujer se ha visto ligada tradicionalmente, resemantizándolas y recuperándolas en un nuevo contexto.

Más adelante mis preocupaciones derivaron hacia la sexualidad y el cuerpo femenino; de las que actualmente me ocupo. Si en una primera instancia me uní a Puig cuando dice: "De pronto se desató un viento extraño y el camisón se alzó, mostrándome desnuda, los hombres temblaron, y es que vieron que yo era una criatura divina, mi púbis era como el de los ángeles, sin vello y sin sexo, liso...". Después me dí cuenta que era el momento de mostrar un púbis sexuado, no de ángel sino de mujer y me propuse una serie de trabajos en los que el personaje principal sería el sexo femenino narraría la historia de una mujer que borda cotidianamente su vida a su propia piel; cada cuadro sería como un pedazo de la piel de aquella mujer en los que se evocan las diferentes edades y sus recuerdos, en fin su historia-mi-propia historia. *fern*



Fotografía: Rogelio Cuellar

EN POCAS PALABRAS

¿Hasta cuándo seremos conejillas de Indias?

Engañan a mujeres ecuatorianas

La Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana ha iniciado una agresiva campaña para promover el uso del *Norplant*, el último grito en anticonceptivos.

El *Norplant* es una cápsula de tres centímetros de largo, muy delgada, que contiene levonogestrol, una progesterona que viaja por el torrente sanguíneo poco a poco. La cápsula es implantada en un brazo, ofreciendo así gran comodidad, según sus defensores.

La campaña incluye la emisión de propaganda a través de los medios de comunicación, la cual enumera los beneficios de este método sin mencionar los incontables efectos secundarios que produce.

Su ventaja es que puede ser removido en cualquier momento y que, aparentemente su efecto anticonceptivo cesa de inmediato, apenas es retirado. Los efectos secundarios se desconocen a profundidad, por su reciente aparición, sin embargo, las mujeres de Guayaquil han comenzado a quejarse de severos dolores de cabeza y de la casi paralización del brazo en el que está implantado el *Norplant*, así como de fuertes dolores menstruales.

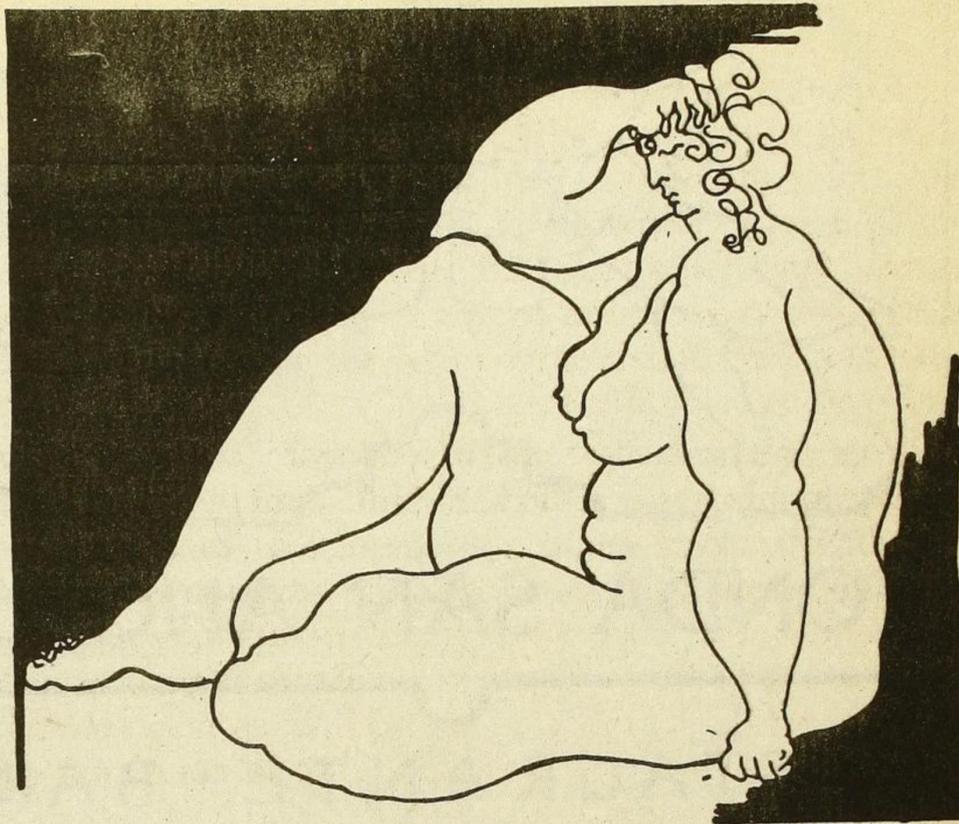
La propaganda calla también el hecho de que éste es un producto que está aún en estudio, de modo que no puede afirmarse que no implique peligros mayores.

Por lo pronto, el "Population Crisis Committee", en su guía sobre los métodos anticonceptivos modernos, indica que *Norplant* no es tolerado por alrededor del 10% de mujeres, por las irregularidades que provoca en el ciclo menstrual. (Información de ILET-FEMPRESS)

Prueban vacuna contra embarazo

En Ohio se ha desarrollado recientemente una vacuna contra el embarazo. Consiste en estimular la fabricación de anticuerpos contra la hormona del embarazo (gonadotropina coriónica HGC).

Los anticuerpos formados actúan a dos niveles: evitan que el huevo se implante en el útero, y si llega a implantarse, se unen a la HGC, impidiendo que actúe, por lo que el embarazo no puede continuar.



Dibujo de Marta Rotemberg

La vacuna ha sido probada en monos, resultando con una efectividad del 95%; los investigadores suponen que en las mujeres, esta cifra será más alta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha comenzado a probar la vacuna en mujeres de Adelaide, Australia, y de resultar confiable, extenderá su uso; los siguientes países que la aceptarían podrían ser India y China. En Estados Unidos, país del que proviene, no será aceptado su uso hasta dentro de unos 10 años, ya que haya demostrado no ser peligrosa en otras mujeres del mundo.

Las principales ventajas de este método, dicen sus creadores, son: su protección anticonceptiva durante un año y la liberación de los efectos colaterales causados por el DIU y la píldora. Por supuesto, no hablan de los posibles efectos indeseables que sí entraña su utilización. (Información del Discover, abril 86)

Mucho ojo con los tampones

En Estados Unidos, los tampones ya llevan la siguiente leyenda: "Estos productos se han asociado con el síndrome del choque tóxico".

El síndrome del choque tóxico es una enfermedad poco frecuente, pero muy grave, que puede incluso causar la muerte. Sus síntomas son: fiebre, fatiga, vómitos, diarrea, mareo y erupción cutánea.

La asociación de este síndrome con el uso de los tampones *Rely* provocó la desaparición de éstos del mercado. Parece ser que lo que favorece la enfermedad es el crecimiento de cierto tipo de estafilococo acelerado por una fibra utilizada en los tampones super-absorbentes.

En nuestros países, sin embargo, los tampones siguen a la venta sin instrucción alguna sobre su uso seguro ni advertencias sobre lo que se ha observado en Estados Unidos.

Si decidimos seguirlos utilizando, a pesar de esta información, es necesario estar alerta para detectar cualquier síntoma, y si alguno apareciera, hay que retirar inmediatamente el tampón. Es aconsejable, utilizar los de menor absorción y cambiarlos cada tres horas.

CUADERNOS POLITICOS

⊕ Georg Simmel ▶ Las grandes ciudades y la vida del espíritu

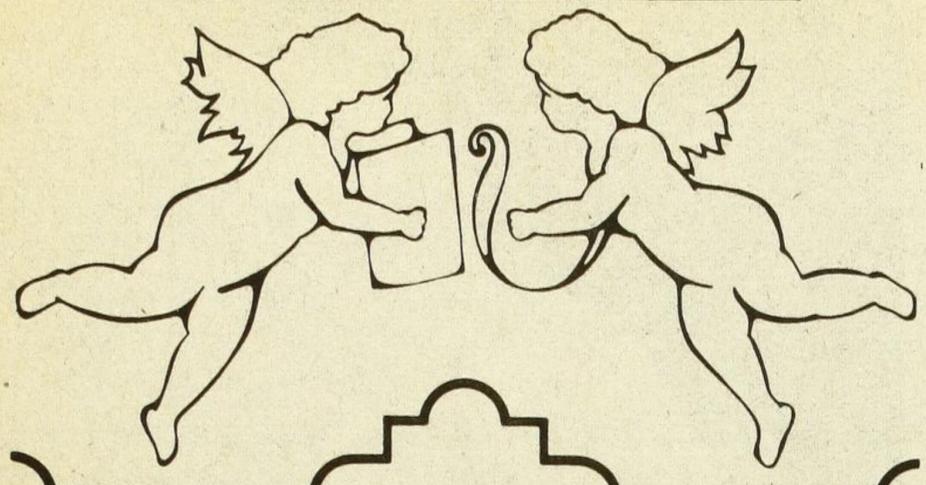
▶ El sismo de septiembre y la vida en la ciudad

⊕ Carlos Monsiváis ⊕ Adriana López Monjardin ⊕ Carolina Verduzco Ríos ⊕ Juan Manuel Ramírez Sáiz ⊕ Julia Carabias ⊕ Ana Herrera ⊕ Carlos Rodríguez Ajenjo

⊕ Antonio Navarro Wolff / Rubén Jiménez Ricárdez ▶ M-19: paz y guerra en Colombia

Revista trimestral de Ediciones Era

45



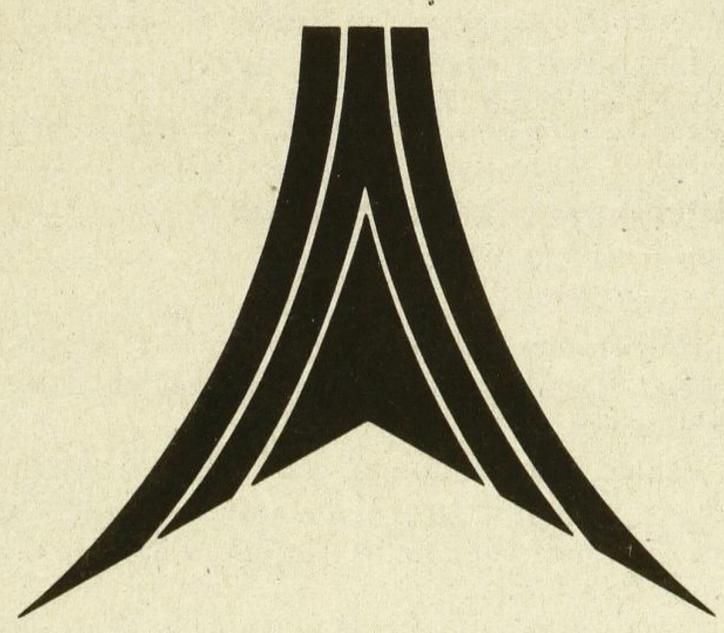
FONDA SAN ANGEL

RESTAURANTE · BAR

MAS ALLA DE LA BUENA COCINA...
EN EL CORAZON DE SAN ANGEL

DESAYUNO · COMIDA · CENA

PLAZA SAN JACINTO 3, SAN ANGEL, MEXICO TEL 548 75 68



Hacia la sociedad igualitaria

BANOBRAS

EL BANCO DEL FEDERALISMO

SEP

LOS MAESTROS Y LA CULTURA NACIONAL

CONVOCATORIA

La Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Culturas Populares, convoca a todos los maestros que participaron en el proceso educativo de México, comprendido entre 1920 y 1952, a presentar testimonios y relatos en el certamen Los Maestros y la Cultura Nacional, Primera época.

Los aspectos que podrán ser resaltados son los siguientes:

- 1 Experiencias que vivieron maestros y alumnos en las escuelas rurales, agrícolas, las misiones culturales, las casas del pueblo, las escuelas de pintura al aire libre y otras formas pedagógicas de la época.
- 2 Las experiencias y debates en torno a la concepción de la educación laica, el papel del Estado en la educación, la educación socialista, la implantación de la escuela unificada, el nacionalismo en la educación, y la formación artística.
- 3 La creación de las escuelas campesinas y de la educación indígena en las comunidades rurales.

Bases

- 1 Los relatos pueden ser individuales o colectivos.
- 2 Se valorará sobre todo el contenido de los trabajos.
- 3 De los trabajos se presentará el original y dos copias; escritos a máquina a doble espacio, con una extensión no mayor de 80 páginas o manuscritos con letra de molde y tinta negra, con una extensión no mayor de 100 páginas.
- 4 Los concursantes deberán incluir los siguientes datos: nombre, registro federal de causantes, edad, domicilio completo, ocupación actual y número telefónico donde se les puede localizar.
- 5 Los trabajos deberán ser enviados a la siguiente dirección:

Museo Nacional de Culturas Populares

Av. Hidalgo No. 289

Coyoacán

04100 México, D.F.

- 6 La fecha límite para su recepción será el **30 de septiembre de 1986**.
- 7 Los trabajos serán evaluados por un jurado integrado por representantes de la Dirección General de Culturas Populares y el Museo Nacional de Culturas Populares, el Consejo Nacional de Fomento Educativo, el Consejo Nacional Técnico de la Educación y la Academia Mexicana de la Educación, que darán su fallo inapelable el 30 de noviembre de 1986.
- 8 Se otorgarán los siguientes premios:
1er. lugar, tres premios de \$500,000.00 cada uno
2o. lugar, tres premios de \$300,000.00 cada uno
3er. lugar, tres premios de \$200,000.00 cada uno
10 menciones de \$50,000.00 cada una
- 9 Todos los concursantes que presenten trabajos de acuerdo con las bases, recibirán diploma que acredite su participación.
- 10 Los trabajos premiados serán publicados y los autores recibirán 5 copias de la publicación correspondiente.
- 11 La **Dirección General de Culturas Populares** se reserva el derecho de la publicación de los trabajos premiados. No se regresarán originales.
- 12 Los resultados se darán a conocer en los principales diarios de la capital.

EL SECRETARIO DE EDUCACION PUBLICA

LIC. MIGUEL GONZALEZ AVELAR

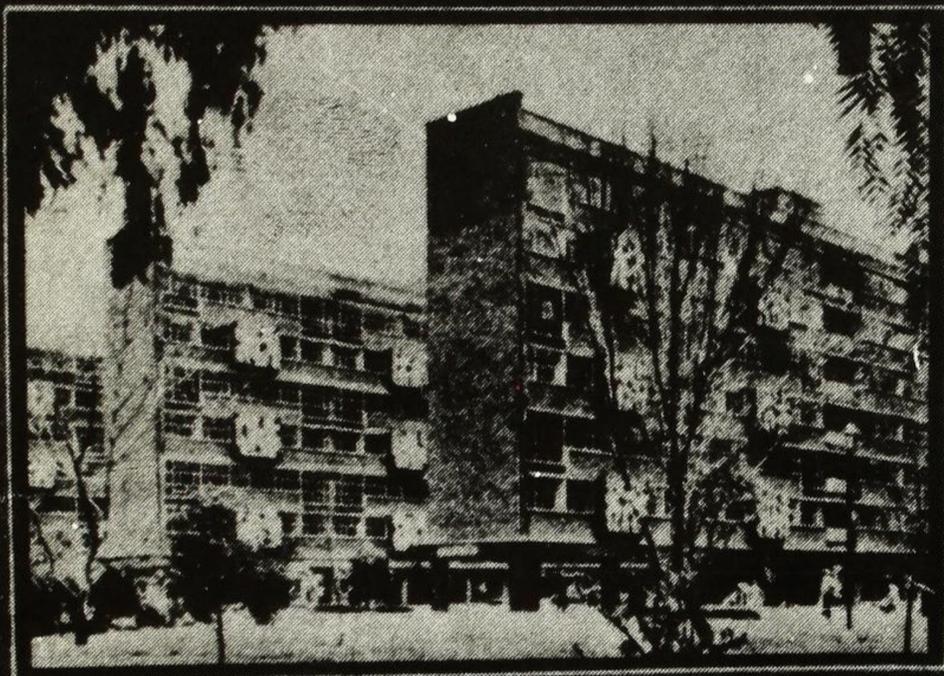
Dirección General de Culturas Populares

"De la metrópoli mexicana"

REVISTA

A

Volumen VI No. 15
mayo-agosto de 1986



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD AZCAPOTZALCO. División de Ciencias Sociales y Humanidades

Algunos temas que se tratan en este número:

La vivienda de alquiler en las áreas de reciente urbanización.

La política financiera pública del DF 1970-1983.

Consumo y lucha urbana en la ciudad de México: Mujeres protagonistas

Políticas urbanas y contaminación ambiental

La contaminación atmosférica en el Valle de México

Calidad del arbolado de áreas verdes en la ciudad de México

Las chinampas de Iztapalapa: su tecnología, historia y desaparición

Universidad de México

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

Junio, 1986

425

TEXTOS SOBRE
**JAIME TORRES BODET
Y SEVERO SARDUY**

POEMA DE
**ALFREDO
CARDONA PEÑA**

ENTREVISTA CON
RUBEN BAREIRO

Suscripciones:

Apdo. Postal No. 70-288 / Ciudad Universitaria / 04510 México, D. F.
Tel. 550-55-59 y 548-43-52

De venta en Librerías Universitarias, Tiendas de la UNAM,
Sanborns y diferentes librerías del D. F.