



Consenso Gallego en Contracepción 2013

SO.GA.C. 13

[Verín 2013]

CONSENSO GALLEGO EN ANTICONCEPCIÓN 2013

SOCIEDAD GALLEGA DE
CONTRACEPCIÓN

REUNIÓN VERÍN-CHAVES 2013

RELACIÓN DE AUTORES:

AMORÍN FIUZA, CÁNDIDO
BORRAJO HERNÁNDEZ, ELENA
CASTRILLO GUTIERREZ, FRANCISCO JAVIER
DOPAZO RODRÍGUEZ, RAFAELA
DURÁN RODRÍGUEZ, M^a JOAQUINA
FREIRE COMEDEIRO, MARTINA
GÓMEZ SÁNCHEZ, DAVID
LÓPEZ MOGROVEJO, CRISTINA
MAARAWI CHAWICH, OSSAMA
MORENO LÓPEZ, CONCEPCIÓN
NEHME, HASSAN
NÚÑEZ GALLEGO, M^a TERESA
PARDIÑAS COSTAS, ISABEL
RODRÍGUEZ CERDEIRA, CARMEN
SANCHO, ANA
SANTOS SOLLA, JORGE
TEJEDOR RIVAS, MARÍA EUGENIA
VALDÉS PONS, JAVIER
YÁÑEZ GONZÁLEZ, EDUARDO

CONTENIDO

- **MANEJO DE LA ANTICONCEPCIÓN**
 - **RIESGO TROMBOGÉNICO DE LOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EL GESTÁGENO**
 - **CONTROLES NECESARIOS PARA EL SEGUIMIENTO DE UN ANTICONCEPTIVO HORMONAL CON SOLO GESTÁGENOS**
 - **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA COLOCACIÓN DE UN DIU**
 - **HISTORIA CLÍNICA EN CONTRACEPCIÓN**
 - **INFECCIÓN POR VIRUS PAPILOMA HUMANO**
 - **IGUALDAD Y VIOLENCIA DE GÉNERO**
-

MECÁNICA DEL CONSENSO: Diversos autores presentaron 7 propuestas de consenso que fueron informadas al resto de la Sociedad. Se realizó un análisis en profundidad de cada tema y posterior discusión en grupo dónde se aportó la experiencia personal, intentando llegar a formas de actuación comunes consensuadas.

**COMPOSICIÓN FINAL DEL GRUPO DE DISCUSIÓN:
GINECÓLOGOS (9), DERMATÓLOGA (1), PSICÓLOGOS
(2), MATRONAS (6) Y TRABAJADORA SOCIAL (1).**

MANEJO DE LA ANTICONCEPCIÓN.
DR. YAÑEZ GONZALEZ, EDUARDO

Se presentó diferentes estudios y propuestas a nivel mundial. Se discutió la experiencia de los profesionales reunidos y se llegó finalmente a la conclusión de que para iniciar un método anticonceptivo, desde el punto de vista médico, el mínimo imprescindible necesario es:

La realización de una HISTORIA CLÍNICA y el control de tensión arterial; además de la explicación de los métodos, consejo y elección final. Es conveniente una nueva entrevista a los 3 a 6 meses para el CONTROL DE DUDAS y revisión ginecológica. CADA 3 AÑOS control de tensión arterial, cálculo de índice de masa corporal, cuantificación de colesterol y triglicéridos, transaminasas y estudio de coagulación.

Consenso total de 18 especialistas (a excepción del control de la tensión arterial en la primera consulta: 16 a favor de 18 especialistas).

Es conveniente recordar a las usuarias que todos los métodos anticonceptivos pueden fallar.

RIESGO TROMBOGÉNICO DE LOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EL GESTÁGENO.
DR. GÓMEZ SÁNCHEZ, DAVID

Se analizaron los posibles riesgos trombogénicos de los gestágenos de 3º y 4º generación. Se presentan asimismo los últimos estudios de la Oficina Europea del Medicamento del año 2013. Se discute la experiencia de los profesionales en Galicia.

No existe acuerdo ni opinión sobre este punto. Sí existe consenso en INCIDIR SOBRE AQUELLOS FACTORES MODIFICABLES QUE AUMENTAN EL RIESGO TROMBOGÉNICO COMO EL SEDENTARISMO, AUMENTO DE LA MASA CORPORAL Y TABAQUISMO.

Consenso total de 18 especialistas.

CONTROLES NECESARIOS PARA EL SEGUIMIENTO DE UN ANTICONCEPTIVO HORMONAL CON SÓLO GESTÁGENOS.

DR. CASTRILLO GUTIÉRREZ, JAVIER

En base al análisis de los informes de la OMS 2004, FSHR 2007, UKMEC 2009, OMS 2009, y la experiencia de los profesionales reunidos, se decide:

Para los controles en el seguimiento del uso de un anticonceptivo del tipo “solo gestágeno” se debe UTILIZAR EL MANEJO GENERAL PROTOCOLIZADO EN EL CONSENSO SOGAC del manejo de la anticoncepción hormonal y en particular: en el caso de que el método genere amenorrea, recordar que no existen métodos completamente seguros y que debe descartar un embarazo mediante por ejemplo un test en orina.

Píldora con sólo gestágenos (consenso del 100%).

Control a los 3 meses (refuerza el correcto uso del método). No son necesarios más controles y tampoco tras la lactancia. Se recomienda favorecer la posibilidad de acudir a consulta en caso de presentar algún problema o efecto del medicamento que pueda considerar adverso y aprovechar la visita para control de la tensión arterial e índice de masa corporal, y actualizar la historia clínica.

Implante subdérmico (consenso del 100%).

No son necesarios controles para el implante hormonal. Acudir si presenta algún problema médico que contraindique el uso del implante o reduzca su eficacia. Acudir también si no nota el implante, este se ha movido o percibe cambios en su forma y si nota cambios en la piel o dolor en el lugar de inserción.

DIU levonorgestrel (consenso del 100%).

Control en los primeros 3 meses si es posible, con valoración de la situación del DIU. Se recomienda disponer de atención urgente para el caso de complicaciones.

Depoprogevera intramuscular. No se informa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA COLOCACIÓN DE DIU.

DR VALDÉS PONS, JAVIER

Se valora las siguientes publicaciones: experiencia de los profesionales reunidos; manuales de Medicina Legal y Forense, publicaciones de la Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, Clinical guidance Intrauterine Contraception Clinical effectiveness FSRH November 2007. IUD guidelines for family planning service programs. A problem solving reference manual. Julia Bluestone. Third edition. WHO.

Métodos irreversibles (vasectomía y ligadura-obstrucción tubárica): **se recomienda consentimiento informado.** (Consenso del 100%).

Se recomienda siempre el consentimiento informado y firmado, excepto en los casos de urgencia vital y siempre buscando un mayor beneficio en términos de salud para la persona y en sus circunstancias del momento. En estos casos debe darse una explicación que conste en la historia clínica.

Métodos hormonales autoadministrados (píldora, anillo, parche e inyectable): **no se recomienda consentimiento informado.** (Consenso del 100%).

No es necesario el consentimiento informado con el uso de la píldora, parche, anillo o inyectable. Se recomienda utilizar los criterios de elegibilidad e incluir en la historia que la mujer busca un método anticonceptivo, es informada y elige el uso de determinado método. También es recomendable incluir si lo precisa por causas patológicas (por ej: dismenorrea, hipermenorrea, amenorrea, masa anexial).

Métodos dispositivos intrauterinos (cobre y hormonal) e Implantes hormonales subcutáneos: **no se recomienda consentimiento informado.** (Consenso del 100%).

No es necesario el consentimiento informado con el uso de los dispositivos intrauterinos ni implantes. El consentimiento oral es aceptable.

Se recomienda incluir en la historia clínica que la mujer es informada y elige el uso de determinado método. El consentimiento por escrito es una demostración de buena práctica médica (excelencia). Se recomienda incluir en la historia médica si lo precisa por causas patológicas (por ej: DIU de cobre en mujer con antecedente de cáncer de mama y función ovárica positiva; DIU hormonal en casos de hipermenorrea, amenorrea, dismenorrea, patología proliferativa endometrial).

HISTORIA CLINICA EN CONTRACEPCIÓN

TERESA NUÑEZ GALLEGO Y ANA SANCHO

Se proponen los siguientes campos en la realización básica de la Historia Médica en consulta de contracepción:

MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES PERSONALES: generales, enfermedades (migrañas-cefaleas...), tabaquismo, medicación habitual, cirugía, alergias, vacunación VPH.

ANTECEDENTES FAMILIARES: generales, trombosis, cáncer general y ginecológico.

GPCA: tipo de parto, fecha y meses de lactancia.

Menarquia (edad). Ciclo regular? Abundante? Doloroso?

Inicio relaciones sexuales (edad), pareja actual (años de relación).

Año de la última citología. Método anticonceptivo actual.

EXPLORACION: general, peso, talla, IMC, TA.

Se informa a la mujer de los métodos. Método anticonceptivo elegido por la mujer:

CONSENSO GALLEGO EN CONTRACEPCIÓN 2013

INFECCIÓN POR PAPILOMAVIRUS HUMANO EN DERMATOLOGÍA DR. RODRÍGUEZ CERDEIRA, CARMEN

Se reclama la realización de estudios propios de tipo epidemiológico sobre el Virus Papiloma Humano en el varón. Se plantea la realización de estudios que analicen la posible influencia de los diversos métodos anticonceptivos y el riesgo de infección por virus papiloma humano, así como la creación y grupos de trabajo en los siguientes temas: vacunación en varones heterosexuales y homosexuales, vacunación en inmunodeprimidos y eficacia de la vacunación en la prevención del cáncer de vagina, vulva y ano.

Se informa de un estudio realizado por la Dra. Rodríguez Cerdeira en 208 mujeres gallegas con prácticas de riesgo en las que se estudiaron diferentes variables entre las que podemos citar: sociodemográficas, como edad, sexo y país de origen; así como antecedentes ginecológicos de citologías, embarazos anteriores, uso de métodos anticonceptivos hormonales y de barrera (preservativo), uso de drogas por vía parenteral y no vía parenteral, hábitos tabáquicos, alcohol, información sobre salud, calidad de vida, estudio y infección por el VIH, otras ITS, test de Papanicolau, tipificación de los diversos genotipos de VPH, tanto de bajo como de alto riesgo y tiempo de persistencia de la infección.

Entre otros datos, han encontrado que el uso de métodos anticonceptivos hormonales, es significativo para el desarrollo de la infección por el VPH 18 y los subtipos relacionados, a excepción del VPH 59. De igual forma, el uso del preservativo con los clientes no es significativo en ninguno de los VPHs estudiados, mientras que para el uso en el ámbito privado, lo es únicamente el VPH 56. Asimismo, el uso de métodos anticonceptivos hormonales, es significativo únicamente para el VPH 51, mientras que el uso del preservativo en el ámbito privado lo es para ambos casos en contraposición con el uso del preservativo en la vida privada que no lo es en ninguno de los dos. Realizando un análisis multivariante con las covariables uso del preservativo en las relaciones vaginales tanto con los clientes como en el ámbito privado, obtienen que el uso del preservativo masculino en las relaciones sexuales vaginales con los clientes, puede ser considerado como un factor protector cuando su uso es ocasional frente a nunca en relación a la infección por el VPH 16 (OR, 0,001; 95 %; IC, 2,511 – 22,746) y VPH 35 (OR, 0,042; 95 %; IC, 1,050 – 16,019), mientras que no lo es para ninguno de los subtipos relacionados con el VPH 18 incluido éste. En cambio, el uso del preservativo masculino en las relaciones sexuales vaginales en el ámbito privado, no es significativo para la infección por el VPH para ninguno de los subtipos estudiados. Cuando realizan otro análisis multivariante mediante el modelo de regresión logística, en el cual añaden al sistema igualmente, las covariables uso del preservativo con los clientes y en el ámbito privado, uso de drogas inyectables y no inyectables, paciente VIH positivo y pareja habitual VIH positiva, observamos que la variable VIH ⁺, modifica considerablemente el modelo, siendo significativa en todos los subtipos de VPH estudiados, por lo que es la que mejor explica el comportamiento de dicha variable dependiente. Las covariables uso del preservativo en las relaciones vaginales tanto con clientes como en el ámbito privado, uso de drogas inyectables y no inyectables y pareja VIH positivo, no son significativas ($p > 0,05$), por lo que no se encuentran relacionadas con el hecho de padecer la infección por el VPH 18 y los subtipos relacionados (39, 45, 59 y 68), y sólo lo está el ser paciente VIH positiva, lo cual es un factor de riesgo (VPH 18: OR, 0,015; 95 %; IC: 0,004 – 0,054) (VPH 39: OR, 0,005; 95 %; IC: 0,001 – 0,027) (VPH 45: OR, 0,099; 95 %; IC: 0,028 – 0,237) (VPH 59: OR, 0,135; 95 %; IC, 0,044 – 0,415;) (VPH 68: OR, 0,001; 95 %; IC: 0,000 – 0,009) para padecer la infección por los VPH mencionados. En el caso del VPH 16 y los subtipos relacionados, para el VPH 16, los resultados mostraron que es significativo el uso del preservativo ocasionalmente con los clientes, siendo un factor de protección para el desarrollo de la infección (OR, 13,655; 95 %; IC: 3,116 - 59,832) y el uso de drogas inyectables, y el ser VIH positiva como factores de riesgo respectivamente (OR, 0,036; 95 %; IC: 0,006 – 0,225; OR, 0,131; 95 %; IC: 0,037 – 0,434) para el desarrollo de la misma. Por lo que pueden concluir diciendo que existe controversia entre el

uso de los diferentes métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, siendo el preservativo masculino el mejor método barrera.

Bibliografía

1. Elena Sánchez Blanco. Tesis Doctoral: Estudio de los genotipos del VPH en mujeres prostitutas de la Comunidad Autónoma de Galicia. Universidad de Vigo, 2012.
2. Rodríguez-Cerdeira MC, Guerra-Tapia A, Alcantara Caceres R, Escalas J. Human Papilloma Virus (HPV) and genital cancer. *Open Dermatol J*; 3: 111- 122; 2009.
3. Rodríguez-Cerdeira C, Sánchez-Blanco E, Alba A. Evaluation of Association between Vaginal Infections and High-Risk Human Papillomavirus Types in Female Sex Workers in Spain. *ISRN Obstet Gynecol*. 2012; 2012: 240190. doi: 10.5402/2012/240190.

IGUALDAD Y VIOLENCIA DE GÉNERO

DR. AMORIN FIUZA, CÁNDIDO

La sociedad gallega de contracepción reclama que el estado ponga todos los medios existentes para una formación igualitaria entre sexos ya desde el colegio. SE DECIDE publicar las ideas surgidas del análisis del tema.

Hace siglos, seguramente milenios, que todos los humanos somos machistas, hombres y mujeres, todos disculpamos más fácilmente determinadas actitudes y comportamientos de hombres de lo que lo haríamos si fuesen mujeres quienes desarrollasen esas conductas. Bravuconerías, comentarios vejatorios y soeces, puesta en riesgo de un grupo por decisiones precipitadas, agresividad física o verbal, conducción temeraria, comportamientos chulescos, insultos, comentarios ofensivos hacia mujeres, presunción de conductas sexuales y de promiscuidad... Todo ello es bien conocido en nuestro entorno, diariamente vemos situaciones machistas y, por tanto, injustas en nuestra sociedad. No es necesario siquiera echar mano de los datos que nos ofrecen las estadísticas de la mal llamada "violencia de género" para entender que, entre las muchas cuestiones que no funcionan en nuestra sociedad, el machismo está lejos de desaparecer. Seguimos transmitiendo estereotipos erróneos a través de la familia, de la escuela, de los medios de comunicación. En los colegios se uniforma a niños y a niñas de manera diferente: niñas con falda, niños con pantalón; ni siquiera se deja al arbitrio de padres y madres la decisión sobre una cuestión que es claramente sexista. En preescolar se sigue cantando aquella canción que popularizó el inolvidable "Fofó" que rezaba: "lunes antes de almorzar una niña fue a jugar, pero no pudo jugar porque tenía que barrer"... ¿No es eso sexismo machista? Mi hijo de tres años absorbe como una esponja una moralina caduca e indecente transmitida en muchas ocasiones por personas que no se percatan de lo que enseñan. Y tal vez se lo creará, a pesar de lo que le diga y de cómo actúe su padre.

Lejos de acometer reformas educativas serias para cambiar progresivamente las actitudes machistas en nuestra sociedad, se ha optado por una vía de enfrentamiento institucional que deja a un lado al 50% de la población, los hombres, en la labor de cambio. Dentro del Ministerio de Igualdad se creó un Instituto de la Mujer que impulsa las reivindicaciones de las mujeres en la equiparación de derechos, pero no hay un Instituto del Hombre que facilite ese tránsito a los hombres, que les ayude a entender la necesidad de la lucha por la igualdad. Tampoco hay un teléfono al que los hombres puedan acudir para asesorarse o denunciar situaciones de maltrato por parte de mujeres o de otros hombres de los que sean o

hayan sido pareja. Si un hombre llama a los teléfonos de atención al maltrato, le dirán "lo siento, sólo se atiende a mujeres". No hay vías de asesoramiento establecidas, no hay colectivos influyentes respaldados por partidos políticos que reclamen los derechos que a los hombres les corresponden en lo referente a la custodia de los hijos, por ejemplo. Abogados, jueces, fiscales y la sociedad en general están impregnados de una ideología machista que entiende que las madres son las cuidadoras por defecto de los hijos. Esa ideología perjudica a los hombres sensatos, capacitados y responsables que desean hacerse cargo de sus hijos, al menos al mismo nivel que las madres.

La Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, aprobada en el Congreso de los Diputados el 22 de diciembre de 2004 no ha solucionado el problema de las muertes de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas (muertes y agresiones que no tienen disculpa alguna y sobre cuyos autores ha de caer todo el peso de la Ley) y ha puesto un arma muy peligrosa en manos de mujeres y abogados sin escrúpulos que posibilita realizar denuncias falsas sin temor a consecuencia alguna, provocando indefensión en el acusado, ya que ante una acusación sin pruebas establece una presunción de culpabilidad, no de inocencia. Ha supuesto colocar una batería de cañones para una guerra entre sexos que puede generalizarse en cualquier momento, una vez que favorece el desarrollo de posturas extremas. Esta Ley, avalada por estrecho margen (7 votos contra 5) por el Tribunal Constitucional el 14 de mayo de 2008, pasa por alto el Artículo 14 de la Constitución Española de 1978 : "*Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*". Entre otros argumentos, el Tribunal Constitucional adujo "razones estadísticas e históricas".

El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define el concepto de igualdad ante la Ley como el "*Principio que reconoce a todos los ciudadanos capacidad para los mismos derechos*". Obviamente, la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género no es una Ley igualitaria, al introducir una discriminación denominada "positiva" que penaliza al hombre y favorece a la mujer. Es una Ley hembrista que se contrapone al machismo dominante y no incide en la perspectiva feminista o de igualdad. Es, asimismo, una Ley limitada, pues sólo contempla la violencia del hombre hacia la mujer, pero no la violencia del hombre hacia otro hombre, de la mujer hacia otra mujer ni de la mujer hacia el hombre del cual sea o haya sido pareja. Tampoco tiene en cuenta buena parte de la violencia que se produce en el seno familiar: hacia los hijos, nietos, personas mayores o discapacitados. Es, sencillamente, una Ley hecha para complacer a unos grupos de mujeres, ni siquiera es una Ley que proteja de verdad a las mujeres.

Para los hombres objeto de maltrato no existen dispositivos asistenciales específicos ni casas de acogida que les permitan salir en condiciones dignas y seguras del domicilio que compartían con la agresora o el agresor, no hay apoyo institucional, ni amparo, ni partidas presupuestarias que les faciliten una prestación económica, ni atención legal y psicológica. Tampoco se facilita la convivencia con los hijos, ni siquiera el contacto con ellos. El supuesto de la mujer agresora, si no hay lesiones físicas, no se contempla, aunque el hombre haya efectuado denuncia. Y si el hombre ha salido del domicilio familiar con sus hijos, amenazado, agredido verbalmente y no vuelve por prudencia, no sería de extrañar que el juez le preguntase en la vista de medidas provisionales (que se celebrará mucho antes que la correspondiente a la denuncia contra ella): "¿Por qué no devolvió usted a los niños a su madre?". Si fuera en sentido contrario, ese juez (o jueza) jamás preguntaría a una madre maltratada por qué no devolvió a los niños al maltratador.

No seré yo quien justifique los asesinatos, los homicidios, los abusos, el maltrato, los desmanes masculinos sobre las mujeres, todo lo contrario, pero justo es reconocer que las mujeres también son a veces maltratadoras y han de ser juzgadas por la misma Ley y con el mismo rasero que los hombres. Por el hecho de ser menor el número de hombres que padecen cáncer de mama que el de mujeres que sufren esta enfermedad, ¿han de ser relegados en el tratamiento médico o se les han de aplicar técnicas menos eficaces? Sabido es que los hombres denuncian en menor medida que las mujeres, les atenaza el miedo y la vergüenza; al mismo tiempo, los datos de agresiones y muertes de hombres a manos de sus parejas femeninas se silencian y no tienen reflejo en los medios de comunicación, no interesan, como si fuera un

peaje que hay que pagar por tantas mujeres muertas. Solamente nos llama la atención cuando descubren a una mujer que mata a sus hijos. Pero es preciso decir que la mujer también es protagonista del maltrato a menores (bien es verdad que son las mujeres quienes pasan más tiempo con ellos y tienen mayor oportunidad para desarrollar ese maltrato). La Federación Andaluza por la Igualdad Efectiva (FADIE) hace un seguimiento anual de las muertes de hombres a manos de sus parejas o ex parejas femeninas y señala que esas muertes representaban hasta 2006 la quinta parte de las mujeres víctimas de los hombres. **A partir de 2006 el Ministerio de Interior no ha vuelto a publicar datos de hombres muertos a manos de sus parejas o ex parejas en su Anuario Estadístico.** Por otra parte, el Consejo General del Poder Judicial señala que las denuncias falsas de mujeres hacia hombres son el 2% del total de denuncias formuladas, pero lo cierto es que los fiscales no persiguen de oficio estas denuncias o los jueces no las admiten a trámite, pero figuran en las estadísticas de violencia de género, con lo cual no hay datos reales, no existen, sólo existe una impunidad absoluta. La cobertura en cuanto a pensiones en el caso de hombres maltratados tampoco es paritaria: Si una mujer, muerto su ex marido, consigue demostrar que éste la maltrataba, tendrá derecho a pensión de viudedad, no así el hombre si se diera el caso contrario. Y si, como ya ha sucedido, un hombre es agredido por su ex mujer hasta dejarlo parapléjico y posteriormente fallece ella, él no tendrá derecho a pensión de viudedad.

Deberíamos hacernos unas cuantas preguntas (como mínimo):

¿Es diferente el maltrato en función del sexo de quien lo padece o reproduce los mismos roles de sumisión, desprecio y dominación?

¿Habría que transformar la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en una Ley igualitaria de violencia intrafamiliar y de pareja?

¿Hay que perseguir las denuncias falsas y evitar que se utilicen para conseguir custodias de hijos, quedarse con la vivienda familiar o como instrumento de venganza o generador de dudas procesales?

¿Alguien se preocupa por el número de hombres que se suicida cada año en España estando en trámites de separación o alejados de sus hijos?

¿Se ha puesto en marcha en alguna Comunidad Autónoma un programa sistemático de educación sexual en la escuela que forme al alumnado en el respeto al otro y permita cambiar progresivamente los roles sexuales machistas todavía imperantes por otros igualitarios?

¿Deberíamos cambiar o eliminar el concepto de "violencia de género"?

¿Nos representan realmente los políticos y luchan por la razón y la justicia?

Esa "violencia de género" no disminuye a corto plazo con medidas punitivas o con el mero tratamiento terapéutico de los maltratadores. Aunque es precisa una respuesta firme y contundente por parte de los poderes públicos ante episodios de violencia o maltrato, venga de quién venga, el único camino hacia el éxito pasa por cambiar los estereotipos y valores machistas vigentes por la educación sexual en igualdad, por un cambio de los roles sexuales.

Los hombres hemos sido educados para ser unos inútiles, unos débiles en lo emocional. No se nos ha entrenado para el autocuidado o para sentirnos independientes. Se nos ha dicho que los hombres no lloran, que las cuestiones emocionales son de mujeres o de "mariquitas", se nos ha impedido en muchos casos dar salida a nuestras emociones, a nuestros conflictos de una manera dialogada y libre en la expresión de esos sentimientos y afectos. También se nos ha dicho que la opinión del hombre ha de prevalecer sobre la opinión de la mujer, que hemos de ser el "cabeza de familia", que las soluciones a los grandes problemas pasan exclusivamente por nosotros. Pero no se nos ha enseñado a limpiar el polvo, a poner la lavadora, a tender la ropa, a planchar, a hacer la cama, a coser, a cocinar, a pedir perdón a hombres y, sobre todo, a mujeres. Cambiar todo esto conlleva un proyecto educativo a largo plazo que no

da votos en las próximas elecciones legislativas ni en las siguientes, pero que es imprescindible si queremos avanzar en la senda de la igualdad entre mujeres y hombres. Habrá que planteárselo con mayor seriedad y rigor de lo que se ha hecho hasta el momento.

El controvertido tema de la igualdad no puede ser cuestión de machismo ni de hembrismo, sino de lucha conjunta de hombres y mujeres, como personas que somos, para conseguir una equiparación real de derechos y deberes que posibiliten una convivencia, si no armónica, sí al menos justa.

