DRA. ELENA CASADO PINEDA
@MEDICILIO

Ser mujer es PERJUDICIAL para la SALUD



Cuando la epidemia es la **DESIGUALDAD**, la mejor medicina es conocer **TU CUERPO.**

MOLINO

DRA. ELENA CASADO PINEDA
@MEDICILIO

Ser mujer es **PERJUDICIAL** para la **SALUD**

Cuando la epidemia es la **DESIGUALDAD**, la mejor medicina es conocer **TU CUERPO.**

MOLINO

A mi madre, por ser la mujer más fuerte que conozco.

A mi padre, por usar el boli rojo siempre que hace falta.

A mi hermana, por sentarse a mi lado a oscuras, hasta que vuelve la luz.

A todas mis patitas de araña, por las collejas que me merezco muchas veces y los abrazos que nunca me faltan.

PRÓLOGO

NO ESTAMOS LOCAS, SOMOS INVISIBLES

Imagínate esta escena:

Marta, de treinta y dos años, lleva una temporada sin sentirse bien. Le duele la espalda y a veces el dolor se le irradia a la pierna, y empeora cuando carga a su bebé. Dio a luz hace un año, y desde entonces no ha dejado de tener lumbalgia. Le dijeron que era por la epidural, pero, después de tanto tiempo, eso es imposible. Finalmente saca un hueco para ir a su médico de primaria. Le explica lo que le ocurre y le cuenta que esto la lleva a sentirse cada vez más inútil y a dormir peor, y que ya le cuesta hasta coger a su bebé de la cuna. Le diagnostican ansiedad posparto y le recetan un diazepam para las noches y, si le duele mucho la espalda, paracetamol, porque está dando el pecho y

poco más se puede hacer. Cero pruebas. Cero exploración. Cero investigar más allá.

No es que quiera ponerte de mal humor, pero esto, que parece un chiste, se repite a diario en un diabólico dominó en millones de consultas médicas en todo el mundo: una mujer entra en la consulta, explica su dolor y sale con un diagnóstico de ansiedad.

¿Dolor en el pecho? Ansiedad.

¿Cansancio continuo? Ansiedad.

¿Dolor menstrual incapacitante? Ansiedad.

Todos los días me encuentro con pacientes con estas experiencias en mi consulta de dolor crónico, adonde llegan desesperadas por que alguien simplemente LAS ESCUCHE. Parece una exageración, pero, por desgracia, no lo es.

Todas hemos pasado por ahí. A mí me ha ocurrido. Y probablemente a ti también. Si estás leyendo este libro, es muy posible que alguna vez hayas salido de una consulta médica con la sensación de que la persona que debía velar por tu salud (hombre o mujer, da igual) no te ha creído del todo. Que ha minimizado tu dolor. Que le ha quitado importancia a lo que sentías.

La pregunta que sigue sin responderse es: ¿por qué nos pasa tanto a nosotras?

Y, aunque duela, la respuesta es simple: porque no somos

hombres.

La medicina moderna se escribió por y para los hombres.

Durante décadas, los ensayos clínicos reclutaban únicamente a hombres. Se consideraba que las mujeres éramos un estorbo en los ensayos científicos. Nuestras hormonas, nuestro ciclo menstrual, la posibilidad de un embarazo, todo eso se consideraba un problema, una variable molesta. ¿La solución? Excluirnos.

RECORDEMOS QUE, ANTES DE 1990, LA PRESENCIA DE LAS MUJERES EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS NO LLEGABA AL 20 POR CIENTO.

Eso significa que la mayoría de los medicamentos que tú y yo hemos tomado están diseñados, testeados y pautados en función del cuerpo masculino. Y eso no es gratuito; si te comparas con tu vecino, tu padre o tu marido, tomando el mismo medicamento, tú tienes entre 1,5 y 1,7 veces más riesgo de sufrir efectos adversos.

No estamos locas. Estamos invisibilizadas por la medicina. Nuestras enfermedades están menos estudiadas e incluso, a veces, mal medicadas.

A riesgo de que cierres el libro o lo tires contra la pared, déjame contarte el caso de una paciente mía a la que mantendré

en el anonimato:

María tiene veintinueve años y hace años que sufre un dolor abdominal recurrente. Ha perdido ya la cuenta de las veces que ha ido a urgencias. Cuando no le han dicho que es un cólico menstrual, le han dicho que es ansiedad. Alguna vez le han hecho alguna analítica, que ha salido normal. Le han acabado diciendo que sufre de intestino irritable. Sin embargo, el dolor ha ido a peor y resulta incapacitante. Le recetan benzodiacepinas porque la ven muy afectada. Tras cinco años de dar tumbos por médicos, alguien le sugiere que acuda a mi consulta. Tras una exploración y una revisión minuciosa de su historial y su clínica, la derivo a una ginecóloga experta en endometriosis. Le hacen una laparoscopia porque las pruebas de imagen no son del todo concluyentes. Resultado: endometriosis profunda con invasión de estructuras vecinas.

El problema es que no es solo María; somos miles de mujeres como ella. El retraso medio en el diagnóstico de endometriosis es de ocho años. Ocho años de dolor, de incertidumbre, de médicos que te dicen que exageras. Pero no solo es la endometriosis; este es, quizá, el caso más sangrante, porque es un problema exclusivo de las mujeres que no se ha estudiado.

¿Y esto por qué? Porque, desde los inicios, la medicina ha tratado a la mujer como a un hombre pequeño con ovarios. Ha

considerado que nuestro cuerpo funciona igual que un cuerpo masculino, aunque con pequeñas adaptaciones.

Pero no. Nuestra fisiología no es igual; nuestro sistema inmunitario responde de manera distinta. Nuestro metabolismo procesa los fármacos de otra forma. Nuestros síntomas de enfermedades comunes, como el infarto, no se parecen a los de los hombres.

El problema no es que seamos diferentes ante la medicina, el problema es que hace siglos que se ignoran estas diferencias, y esto es causa de sufrimiento y muertes.

Y, ante un sistema médico que nos falla por sistema, lo peor de todo es que, una vez más, la responsabilidad es nuestra. Si los síntomas no coinciden con el manual que se escribió para los hombres, será que no es real.

La medicina no asume su sesgo de género. Lo sufrimos nosotras.

UNA MUJER TIENE UN 50 POR CIENTO MÁS DE PROBABILIDADES QUE UN HOMBRE DE RECIBIR UN DIAGNÓSTICO INCORRECTO DE INFARTO EN URGENCIAS.

Por eso escribo este libro.

Porque va siendo hora de abrir muchos melones.

Porque es necesario que tú y yo tengamos una conversación. Y es que, aunque nuestras experiencias (las de todas las que lean este libro) no sean iguales, hay algo en lo que se parecen: la invisibilidad.

Quiero que este libro sea un espacio seguro donde pongamos nombre a lo que tantas veces hemos sentido, pero no podíamos explicar. Quiero que tengas datos, que tengas argumentos, que tengas recursos para plantar cara cuando alguien te diga: «Eso es solo ansiedad».

Este libro nace desde la rabia y la impotencia. La rabia y la impotencia de ver cómo nos han ignorado y nadie se ha molestado en cambiarlo. Pero también busca la revolución. La revolución de que, al ponerlo sobre la mesa, podamos cambiarlo. Porque ya hay investigadoras, médicas y pacientes moviéndose en ese sentido.

Porque cada vez que una de nosotras se planta y dice: «No me voy hasta que me hagan las pruebas que necesito», está abriendo un camino para las demás.

Y es que, al final, si quieres que las cosas se hagan bien, tienes que hacerlas tú misma.

Este no será un libro lleno de tecnicismos y palabrería; será una tertulia entre mujeres que están hasta el coño de ser ignoradas. Y,

aunque leerás sobre datos científicos, estudios, estadísticas y muchas cosas que harán que tengas ganas de ir a quemar cosas, recuerda que la indignación también puede ser el principio de algo positivo. Porque lo personal es político, incluso cuando hablamos de medicina.

En este prólogo no quiero solo contarte de qué va a ir el libro; quiero compartir un manifiesto. Es una declaración de intenciones.

Merecemos una medicina que estudie los problemas de las mujeres.

Merecemos diagnósticos en tiempo, forma y tratamientos seguros.

Y, sobre todo, merecemos que se nos vea y se nos escuche.

Este libro es mi aportación a esta lucha. No es un final, sino un nacimiento. Una semilla de una de las muchas conversaciones que deben empezar a tenerse al respecto.

Así que: bienvenida, amiga mía.

Si alguna vez te dijeron que exageras, si alguna vez saliste de una consulta pensando que ni siquiera se han molestado en escucharte, este libro es para ti.

Empecemos la revolución.

1
NO SOMOS HOMBRES PEQUEÑOS

EL SECRETO QUE TODOS SABÍAN

Ya no es un secreto que en 1993 se soltó una bomba informativa sobre la salud de las mujeres: hasta ese momento, la FDA (la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) había estudiado los fármacos casi exclusivamente en hombres.

Y, aunque hacía décadas que era un secreto a voces, tuvo que reconocerlo públicamente.

Sí, amiga, has leído bien. Las pastillas que tomábamos (y tomamos) millones de mujeres en el mundo habían sido estudiadas en un paciente modelo estándar: hombre, casi siempre

joven, blanco, de entre setenta y ochenta kilos. Y no es que quiera ponerte de mal humor, pero la razón era simplemente que se consideraba que los cuerpos femeninos eran «demasiado complicados».

¿Por qué?

Las hormonas, el ciclo menstrual, el embarazo, todo esto puede dificultar la estandarización de los resultados de un estudio y complica las investigaciones sobre cómo afecta un fármaco al paciente. La solución fue, pues, excluir a las mujeres de los ensayos clínicos porque estorbábamos el avance de la «ciencia». El problema es que, en la práctica, no sabemos cómo afecta realmente la utilización de un determinado fármaco en el 50 por ciento de la población que lo utilizará, porque era un estorbo estudiarlo. Pero, bueno, eso tampoco es tan importante (según a ojos de quién). De hecho, este sesgo de género se encuentra también en los estudios con ratones, en los que se descarta el uso de las muestras de sexo femenino por la misma razón hormonal. Así que el hecho de dejar fuera a las mujeres no es algo que solo ocurra cuando se pasa a los estudios con personas. Al contrario, desde las primeras fases de los estudios, se desprecia por completo el impacto de las intervenciones o de los fármacos en los ejes hormonales femeninos así como en otras características intrínsecas femeninas de las que carecen los ejemplares

masculinos.

Como decía Elizabeth Comen, oncóloga especializada en cáncer de mama e historiadora de la medicina: «En salud, a las mujeres se nos ha tratado como a hombres pequeños».

El problema es que no lo somos. Y esa discriminación nos está costando vidas.

EL PACIENTE MODELO ES UN HOMBRE BLANCO

Durante gran parte de la historia de la medicina, cuando se hablaba de «paciente», de lo que se hablaba era de un hombre. Yo misma, durante la carrera, me di cuenta de que, en los libros de estudio, la imagen de referencia siempre era la de un hombre. Y de que, en la práctica clínica, los ensayos, los estudios, las pruebas y los test también se realizaban sobre muestras masculinas. Y, profundizando todavía más en esta brecha de género, fui consciente de que los problemas que se analizaban estadísticamente eran los que les afectaban a ellos.

¿Por qué? No es que quiera ponerte de mal humor ya en el primer capítulo, pero la respuesta es tan simple como absurda: primero, porque se pensaba que las hormonas femeninas podían alterar los resultados de la investigación y, segundo, porque se temía que una mujer en edad fértil quedara embarazada durante

la investigación y que eso supusiera un problema para seguir adelante con el estudio.

Sin embargo, lo que parece que pasaban por alto era que esos medicamentos o tratamientos iban a utilizarse más adelante en mujeres con esas hormonas sobre las que nadie había estudiado el efecto que podían tener.

Esta clase de «errores útiles» por parte de la comunidad científica han convertido al hombre en la norma biológica por defecto y a la mujer en la excepción.

Antes de 1990, menos del 20 por ciento de los participantes en ensayos clínicos eran mujeres, pero es que, en un estudio de 2022 realizado en la universidad estadounidense de Saint John, se vio que la media de las mujeres que participan en los ensayos clínicos se sitúa entre el 2 y el 32 por ciento. Y es que, aunque la participación de las mujeres en las últimas fases de los ensayos ha mejorado en las últimas décadas, todavía somos una nota a pie de página en los primeros pasos de las investigaciones.

LA MEDICINA NACIÓ EN MASCULINO. Y NOSOTRAS SUFRIMOS LOS EFECTOS SECUNDARIOS.

SIGA SIEMPRE LAS INDICACIONES DE USO DEL

MEDICAMENTO (QUE NO FUERON ESCRITAS PARA USTED)

Vale, amiga, ya nos ha quedado claro que no era «cómodo» adaptar los estudios médicos a las mujeres, pero, en la práctica, ¿qué efectos tiene esto sobre nuestra salud?

Pues muy sencillo: cuando tu cuerpo no es aquel sobre el que se han hecho las pruebas, esto tiene problemas de efectos secundarios, en algunos casos graves.

POR ESA RAZÓN, LAS MUJERES TENEMOS ENTRE 1,5 Y 1,7 VECES MÁS RIESGO DE SUFRIR REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS QUE LOS VARONES.

Es nuestro pan del día a día. Vamos a poner un ejemplo: Lucía, una maestra de cuarenta y cinco años, lleva un par de meses con insomnio. Obviamente, nadie va a estudiar POR QUÉ lo tiene; de entrada, le dan somníferos o sedantes (de los que ya hablaremos en otro capítulo). Le recetan zolpidem 10 mg. Lucía, por supuesto, duerme del tirón. Pero a la mañana siguiente, cuando coge el coche, se nota más lenta, y en un par de ocasiones tiene un susto con el cambio de luces de un semáforo. Lo que Lucía no sabe es que la dosis de medicamento que ha tomado es mayor de la que debería tomar, y que está expuesta a sufrir un accidente porque el

medicamento que ha tomado nunca se ha probado en mujeres como ella.

He puesto este ejemplo porque el caso de este fármaco es uno de los más famosos. El zolpidem es un somnífero aprobado en los años noventa que probablemente tú, tu madre o alguien que conoces tiene prescrito. Durante años, se recetó por igual a hombres y mujeres, pero las mujeres empezaron a presentar cuadros peligrosos de somnolencia y falta de concentración por las mañanas que podían acabar incluso en accidentes de tráfico. En 2013, la FDA reconoció que nosotras metabolizamos esta droga más lentamente que los hombres, y, aun así, se nos había estado dando la misma dosis que a ellos. Millones de mujeres habían conducido medio dormidas durante años. La solución, no obstante, fue insuficiente: darnos la mitad de la dosis. Sin más estudios ni pruebas. Así que quiero abrirte los ojos. En la actualidad, la dosis más frecuente de venta sigue siendo zolpidem 10 mg. Pregúntale a tu vecina o abre tu cajón de los medicamentos. Siguen sin ajustarnos la dosis.

Si queremos ahondar más en la llaga, no podemos dejar de nombrar el drama de la talidomida, uno de los mayores escándalos de la historia de la medicina, que afectó en especial a las mujeres y a los hijos que tuvieron. Aunque tuvo impacto sobre todo en los años cincuenta y sesenta, en España, se comercializó

hasta los ochenta. En un inicio, este medicamento fue vendido como un sedante y calmante para mujeres embarazadas a pesar de que no se habían realizado las pruebas adecuadas sobre su seguridad en este contexto. Se distribuyó, así, sin conocimiento de los riesgos que implicaba para el feto. A consecuencia de ello, miles de bebés nacieron con graves malformaciones, como problemas en los miembros, deformaciones en los órganos internos y daño neurológico. Muchas mujeres embarazadas habían tomado la pastilla confiando en su seguridad. ¿Cómo iban a pensar que se les daba un medicamento específico para ellas, pero del que no se habían estudiado los efectos que podía tener en ellas o en sus bebés? Fue una crisis sanitaria, legal y ética que obligó a revisar los protocolos de las pruebas farmacológicas y fortaleció la regulación de los medicamentos a nivel mundial. Aun así, hoy en día seguimos peleando por una adecuada representación de las mujeres en los ensayos clínicos farmacológicos.

NO SOMOS UN «HOMBRE PEQUEÑO»

Cuando estudias la carrera de Medicina, te das cuenta de que la única vez en la que los órganos femeninos son clave en el temario es cuando estudias el sistema reproductivo. No hay apartados

para ellos cuando evalúas patologías, medicamentos o pruebas de cómo afectan estos de forma diferente a cada organismo según nuestras diferencias biológicas.

Parece que se les olvida, de forma constante, que el ciclo menstrual afecta al metabolismo de los fármacos, a la inmunidad y hasta a la percepción del dolor. O, por ejemplo, algo que veo en mi práctica clínica como médica del dolor crónico: algunas enfermedades autoinmunes, como el lupus o la artritis, afectan hasta nueve veces más a las mujeres; sin embargo, se han estudiado mucho menos. Otro caso bien conocido, pero que nadie parece querer cambiar: como te he explicado en la introducción de este libro, la endometriosis tarda un promedio de ocho años en diagnosticarse, lo que ocurre porque es una patología femenina y su investigación es prácticamente inexistente.

DATOS ALTAMENTE PERJUDICIALES PARA LA SALUD: HAY MÁS ESTUDIOS SOBRE LA CALVICIE MASCULINA QUE SOBRE ENDOMETRIOSIS.

EL SESGO DE GÉNERO CUESTA VIDAS

No somos solo números en un papel; somos el 50 por ciento de la

población que necesita atención médica. Y eso se traduce en graves diferencias que cuestan vidas:

- El retraso sistemático en el diagnóstico de las patologías en las mujeres, porque, pese a la mayor prevalencia en ellas de enfermedades de dolor crónico o autoinmunes, la primera respuesta es que es «estrés» o «ansiedad», para lo que se recetan benzodiacepinas.
- Las benzodiacepinas, igual que otros fármacos, tienen un mayor efecto en nosotras, porque se nos recetan según el metabolismo masculino.
- La muerte por infarto en mujeres, porque nuestros síntomas no se parecen a los de los hombres.

Son historias repetidas miles de veces, en todos los países, en todos los sistemas de salud.

EL SESGO DE GÉNERO MÉDICO NO ES UN CONCEPTO ABSTRACTO: ES UNA REALIDAD QUE CUESTA UN RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO, SUFRIMIENTO, UNA MENOR CALIDAD DE VIDA Y MUCHAS MUERTES EVITABLES.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO SALVA VIDAS

Cuando te pregunten para qué sirve el feminismo, diles que para salvar vidas. Y es que, a partir de los años noventa, gracias al movimiento feminista y a la entrada de las mujeres en los entornos sanitarios y de investigación, se iniciaron algunos cambios, aunque modestos: los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos obligaron a incluir mujeres en los ensayos clínicos. Sin embargo, esto no llegó a Europa hasta los años 2000. Actualmente, cuando se envía un artículo científico a revisión, se pide que los resultados estén diferenciados por sexo.

Así pues, hablamos de cambios muy lentos, y de un ámbito en el que los sesgos heredados de décadas anteriores en muchísimos casos no se han modificado. En las situaciones más «afortunadas», se ha puesto un parche de mala calidad encima, para salir del paso.

Sin ir más lejos, en un análisis de 740 estudios cardiovasculares publicados entre 2010 y 2017, solo el 38 por ciento de los participantes eran mujeres.

LA TRISTE REALIDAD DETRÁS DEL SESGO DE GÉNERO MÉDICO

La elección del hombre como paciente modelo universal no es una

casualidad, sino que se eligió conscientemente por comodidad. Porque ni las diferencias de las mujeres ni los problemas que pudiera causar en nosotras el hecho de dejar de estudiarlos era «importante».

Y lo más grave es que, cuando un diagnóstico no encaja, cuando un medicamento falla, no se duda del sistema, se duda de nosotras. Se nos dice que estamos «histéricas» o somos unas «exageradas». Pacientes difíciles.

El corazón es el mejor ejemplo. Durante décadas, se enseñó que el síntoma clásico del infarto era el dolor en el pecho que se irradiaba al brazo izquierdo, lo cual sirve para los hombres. En cambio, las mujeres solemos experimentar náuseas, fatiga o mareos. Sin embargo, como no es el cuadro clásico de presentación del infarto, muchas mujeres han sido, y aún son, mal atendidas en urgencias cuando acuden con un infarto.

EL INFARTO FEMENINO ES UNA DE LAS PATOLOGÍAS INVISIBLES MÁS MORTALES DE NUESTRA ÉPOCA.

Pero de eso hablaremos en el próximo capítulo.

2

EL ASESINO INVISIBLE: EL INFARTO FEMENINO

Aún recuerdo a una paciente que, mientras la vigilaba durante el posoperatorio de una cesárea, debutó con una arritmia a más de 150 latidos por minuto. Cuando le pregunté si alguna vez había tenido algún problema cardiaco, me respondió que notaba palpitaciones desde hacía años y había acudido varias veces a urgencias. Entré entonces en su historial y empecé a revisar los informes de sus visitas.

Ni un puñetero electrocardiograma. Siempre lo habían tachado de ansiedad, le habían recetado diazepam y a casa. En ese momento, le diagnosticamos una fibrilación auricular.

Otro caso: Carmen, una paciente de sesenta años que, un día cualquiera, acudió a urgencias porque tenía un dolor muy agudo

en la mandíbula. Ni en el pecho ni en el brazo izquierdo. Hacía un par de horas que se había sentido de pronto cansada, mareada y con náuseas. El diagnóstico en urgencias fue claro: ansiedad.

Tres horas después, sufrió un infarto.

Por desgracia, estos ejemplos no son la excepción, sino la norma. Las mujeres tenemos un 50 por ciento más de probabilidades que un hombre de que no se nos diagnostique un infarto al acudir a urgencias. Esto ocurre porque la presentación del infarto se ha enfocado en los hombres, hasta el punto de que se considera y denomina «la presentación típica» del infarto, y lo es, pero solo en los hombres. Una vez más, el corazón de la mujer y sus problemas se quedaron en el olvido.

¿DOLOR TORÁCICO TÍPICO O PRESENTACIÓN MASCULINA?

Si ahora mismo piensas en cómo te han enseñado a reconocer un infarto, ¿qué me dirías? Seguramente: un dolor súbito, torácico, en el pecho, como una losa opresiva, que se irradia al brazo izquierdo. El clásico «dolor torácico típico»: un hombre se lleva la mano al pecho, se agarra el brazo izquierdo y se desmaya.

Sin embargo, lo que no sabías es que ese no es el dolor «típico»; es el masculino.

Solo hombres en los ensayos clínicos.

Solo hombres en las estadísticas.

Solo hombres en los protocolos.

No obstante, en nosotras el corazón habla otro idioma, y el infarto tiene una presentación muy diferente:

— Mareos.

— Náuseas.

— Dolor en la espalda.

— Dolor en la mandíbula.

— Cansancio.

— Disnea.

Sin duda, estos síntomas son menos claros o espectaculares. Cuesta más identificarlos como característicos de un infarto. De hecho, ¿sabes cuándo no se relacionarán nunca con un infarto? Cuando ni siquiera los buscas porque no te han explicado que pueden significar eso. Cuando no pides un electrocardiograma porque parece un cuadro ansioso. Pero ¿sabes qué ocurre? Que matar matan igual.

En un estudio que incluyó a ciento ochenta mil pacientes suecos que entre 2003 y 2013 sufrieron un ataque al corazón, los investigadores del Instituto Karolinska de Suecia y de la Universidad de Leeds, en el Reino Unido, concluyeron que los

médicos nos hacen menos pruebas de diagnóstico, nos practican menos cirugías y nos ofrecen menos tratamientos. Y es que no solo no se nos detectan del mismo modo los infartos, sino que las mujeres tenemos el doble de probabilidades de morir que los hombres durante el año siguiente a sufrir un infarto.

Y no, no somos unas exageradas ni nos ponemos dramáticas. Los investigadores de este estudio encontraron pruebas en la diferencia de trato entre hombres y mujeres que habían sufrido ataques al corazón desde el primer contacto con los profesionales de la salud. Las mujeres, pues, tenemos menos probabilidades de que nos hagan las mismas pruebas de diagnóstico, lo que lleva a que tengamos una probabilidad un 50 por ciento mayor que los hombres de recibir un diagnóstico erróneo.

Por si no ha quedado claro, más datos: tenemos un 34 por ciento menos de probabilidades de que nos realicen un bypass o nos coloquen un stent, un 24 por ciento menos de probabilidades de que los médicos nos receten estatinas[1] y un 16 por ciento menos de probabilidades de que nos receten aspirina de forma preventiva.

Lo más grave es que estas evidencias van en contra de los protocolos oficiales, que estipulan que hombres y mujeres se beneficiarán de las mismas intervenciones. En este sentido, se vio que las mujeres que SÍ recibieron estos tratamientos tenían la

misma tasa de supervivencia que los hombres.

El sesgo de género mata, y el caso del infarto es un ejemplo más que evidente.

LA IGNORANCIA COMO PEOR ENEMIGO

Pero ¿y si, además, nosotras mismas no sabemos cómo detectar que estamos sufriendo un infarto, porque nunca nos han enseñado?

Un metaanálisis mostró que las mujeres tardan más en acudir al hospital porque no reconocen sus propios síntomas como los de un infarto. Durante años hemos aprendido que el infarto «de verdad» se presenta como ocurre en los hombres. Por eso, la mayoría de las mujeres que acuden a urgencias tardan horas, e incluso un día, en consultar con un médico, porque creen que tienen un cuadro de ansiedad o de mareos debido al estrés.

Y, claro, cuando por fin llegamos a urgencias, ya es tarde.

QUE NO TE CUENTEN PELÍCULAS

Lo malo de los sesgos de género es que no se quedan circunscritos a una sola esfera, sino que los vemos representados en anuncios, series o películas. Cuando un creador de cine o de

literatura piensa en cómo se presenta un infarto, incluso en un personaje femenino, lo representa con el cuadro típico masculino. Aunque, para ser sinceros, quien lo sufre es casi siempre el típico arquetipo masculino de CEO estresado o un abuelito que está leyendo en su jardín y se desploma. Y, si alguna vez aparece una mujer, se representa erróneamente con los mismos síntomas que los de los hombres.

La historia de la actriz Elizabeth Banks es una clara demostración de que la correcta representación es fundamental, y de que tanto libros como este, como el activismo y la visibilización salvan vidas. Tras conocer las estadísticas de las que te he hablado, esta actriz de comedia se convirtió en embajadora de la campaña *Go Red for Women*, de la American Heart Asociación (AHA). Además, en 2011, protagonizó un cortometraje, *Just a Little Heart Attack*, donde interpretaba a una madre que ignora sus síntomas porque está demasiado ocupada cuidando de los demás.

Este corto no solo ayudó a que muchas mujeres consultaran a profesionales ante este tipo de síntomas, sino que, asimismo, dejó claro que el hecho de que las mujeres sepamos cómo identificar nuestros problemas de salud cuando estos se presentan de un modo diferente que en los hombres salva vidas.

La campaña fue un éxito, pero también dejó al descubierto la

raíz del problema: necesitamos campañas específicas para mujeres, porque el sistema sanitario nunca nos enseñó a reconocernos.

¿EL SESGO DE GÉNERO MÉDICO MATA?

En Europa, las mujeres tienen un 37 por ciento más de riesgo de morir tras un infarto que los hombres. Sería lógico pensar que en los últimos años esta mortalidad ha ido en descenso gracias a las nuevas perspectivas de género. Sin embargo, la realidad es que hay multitud de estadísticas actuales de diferentes partes del mundo que indican que las mujeres jóvenes siguen siendo un grupo que no se ha beneficiado del descenso de mortalidad y que, incluso, sus cifras han empeorado.

Y recordemos que esto no son solo números en un papel: son vidas de mujeres que se pierden por un sesgo que nunca debería haber existido. Así que la próxima vez que acudas a urgencias con los síntomas que he descrito, quizá sea ansiedad, pero que te hagan un electrocardiograma.

TU CORAZÓN TE AVISA EN FEMENINO

El infarto es solo el ejemplo más conocido y estudiado del sesgo

de género médico. Tal vez porque evidencia que no se trata solo de un debate político o académico, sino que es una realidad que, en casos tan urgentes como los de un infarto, resulta en vida o muerte.

Y es que, del mismo modo que ocurre en el caso de las cardiopatías, cada vez que un síntoma femenino está fuera del radar diagnóstico porque tradicionalmente se ha considerado «atípico», las mujeres nos quedamos desprotegidas y sin diagnóstico. Cada vez que nosotras mismas infravaloramos nuestras patologías porque nadie nos ha explicado cómo reconocer nuestros síntomas, nos estamos jugando a la peor mano nuestra propia salud.

Si en casos de urgencias vitales el cuerpo femenino ha sido tan invisibilizado, en patologías crónicas que afectan a la calidad de vida todavía es peor. En mi campo, el dolor crónico, que padecen muchas mujeres, la primera respuesta cuando se busca atención médica es aterradoramente similar: nos dicen que exageramos.

3

EL DOLOR CRÓNICO COMO COMPAÑERO DE VIDA

MENOS, PEOR Y MÁS TARDE

Un estudio de 2024 revisó aproximadamente veintidós mil notas de altas de urgencias de pacientes con dolor, y los resultados fueron indignantes: en general, las mujeres reciben menos medicación para el dolor que los hombres. En concreto, sus constantes de dolor son un 10 por ciento menos registradas, y, de media, tardan treinta minutos más que los hombres en recibir cualquier tipo de medicación para el dolor ante el mismo tipo de queja.

2024 es anteayer. Yo no sé tú, pero a mí me dan ganas de

sentarme en la puerta del Ministerio de Sanidad con un megáfono y exigir responsabilidades. Quizá sea porque mi vocación es el tratamiento del dolor crónico, pero es posible que en este capítulo me acabe exasperando (más de lo habitual).

NO ESTÁS LOCA, ESTÁS HARTA

¿Te suena la palabra «histérica»? El término «histeria» procede del griego *hystera* (útero), y era lo que clásicamente se diagnosticaba como comodín a cualquier malestar que presentaran las mujeres.

¿Que tenías astenia y dolor? Histeria. ¿Que habías caído en una depresión? Histeria. ¿Que sufrías migraña? Histeria. ¿Que te dolía todo? Histeria. ¿Te resulta familiar? Ahora no lo llaman «histeria», pero la canción suena muy similar.

En lugar de escucharnos, se nos tachaba de emocionales. En lugar de investigar, se nos daban pastillas para los nervios. Y, hoy en día, no hemos llegado muy lejos. El dolor crónico en las mujeres sigue siendo sistemáticamente infravalorado.

DATOS QUE DUELEN

Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de desarrollar dolor crónico. Y, aun así, si llegan a la consulta quejándose

de que les duelen las rodillas cada día, de manera persistente, también tienen muchas más probabilidades de salir con una prescripción de una medicación para la ansiedad, mientras que un hombre saldría con un volante para una resonancia.

Las enfermedades de dolor crónico predominantes en mujeres, como la fibromialgia, en la que el 90 por ciento de las personas diagnosticadas somos nosotras, las mujeres, están muy poco investigadas. Me gustaría hablar un poco en profundidad de la ironía de esta patología.

La fibromialgia es un arma de doble filo. Hasta la fecha, ha sido un cajón de sastre en el que cabía cualquier patología para la que no hubiera otro diagnóstico con un tratamiento posible demostrado. Esto se debe a que, hasta hace poco, no había estudios que explicaran qué era o de dónde venía la fibromialgia. Por eso, bajo este paraguas se metía a toda mujer que se quejara de dolor y, solo por ese diagnóstico, ya se le atribuía un componente de discriminación y se la tachaba, en pocas palabras, de la clásica «histérica».

Por eso, es muy importante que tengamos muy claras dos cosas:

1. La fibromialgia existe, pero, al ser una patología prevalente en mujeres, la investigación sobre su origen y cómo tratarla todavía es muy incipiente (es posible que esto, casualmente,

te recuerde a la endometriosis).

2. No todo dolor que tiene una mujer es fibromialgia, porque, si a toda mujer que presenta un dolor crónico le ponemos esta etiqueta, eso puede llevarnos a no investigar otras posibles causas que quizá tienen un tratamiento sencillo y resolverían su problema de salud. Las condenamos, pues, a sufrir sin soluciones.

Por eso, cuando en mi consulta de dolor crónico veo por primera vez a una paciente a la que le han dado el diagnóstico de fibromialgia, siempre le pregunto: «Pero ¿hemos descartado otras causas?». Y a menudo la paciente no tiene un cuadro de fibromialgia, sino un dolor muy focalizado y necesita, por ejemplo, una resonancia de hombros que puede llevarnos a un diagnóstico final de tendinitis bilateral relacionado con su trabajo de limpieza.

Os pongo un ejemplo cualquiera de los que me encuentro a diario en mi consulta: Laura tiene cuarenta años y lleva meses con dolor lumbar persistente. Ya ha ido al médico de primaria, que le dijo: «Será estrés, prueba a hacer pilates». Vuelve un mes después, exactamente con el mismo dolor, después de haber hecho rehabilitación privada y pilates y de haber tomado analgésicos cada día. «Quizá es depresión», apunta entonces el médico.

Laura llega a mi consulta tras tres años de peregrinaje médico, desesperada, visiblemente deprimida por culpa de su dolor y el

abandono médico. Tras explorarla, le pido una resonancia lumbar. El diagnóstico: una hernia que requería tratamiento desde hacía tiempo.

Ojalá solo hubiera una Laura; el problema es que cada tarde de consulta tengo cinco pacientes con historias muy similares. Mujeres que viven atrapadas entre el dolor y la invisibilidad.

MISMO DOLOR, DISTINTO TRATAMIENTO

Más allá de que se nos escuche o se nos pidan o no pruebas para descubrir qué nos pasa, ni siquiera se nos recetan las mismas soluciones farmacológicas. En este sentido, se ha demostrado que, en urgencias, ante una misma escala de dolor, los opioides se prescriben menos a mujeres que a hombres.

En cambio, es más probable que a las mujeres se nos receten ansiolíticos o antidepresivos como respuesta al dolor, porque se considera, en nuestro caso, que este tiene un origen «emocional». Sin embargo, este tipo de medicamentos se metabolizan más lentamente en las mujeres y, además, está estudiado que generan más adicción en mujeres que en hombres.

En resumen: si un hombre tiene dolor, se trata. Si una mujer tiene dolor, es ansiedad.

CUANDO EL DOLOR ES SOLO DE LAS MUJERES

Un capítulo sobre dolor en las mujeres no sería tal si dejamos de lado el dolor menstrual.

La dismenorrea (el dolor menstrual intenso) afecta a más del 50 por ciento de las mujeres en edad fértil y, sin embargo, se encuentra terriblemente normalizado e incluso invalidado por otras mujeres. «Es normal, no seas floja, que todas pasamos por eso», es habitual escuchar.

El problema es que esa normalización invisibiliza enfermedades como la endometriosis, que tarda una media de entre ocho y diez años en diagnosticarse y para la cual en la mayoría de los centros no hay unidades especializadas, así como tampoco tratamientos efectivos. En general, las mujeres que sufren endometriosis tienen que pasar por una década de visitas durante las cuales se las invisibiliza, se menosprecia su dolor o se les dice que es normal que les duela la menstruación.

Es sangrante que muchas mujeres se vean obligadas a buscar respuestas diagnósticas a su dolor por sus propios medios, porque cuando acuden a su hospital de referencia, muchas veces lo máximo que se les ofrece son pastillas anticonceptivas sin ninguna prueba para investigar el origen de su dolor incapacitante.

UN FALSO ESTEREOTIPO

El estigma de la mujer que sufre dolor crónico se ve acrecentado por el hecho de que cualquier paso dentro de una consulta médica va precedido por toda una cultura popular que nos ha pintado como menos fuertes, más emocionales, más histéricas y con menor tolerancia al dolor.

La realidad, en cambio, es muy distinta, dado que algunos estudios sugieren que las mujeres tenemos más tolerancia a ciertos tipos de dolor crónico gracias a determinados mecanismos hormonales, aunque esto rara vez nos lo enseñan en la carrera.

Quiero recordaros, simplemente, que nosotras somos capaces de aguantar un parto, y antes no existía la epidural.

NO ES EL AZAR, ES EL SISTEMA

No es casualidad, por lo tanto, que una patología que solo afecta a las mujeres, como la endometriosis, tarde una media de entre ocho y diez años en diagnosticarse. No es mala suerte, es negligencia estructural.

Así pues, si tienes un dolor crónico sobre el que no han investigado el origen y no han descartado posibles causas tratables, no podemos asegurar que sea fibromialgia. Y, sobre todo, no permitas que te mediquen con antidepresivos y

ansiolíticos sin saber si realmente te hacen falta. Y si alguien te dice: «Tendrás que acostumbrarte a vivir con dolor», respóndele: «¿Y qué has hecho hasta ahora para descartar que mi dolor tenga tratamiento?».

TU DOLOR IMPORTA

El dolor crónico es una carga que menoscaba la calidad de vida de las pacientes y de su entorno. Nos dicen que no es para tanto, que aguantemos, que aprendamos a vivir con dolor. Pero todos los datos estadísticos nos demuestran que, ante un mismo problema, que es quejarse de vivir con dolor, en las consultas médicas las mujeres jugamos con desventaja respecto a los hombres.

Y si el dolor —que puede investigarse y del cual en muchos de los casos se puede buscar el origen con pruebas— se ignora e invisibiliza sistemáticamente en las mujeres, imaginad lo que ocurre con algo aún más invisible: la salud mental de las mujeres. En ese caso, el sesgo médico y el estigma social van de la mano desde hace siglos.

4
SERÁ ANSIEDAD

No estás rota. Estás exhausta. Estás sobreviviendo en un mundo que no está diseñado para ti.

Tienes poco más de treinta años. Tardas cuarenta y cinco minutos de ida y cuarenta y cinco de vuelta para ir cada día al trabajo. Tus padres empiezan a necesitar que los acompañes al médico. Tienes dos hijos que adoras, pero que dependen completamente de ti. Tu pareja no es un apoyo real a la hora de aliviar la carga mental que supone maternar. Las cuentas son un sudoku que te cae como una espada de Damocles cada final de mes. No has tenido un día libre, solo para ti, en meses.

Has empezado a sufrir migrañas cada vez más a menudo, te duelen las articulaciones y te ha salido una erupción feísima que aparece como un sarpullido que juega al escondite a su antojo por tu cuerpo. Estás cuidando tu alimentación porque todo te sienta mal, apenas cenas muchas noches y, aun así, sin venir a

cuento, has vomitado de madrugada y te has despertado por dolores de estómago horribles. Y eso que lo que es dormir duermes poco. Te sientes cansada. Te parece que estás al borde de un precipicio y que solo haría falta una leve brisa para que te despeñaras ladera abajo. Decides ir al médico, porque, desde luego, bien no te encuentras.

Llegas a la consulta del médico de atención primaria después de esperar tres semanas para tener cita. No has querido ir a urgencias porque tampoco es para tanto, y no quieres molestar. Y, además, tienes que trabajar y recoger a tus hijos del colegio. La semana pasada, un día casi te pasaste tu parada de metro del trabajo porque te quedaste dormida. La verdad es que te quedarías más tranquila con una analítica, porque te da miedo estar anémica o tener algún desajuste hormonal. Le cuentas a tu médico que desde hace unos meses arrastras insomnio, problemas digestivos y sarpullidos y que a veces te duelen mucho las muñecas y los tobillos, y se te hinchan.

Pero no te toca ni las articulaciones. Ni siquiera te ausculta. «Necesitas relajarte —dice mientras te sonríe, sin levantarse de la silla—. Y dormir, que se te nota muy ansiosa». Tampoco te pide una analítica. No te pregunta por la carga mental, ni por la red de cuidados, ni por tu ciclo hormonal ni por tus problemas digestivos. Te marchas de la consulta con una receta de benzodiacepinas a

demanda, como si fueran caramelos, y más dudas que certezas.

Esta escena se repite cada día en miles de centros de salud: mujeres agotadas, enfermas, mal diagnosticadas, sin indagar en su contexto. Se han invisibilizado el dolor y las patologías femeninas poniéndoles la máscara genérica de ansiedad. Y, en los casos en los que esta ansiedad es real, tampoco se profundiza en sus motivos ni en cómo tratarla. Se medicaliza el malestar femenino en lugar de escucharlo.

En 2008 ya se constató que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de recibir un diagnóstico de ansiedad o depresión antes de descartar una enfermedad física. En pocas palabras, si nosotras llegamos con un dolor en el pecho, nos dirán que tenemos ansiedad, mientras que, si es un hombre, pensarán que quizá tiene un infarto.

Hay un claro sobrediagnóstico de ansiedad y depresión en las mujeres: nosotras tenemos entre dos y tres veces más probabilidades de recibir estos diagnósticos que los hombres, incluso con síntomas similares. Eso lleva a que, en los casos en los que no se trata realmente de estas patologías, los verdaderos problemas de salud femeninos se queden sin tratar y sean ignorados. Y, en los casos en los que de verdad hay un problema de sufrimiento mental, no se deriva a un especialista para que se trate en condiciones.

No obstante, esto no viene de ahora, sino que, aunque se intente maquillar la historia médica, durante siglos se ha ignorado la salud de las mujeres a golpe de diagnosticarnos de histeria. Recordemos que la palabra viene del griego *hystera* (útero). Todo lo que nos ocurría a las mujeres y que no se molestaban en investigar, desde los mareos hasta la depresión, era culpa del útero. Recordemos, amigas, que, hasta hace cuatro días, no se eliminó el diagnóstico formal de «histeria». Desapareció, por fin, en 1980, cuando publicaron la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*DSM-III*).

Pero, vamos, que a lo que antes llamaban «histeria» ahora le han puesto el nombre de «ansiedad». Todavía hoy los síntomas se minimizan, se interpretan como emocionales y se nos recetan con muchísima más frecuencia psicofármacos.

SPOILER: NO ES TU SEROTONINA, ES EL SISTEMA

Si de algo estamos cansadas las mujeres hoy en día es de que se nos exija el doble que a los hombres mientras vamos por la vida con una banda de Mr. Wonderful al pecho. Hay una epidemia silenciosa que nos afecta especialmente: la del agotamiento. Y no me refiero solo a estar cansadas. Me refiero a ese agotamiento existencial, denso, que se pega al cuerpo como la humedad. Ese

que no se quita con una siesta. Que no desaparece con yoga ni con afirmaciones positivas. Que se arrastra durante años.

Las mujeres tenemos el doble de probabilidades de ser diagnosticadas con ansiedad y hasta un 70 por ciento más de probabilidades de padecer depresión en algún momento de la vida.

Pero vamos a detenernos un momento, amiga, y, antes de asumir que se debe a nuestra biología (las hormonas, claro, siempre las hormonas), vamos a ponernos un poco en perspectiva: las mujeres somos la mayoría en los trabajos de cuidados, cobramos menos, asumimos más tareas domésticas, cuidamos a los hijos, los padres y las parejas. Tenemos que estar guapas, sanas, disponibles y ser tranquilas. Muchas veces, todo a la vez.

Así que no, no se puede hablar de la salud mental de las mujeres sin abordar el contexto sociocultural en el que vivimos.

Y a todo eso hay que añadirle que, en vez de con comprensión y con escucha activa, en general sales de la consulta del médico con recetas de benzodiacepinas y con un «Tienes que aprender a manejar el estrés». Como si no estuviéramos ya haciendo malabares con fuego.

NO ESTAMOS LOCAS, ESTAMOS HARTAS

En cambio, patologías como el TDAH o el TEA, así como otras neurodivergencias, continúan infradiagnosticándose en las mujeres. Además, cuando se realiza un diagnóstico, siempre se hace tarde, con lo que esto implica en el día a día de las mujeres. Así, durante mucho tiempo desconocen cómo desenvolverse en un ambiente que resulta adverso para ellas y que no entiende su diferencia respecto a la norma.

De modo que muchas mujeres no reciben un diagnóstico de TDAH o autismo hasta la adultez, a los treinta, a los cuarenta o incluso después. Hasta ese momento, son etiquetadas de «ansiosas» o «inestables», por lo que reciben medicación desde muy jóvenes que tiene graves efectos secundarios sobre su forma de desarrollarse en vez de aprender herramientas que las empoderen y las ayuden a interactuar con el medio en el que viven. Y, en la mayoría de los casos, el diagnóstico llega gracias a su propia búsqueda durante años a través de las consultas privadas.

¿Por qué no se nos escucha antes? Porque, una vez más, los criterios diagnósticos están basados en varones. Dando vueltas de peonza en una mirada androcéntrica. Porque las mujeres con neurodivergencias empezamos muy pronto a enmascarar constantemente lo que nos ocurre. Porque a las mujeres se nos pone la etiqueta de «ser demasiado sensible» o de tener

«ansiedad».

LA SALUD MENTAL NO ES SOLO QUÍMICA, ES POLÍTICA

Nos han hecho creer que estar bien mentalmente es nuestra responsabilidad individual. Que, si meditas, visualizas y manifiestas, serás feliz. Esfuérzate más. No estás haciendo suficiente. Es tu culpa.

Pero no.

Si vives en un sistema que te explota, te culpa y te ignora, lo extraño sería no caer enferma.

Los ansiolíticos y los antidepresivos son sin duda herramientas valiosas. Bien recetados y utilizados en aquellas patologías que los necesitan, cumplen un rol indispensable. Solo estoy en contra de que sean la única respuesta que nos ofrece el sistema médico ante el malestar estructural.

Por eso necesitamos una salud con perspectiva de género. Que no reduzca la desazón a un desequilibrio químico, sino que entienda el contexto. Que nos escuche. Que no nos infantilice. Que no nos drogue sin antes preguntar.

Una mujer llega a consulta llorando, con insomnio, sin libido, comiéndose la ansiedad con cuchillo y tenedor. ¿Se le pregunta

por su contexto? ¿Por la sobrecarga? ¿Por la violencia psicológica que puede estar viviendo? A menudo no. Se receta. Y punto.

Medicalizamos el sufrimiento que provoca el mismo sistema que debería ayudarnos.

Lo mismo ocurre con el *burnout*: se habla de él en entornos corporativos, pero no se habla de la maternidad como una de sus causas, ni del agotamiento crónico de las mujeres cuidadoras, ni de la violencia emocional que se esconde tras muchos diagnósticos de depresión.

PODRÍA SER ANSIEDAD, PERO ¿Y SI NO LO ES?

Si vas a ir a una consulta médica y te da miedo que tachen de ansiedad una patología orgánica, apunta estos consejos para que por lo menos te escuchen:

— Lleva una lista breve de síntomas con fechas y duración.
— Pide que conste por escrito lo descartado y qué falta por descartar.
— Si te diagnostican ansiedad, pregunta: «¿Qué datos físicos hemos descartado para dar ese diagnóstico?».
— Y ante la duda: pide una segunda opinión sin sentir culpa.

La ansiedad existe y merece tratamiento, pero no puede ser

una excusa ni un comodín a todo lo que nos pasa. No se pueden menospreciar los factores que afectan a la salud mental de las mujeres y, además, utilizarla como una arma arrojadiza para silenciarnos, como han hecho desde hace siglos.

NO ESTÁS SOLA (Y NO EXAGERAS)

Si todo esto te suena, no es casualidad. Es un problema estructural. Muchas mujeres han tenido que aprender a insistir para ser atendidas. No tendría que ser así, pero, hasta que el sistema cambie, la insistencia informada salva tiempo y, a veces, incluso la vida.

5
ES NORMAL, YA SE TE PASARÁ

La endometriosis afecta a una de cada diez mujeres en edad fértil y, como ya anticipé en el capítulo 3, el retraso medio en el diagnóstico es de ocho a diez años.

Durante esta década de peregrinación entre médicos de atención primaria, de digestivo o internistas, muchas pacientes escuchan frases como: «Es que la regla duele», «Probablemente estés somatizando la ansiedad» o la clásica «Todas las pruebas te han salido bien».

En otras palabras: el dolor menstrual, fuente de sufrimiento del 50 por ciento de la población, es la representación gráfica de la minimización médica de una enfermedad que, pese a ser frecuente, sigue siendo invisible.

DOLOR NORMALIZADO, SUFRIMIENTO INVISIBILIZADO

Las mujeres nacemos con la condena de que viviremos con dolor: la menstruación, el síndrome premenstrual, las visitas al ginecólogo, la perspectiva del parto, la demonización de la epidural. Y espérate, que cuando tengas la menopausia... Crecemos con la perspectiva de una serie interminable de catastróficas desdichas que sufriremos solo por el hecho de ser mujeres.

Así que, como siempre te han dicho que la regla duele, que les pasa a todas y que no exageres, te callas. Sin embargo, lo que nadie dice es que un dolor que te hace vomitar, que te impide moverte, que te hace desmayarte o tener que cancelar todos los planes del día no es normal. Pero es que, además, demasiadas veces, cuando una mujer se atreve a ir a urgencias porque no puede más, la respuesta médica es un «Hay que acostumbrarse, a todas nos duele» y, como mucho, un «Si lo llevas muy mal, podemos darte anticonceptivos».

Creo que es indignante que miles de mujeres digan aquello de: «No, pero estoy contenta, al menos me han dado naproxeno. Me lo tomo diez días al mes y voy tirando». No, tomar antiinflamatorios de forma permanente no puede ser una opción. Ni es un diagnóstico ni los efectos secundarios son asumibles. No podemos

permitir que toda la respuesta que se le dé a una mujer con un dolor menstrual incapacitante sea esta.

LA ENDOMETRIOSIS: NI ES RARA NI DEBERÍA SER INVISIBLE

La endometriosis es un ejemplo de manual de sesgo de género médico. Piensa en una enfermedad crónica, inflamatoria y dolorosa que puede afectar a la fertilidad y a órganos vecinos, como un tumor que se metastatiza, y producir un dolor incapacitante. No hay protocolos diagnósticos, no se tiene en cuenta a la hora de diagnosticar y apenas se investiga sobre su tratamiento.

Pues eso es la endometriosis: una enfermedad propia de las mujeres cuya investigación lleva un retraso exasperante y que, si tienes la mala suerte de padecer, tardarán una media de entre ocho y diez años en diagnosticarte, mientras te vas hundiendo en un pozo de dolor e impotencia.

Y estos ocho-diez años de condena por omisión, ¿por qué? Porque, al ser una patología solo de las mujeres —es más, del sistema reproductivo de las mujeres—, no se ha investigado ni se han creado unos protocolos de alerta. Por ello, cuando las pacientes cuentan determinados síntomas, no se encienden las

alarmas del médico de «Podría ser endometriosis». En cambio, estos síntomas se confunden con «reglas fuertes». Porque, cuando una mujer se queja de dolor menstrual incapacitante y, además, en la mayoría de los casos tiene síntomas digestivos, seguro que es un problema de ansiedad. Porque la investigación en salud reproductiva femenina siempre llega tarde y, cuando llega, le cortan los fondos de financiación.

¿Y esto en qué se traduce? Pues el resultado son mujeres de veintilargos que se sientan en mi consulta de dolor crónico tras haber perdido peso, sobremedicadas a menudo sin sentido, con el estómago destrozado por los antiinflamatorios, habiendo desarrollado un cuadro ansiosodepresivo por culpa del dolor y con un calendario mental muy claro que marca los pocos días al mes que consiguen ser medianamente funcionales. Y lo que dicen todas, con una angustia que asfixia, es: «Yo ya solo quiero que alguien me escuche y se crea mi dolor, para descubrir qué me pasa».

Vamos a poner un ejemplo. Paula tiene diecisiete años. Falta a clase dos o tres días al mes. Su madre ya no sabe adónde llevarla. Vómitos, calambres, fiebre, se ha llegado incluso a desmayar. Han ido a varios médicos diferentes, incluso privados: «Cuento de adolescente», «Ansiedad», «Reglas dolorosas», «Que tome pastillas anticonceptivas».[1] Paula hace su vida como puede, a

golpe de antiinflamatorios y visitas a urgencias. Diez años después, a los veintiséis, intenta ser madre, pero no lo consigue. En el estudio de infertilidad al que se somete, le realizan una laparoscopia. El diagnóstico: endometriosis profunda severa.

Nueve años de retraso para un diagnóstico que pudo llegar en la primera consulta y que solo ha conseguido de rebote, porque no podía ser madre; al parecer, la única función del sistema reproductivo femenino por la que salta la alarma.

SI UNA ENFERMEDAD QUE NO ES INFRECUENTE TARDA ENTRE OCHO Y DIEZ AÑOS DE MEDIA EN DIAGNOSTICARSE, ES EVIDENTE QUE ALGO MUY GRAVE ESTÁ FALLANDO EN UN SISTEMA QUE ABANDONA ASÍ A SUS PACIENTES.

FANTASMAS QUE AÚN HAY QUE EXORCIZAR

En realidad, la ignorancia del dolor femenino no es algo de ahora, ni surge solo en relación con la endometriosis.

En la Grecia antigua, Hipócrates describía la causa de los dolores de las mujeres como un útero que se dedicaba a «bailar» por su cuerpo, lo que provocaba la «asfixia histérica» o la «locura

del útero» y otras variantes igual de simpáticas. Así, consideraba que cualquier mal que tuviera una mujer (ya fuera físico o emocional) se debía a que su útero hacía *breakdance* moviéndose por el organismo a su antojo.

Y puede que digas: «Bueno, a ver, se creían cosas muy raras, en aquella época». Y no es mentira. Pero no hace falta ir tan atrás: aún en el siglo XIX, los médicos europeos consideraban que las menstruaciones dolorosas eran un signo de debilidad femenina y la anestesia durante el parto se rechazaba de pleno por motivos morales y religiosos. Tuvo que venir, en 1853, el real coño de la reina Victoria de Inglaterra a decir que ella quería parir sin dolor, pesara a quien le pesara. Gracias a eso, el médico, John Snow, le administró cloroformo durante el parto de su octavo hijo. Ese gesto real legitimó al fin el uso de analgesia durante el alumbramiento, aunque la mayoría de las mujeres, que no tenían la suerte de ser reinas siguieron pariendo sin anestesia durante décadas.

Y todo esto no es una percepción subjetiva de las activistas en estos temas, sino que hay datos que lo respaldan:

— Retraso en el diagnóstico de la endometriosis: de ocho a diez años de promedio.
— Dolor menstrual: el 20 por ciento de las mujeres reporta dismenorrea severa, pero pocas reciben estudios adicionales.

– Las mujeres que piden analgesia son vistas como «menos resistentes».
– Las enfermedades que afectan principalmente a mujeres reciben menos inversión pública en relación con su carga social.

Así que parece que no nos queda otra que seguir tragándonos los estereotipos de que somos más resistentes al dolor de forma natural, un mito cultural que sustenta una peor atención hacia las mujeres. Tenemos que seguir escuchando que somos unas exageradas mientras le hacen un lavado de cara y reciclan el sambenito de la histeria. Y, cómo no, cómo se perpetúa la idea de la mujer cuidadora abnegada, que siempre debe sacrificarse por los demás. Por desgracia, estos mitos culturales justifican una práctica clínica para la cual nuestro dolor es secundario, por lo que no merece la pena ni siquiera escucharnos.

¿CÓMO PODEMOS EXIGIR AL SISTEMA QUE NOS ESCUCHE?

La revolución será desde el autocuidado o no será, de modo que necesitamos herramientas prácticas. A continuación comparto contigo las más importantes:

1. **Documenta tu dolor.** Lleva un registro escrito en el que detalles la intensidad, la frecuencia y la duración de tu dolor. Cuanto más concreto sea, menos fácil de minimizar es.
2. **Haz preguntas directas.** Obliga al profesional a concretar: «¿Qué causas se han descartado y cuáles no?» o «¿Por qué no me deriva a un ginecólogo?».
3. **Exige pruebas.** Ecografías, resonancias, derivación a ginecología especializada. Si la negativa es porque no es necesario, pide que apunten en tu historial que consideran innecesario remitirte a otras pruebas o a otro especialista y qué indicios tienen para considerar que no hace falta.
4. **No minimices tu experiencia.** A veces somos nuestras peores enemigas. Si el dolor interfiere en tu vida diaria, dilo, sé sincera, sin miedo.
5. **Busca redes de apoyo.** Hay asociaciones de pacientes con endometriosis que ofrecen información y acompañamiento, recomiendan a especialistas y tienen estrategias colectivas para exigir mejores diagnósticos.
6. **No vayas sola.** Acudir acompañada a la consulta puede ayudar a que no ignoren tu historia.
7. **Si todo falla: pide una segunda opinión.** Cambiar de médico no es ofensivo para el profesional y, en cambio,

puede ser una cuestión de supervivencia para las pacientes.

EL DOLOR SÍ TIENE GÉNERO

No tengo ninguna duda de que, si los hombres cis menstruaran, la baja por los días menstruales existiría desde siempre, por defecto. Teletrabajo menstrual. No tengo pruebas, pero tampoco dudas. Basta con mirar la investigación en disfunción eréctil: muchísimos estudios, rápida y con avances terapéuticos multimillonarios en apenas veinte años.

¿Sabías que en un estudio se demostró que la viagra aliviaba el dolor menstrual de forma más efectiva y con muchos menos efectos secundarios que los antiinflamatorios, los anticonceptivos u otros medicamentos? Probablemente no, porque, pese a los prometedores resultados, esa línea de investigación no consiguió financiación.

¿La erección masculina? Sigamos investigando. ¿Un alivio para un dolor crónico mensual del 50 por ciento de la población durante toda su edad fértil? Nah, no merece la pena.

Y, en cuanto a la endometriosis, la situación es aún más flagrante. En vez de buscar soluciones, nos encontramos con estudios vergonzosos en los que comparan el atractivo de las mujeres con endometriosis con aquellas que no la sufren u otros en

los que a lo que se le da importancia (una vez más) es a cómo afecta la endometriosis de las mujeres a la satisfacción sexual de sus parejas masculinas. Parece un chiste, pero es un dato real.

Mientras, la endometriosis sigue esperando un fármaco que cambie la historia de las mujeres.

6

CESÁREA: LA ÚNICA CIRUGÍA MAYOR SIN BAJA

No es una variación del parto: es una cirugía mayor abdominal. Pero el sistema la trata como si fuera ir a comprar el pan.

ABIERTAS EN CANAL

En España, según datos del Ministerio de Sanidad de 2022, aproximadamente una de cada cuatro mujeres da a luz por cesárea, casi el 34,5 por ciento en el ámbito de la sanidad privada. De hecho, datos todavía más recientes elevan ese dato al 52 por ciento. Eso son decenas de miles de mujeres cada año que se enfrentan a una incisión en el abdomen de quince a veinte centímetros que atraviesa siete capas de piel, tejido graso,

músculos, peritoneo y útero. Una cirugía mayor en toda regla. Y, sin embargo, la legislación no la reconoce como tal a efectos de baja médica: la recuperación no se contempla como incapacidad temporal independiente, sino que se consume del permiso de maternidad. Como si la cirugía no hubiera existido. Puf, se convierten en Chocapics.

Imagina que un hombre se sometiera a una operación abdominal como esta. Por ejemplo, por un tumor vesical con cirugía abierta, o una prostatectomía abierta. Y, al día siguiente, en lugar de darle la baja laboral, se le dijera: «Tranquilo, tienes un permiso de paternidad de dieciséis semanas, recupérate de la cirugía durante esos días». Absurdo, ¿verdad? Pues esa es la realidad para las mujeres.

LO QUE DICE LA MEDICINA (PERO LA LEY IGNORA)

Una cesárea no es un parto normal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica como cirugía mayor abdominal. Siempre hace falta anestesia (epidural, raquídea o, en algunos casos graves, general), monitorización intraoperatoria estricta y cuidados posquirúrgicos. De hecho, los anestesistas entramos a las cesáreas con los protocolos de hemorragia masiva tatuados a fuego en la frente. Tenemos en nuestro carro de anestesia toda la medicación

necesaria que esperamos no usar, pero que, en caso de necesitarse, más vale tener a mano. El tiempo medio de recuperación física de la parte más externa de la cicatriz, si todo va bien, es de seis a doce semanas. Y esto si no pasa algo tan frecuente como, por ejemplo, un seroma. La que lo ha pasado sabe perfectamente lo que es, pero, para las que no lo hayan sufrido, un seroma es una acumulación de líquido en el espacio subcutáneo (debajo de la piel), en el área donde se realizó la incisión, que sucede porque la cirugía de cesárea puede dañar los vasos sanguíneos y linfáticos. O, más frecuente todavía, que se abra algún punto de la cicatriz.

Y es que, si al hecho de que se trata de una cirugía mayor abdominal le sumas que la mujer se incorpora de inmediato al cuidado de un bebé 24/7, las complicaciones no son raras: infecciones de la herida quirúrgica, hemorragias por atonía uterina o restos de placenta, adherencias internas que afectan a futuros embarazos, riesgo aumentado de complicaciones en cesáreas posteriores, rotura de la cicatriz interna del útero en un embarazo posterior. Nada, oye, como quien se ha ido a tomar un café.

Y, por supuesto, el dolor. Dolor que en planta se trata insuficientemente con paracetamol y Enantyum mientras que a un hombre con una cirugía similar se le administra algún derivado de la morfina. Un dolor que se prolonga mucho más allá del ingreso

hospitalario y que se ignora con la excusa de la lactancia materna, como si no hubiera hoy en día medicamentos que no interfieren con la lactancia. Un dolor que afecta al sueño, a la movilidad y a la recuperación emocional.

Pese a todo ello, el sistema sigue hablando, a efectos legales, de la cesárea como una variante del parto vaginal. Sin embargo, lo único que comparten es el hecho de que con ambos procedimientos conseguimos traer un bebé a este mundo.

LEYES HECHAS SIN NOSOTRAS

El permiso de maternidad en España dura dieciséis semanas. Si el parto es por cesárea, esas mismas dieciséis semanas incluyen el posoperatorio. Pero este permiso está fundamentado en el cuidado del bebé, no en la recuperación de una cirugía. Además, de él también disfruta el padre, que no ha pasado por un embarazo, ni siquiera por un parto vaginal y mucho menos una cirugía mayor abdominal. No existe un reconocimiento legal de «baja por cirugía» para las madres por cesárea. El mensaje está claro: tu recuperación física no nos importa lo más mínimo. Levántate rápido de la cama del hospital, que tienes un bebé del que cuidar.

A cualquier otra cirugía abdominal —una apendicectomía por

laparoscopia, una histerectomía (extirpación de útero), una extirpación de un mioma uterino o una colecistectomía (extirpación de la vesícula)— le corresponde una baja médica para la recuperación del paciente. Sin embargo, a la cesárea no. En lugar de darte tiempo para sanar, se descuenta de tu derecho a cuidar.

Por ello, muchas mujeres experimentan culpa y frustración porque sienten que deben elegir entre recuperarse físicamente o cuidar de su bebé y cumplir con las expectativas que la sociedad y, en muchos casos, su propio círculo familiar ponen sobre ellas.

Parece que el Estado nos ha puesto una capa morada de superheroínas y se ha supuesto que las mujeres podemos con todo: salir de una cirugía mayor, hacernos cargo de un recién nacido y su lactancia y, ya de paso, de la casa, porque, total, estamos de permiso.

CASOS NO TAN ANÓNIMOS

Piensa en alguna de tus amigas, o en ti misma. Carmen, de treinta y cuatro años, es maestra, y debe someterse a una cesárea de urgencia por sufrimiento fetal, a la transfusión de tres bolsas de sangre y a un legrado veinticuatro horas después (el legrado es la cirugía por la cual se limpia el útero con aspiración o con unas

cucharillas quirúrgicas que raspan el fondo uterino para eliminar los restos de placenta que han quedado adheridos y no han sido expulsados). Sale del hospital con veinte grapas en el abdomen y sin analgesia, porque, claro, quiere dar lactancia materna y nadie le explica qué puede o qué no tomar. Apenas es capaz de levantarse de la cama sin ayuda, pero sabe que su permiso de maternidad ya se está consumiendo. Al cabo de unos días, se le infecta la cicatriz, y tres veces a la semana, durante tres semanas, debe acudir al centro de salud a que le hagan las curas.

Su marido tendrá el mismo permiso que ella, aunque en su caso sin puntos, sin cicatriz y sin dolor. Carmen, en cambio, pasa doce de las dieciséis semanas recuperándose de la cesárea. Cuando su marido esté de baja, ella seguirá perdiendo gran parte de las noches para darle el pecho a su bebé. ¿Dónde queda aquí la perspectiva de género? Quizá habría que recordarles a los que legislan que equidad e igualdad no son lo mismo.

PALABRAS QUE DUELEN MÁS QUE LA CICATRIZ

Lo peor de todo es que la primera vez que empecé a hablar de este problema en redes me contactó un sindicato para decirme: la verdad es que no se nos había ocurrido nunca y tienes razón.

Es muy grave la total negligencia del Estado y los agentes

sociales ante esta injusticia social, así como el desconocimiento de gran parte de la población general de su gravedad. Cada vez que escribo un artículo, subo un vídeo o hablo en un pódcast de este tema, las respuestas van desde «Ya tenéis el permiso de maternidad» hasta «Si os parece, os tiráis un año de baja por parir». Otros comentarios habituales son: «Una cesárea es un parto fácil», «Lo bueno es que no tuviste que hacer esfuerzo» o «Enseguida estarás como nueva».

Estas frases no solo desinforman, sino que deslegitiman la vivencia quirúrgica. Porque la cesárea no es un parto más fácil: es una cirugía que salva vidas cuando es necesaria, pero, sin duda, es más arriesgada que un parto vaginal y, sobre todo, requiere una recuperación posterior.

En este caso, el sesgo no es solo médico, sino también cultural y legislativo. Cuando una cirugía ocurre en un cuerpo femenino asociado a la maternidad, deja de ser cirugía para convertirse en «parte del proceso natural». La mujer desaparece como paciente y queda subsumida en su rol de madre.

En el Reino Unido, por ejemplo, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos recuerda que la recuperación de la cesárea es de al menos seis semanas, y que una de cada diez mujeres sufrirá dolor durante meses, lo que especifican en la guía NICE del parto por cesárea. Sin embargo, seguimos negándoles a las mujeres lo que

a todas luces es un derecho: una baja médica tras una cirugía mayor abdominal y, después de esta, que empiece el permiso de maternidad.

LA META: LA REVOLUCIÓN

En esto soy muy radical, pero mi intención es despertar al sistema. ¿Cómo podemos enfrentarnos a este desamparo?

Puede que la cesárea, por sí sola, no permita detener el permiso maternal, pero hay otras patologías derivadas que cursan con baja médica que SÍ permiten suspenderlo. Si tienes una infección de la herida quirúrgica, sufres dolor incapacitante o anemia o has tenido que ser hospitalizada debido a complicaciones, exige tu baja y pelea por la suspensión del permiso. Participa en la visibilización y el activismo por conseguir el derecho a baja por cesárea antes del permiso de maternidad.

Y, sobre todo, si en algún momento te encuentras en esta situación, haz saber que necesitas ayuda, pídela: no tienes por qué ser una madre superheroína.

MUCHOS PUNTOS POR CICATRIZAR

Una cesárea salva vidas y es de las pocas cirugías que acaba con

algo bonito además de con una cicatriz: la llegada de un bebé. Pero no por ello deja de ser lo que es: una cirugía de riesgo y con un posoperatorio. El problema es que el Estado y la sociedad, al no reconocerlo, perpetúan la idea de que las mujeres podemos con todo, incluso con un tajo abdominal de siete capas mientras cuidamos a un recién nacido.

La cesárea es la representación por excelencia del sesgo de género médico: lo que sería cirugía mayor en cualquier otro contexto se convierte en un trámite menor cuando se trata del cuerpo de las mujeres y, más aún, de su maternidad.

Y, así, miles de mujeres siguen asumiendo en silencio una injusticia en uno de los momentos de mayor vulnerabilidad de sus vidas.

No es solo la cesárea lo que deja una cicatriz: es la desigualdad y la injusticia institucional.

7
PARIRÁS CON DOLOR

DATOS SIN ANESTESIA

La epidural es un derecho feminista. Y de esta montaña no me bajan.

Hasta hace cuatro telediarios, no era accesible las veinticuatro horas, y solo podías parir sin dolor si tenías la suerte de que, cuando te ponías de parto, hubiera un anestesista. Si un señor acudía con un cólico de riñón a las cuatro de la mañana, se trataba su dolor. Pero, ¡eh!, ponte a parir un melón de cuatro kilos, que eso no es tan urgente.

En España, según datos de la Sociedad Española de Anestesiología, más del 70 por ciento de las mujeres solicitan epidural durante el parto. Y es que, como asegura la OMS, y por más que les

pese a los detractores de la epidural, es la técnica analgésica más utilizada durante el parto y también la más segura para la madre y para el bebé.

A pesar de eso, es todavía demasiado frecuente que muchas mujeres tengan que aguantar frases como: «Si pides la epidural, no sabrás lo que es el parto», «Aguanta un poco más, que es lo más natural» o «Las que paren con anestesia son menos madres». Mira, María del Carmen, ¿sabes qué es natural? Morirse, morirse durante el parto. Pregúntales a nuestras abuelas, a ver si están de acuerdo contigo.

Por desgracia, pues, la presión social sigue muy presente, como si la fortaleza femenina se midiera en si eres capaz de partirte el coño sin anestesia para dar a luz. Como si la maternidad tuviera que empezar con una prueba de sacrificio.

HISTORIA FEMINISTA DE LA EPIDURAL

Génesis 3, 16: «A la mujer le dijo: "Mucho te haré sufrir en tu preñez, parirás hijos con dolor, tendrás ansia de tu marido, y él te dominará"». Qué majo, el Dios del Antiguo Testamento.

El sufrimiento, pues, se ha considerado tradicionalmente una virtud femenina. Así, las enseñanzas religiosas proclamaban como mandatorio el dolor en el parto. Y yo, cuando a día de hoy veo a

algún marido queriendo «dominar» a su mujer para que no se ponga la epidural, se me llevan los demonios.

Finalmente, en el siglo XIX, empezaron a usarse anestésicos, como el éter y el cloroformo, pero hubo una fuerte oposición. Gran parte de los médicos y, obviamente, el poder religioso, tenían los santos testículos de opinar que aliviar el dolor del parto era «interferir con la naturaleza» y «contravenir la voluntad divina». Sin embargo, ellos, para arrancarse una muela, bien puestos de todo lo que encontraban. Por suerte, como ya comenté en el capítulo 5, en 1853, a la reina Victoria de Inglaterra (Vicky, te queremos) le administraron cloroformo en el nacimiento de su octavo hijo, y declaró estar encantada con aquello de dar a luz sin dolor. A partir de entonces, la analgesia obstétrica comenzó a ganar posiciones. Sí, fue necesario que una monarca blanca, rica y poderosa pidiera alivio para que eso se considerara aceptable. Pero, oye, al menos toda esa jauría de señores tuvo que callarse de una vez. Ve tú a decirle a la reina que va en contra del designio divino, a ver si mantienes el puesto.

La epidural, por su parte, llegó más tarde: hasta la segunda mitad del siglo XX no se extendió su uso, que revolucionó la obstetricia. Esto se debió a que la epidural es la única analgesia que permite a las mujeres aliviar el dolor del parto mientras están completamente conscientes y activas, pero sin el dolor extremo

que antes se consideraba una medalla.

Lo que parece inconcebible, pero es una realidad, es que sean mujeres quienes suelten la mayoría de los comentarios que tratan de invalidar a las madres, como decir que si la mujer no «siente» el parto no es igual de madre, que si la epidural no es «natural», que si la conexión con el bebé se pierde. No deja de ser la misma narrativa de siempre: asociar la identidad femenina (y más aún la maternidad o nuestro lugar en la pareja) con el sufrimiento.

EL DOLOR COMO PEAJE

El dolor, pues, se ha romantizado en la identidad femenina como un rito empoderante. «Solo quien aguanta el dolor del parto es una verdadera madre», parece ser el mantra dominante. La presión se perpetúa en los discursos de algunos profesionales, en los grupos de crianza y en las redes sociales. Pero no, ni eres una loba ni te vas a conectar por wifi con la Pachamama a través de la vagina si dilatas sin epidural.

Muchas mujeres cuentan que se sintieron juzgadas por otras mujeres, incluso por profesionales de la salud, por pedir analgesia. Y el problema no es solo el juicio social, sino que este prejuicio afecta a la práctica clínica. Estudios publicados en la revista *Midwifery* en 2019 o el escándalo británico en 2020 cuando se descubrió que se

negaba la epidural a mujeres que la pedían demostraron que en algunos hospitales se retrasa deliberadamente la administración de la epidural para «probar» la tolerancia al dolor de la paciente, a pesar de que la analgesia temprana es segura y recomendada. De hecho, los últimos estudios muestran un efecto protector para madre y para el bebé del uso de la epidural.

¿QUÉ DICE LA CIENCIA?

La evidencia científica es clara: la epidural es segura en la mayoría de los casos. De hecho, según un metaanálisis publicado en *Cochrane*:

- No aumenta la tasa de cesáreas.
- Mejora la experiencia subjetiva del parto.
- Reduce el riesgo de trauma psicológico posparto.
- Permite a la mujer permanecer consciente y activa en el proceso.

Además, los efectos secundarios (como el dolor de cabeza pospunción o la fiebre materna) son poco frecuentes y, en la mayoría de los casos, leves y reversibles.

La epidural es una opción y es, por lo tanto, voluntaria. ¿No te la quieres poner? No te la pongas. Nadie debería obligarte a

hacerlo. Pero tampoco avergüences a aquellas mujeres que quieran aprovechar este avance obstétrico del que, por una vez, disfrutamos las mujeres. Costó mucho que la epidural se convirtiera en un derecho, y, como todos los derechos de las mujeres, es de lo primero que se prescinde cuando no se quieren contratar a más anestesistas. Así que no se lo pongas más fácil y les des más excusas para volver a decidir por nosotras.

LA MEDALLA DE LA BUENA MADRE

Estefanía, de veintinueve años, que además es enfermera, pidió la epidural en su primer parto a las tres horas de contracciones intensas, porque sabía que ni hay un tiempo mínimo ni una dilatación mínima para pedirla; hace mucho que la ciencia lo desmintió.

Una compañera suya, matrona, le dijo: «¿Ya? Si casi no has empezado. Así no aprenderás a parir». Años después, todavía no ha podido olvidar esa frase que invalidaba su dolor y su voluntad en un momento de vulnerabilidad extrema. «Como si parir sin dolor fuera menos válido. Como si lo que importara fuera demostrar algo, no traer a mi hija al mundo de la mejor manera posible para mí», se queja.

¿A cuántas Estefanías conoces? Quizá hasta tú misma

aguantaste una variante de esta situación.

FRASES QUE DUELEN TANTO COMO LA EPISIOTOMÍA

«Sin dolor no eres madre de verdad».

«Si te pones la epidural es que no te preocupa tu bebé».

«La epidural hace que te pierdas el verdadero sentido del parto».

Todas tienen algo en común: colocan la carga moral sobre la mujer. En cambio, nadie le dice a un hombre que, para ser buen padre, debería operarse sin anestesia.

EL DOLOR SOLO ES UN SÍNTOMA PARA QUE SEPAS QUE ESTÁS DE PARTO. UNA VEZ QUE YA LO SABES, LO IMPORTANTE ES QUE TÚ Y TU BEBÉ SALGÁIS SANOS Y FELICES DEL PARITORIO.

LA ELECCIÓN ES SOLO TUYA

¿Qué puedes hacer para decidir de forma consciente si quieres la epidural y no dejar que nadie te manipule?

1. **Infórmate ANTES del parto:** conoce todas las opciones analgésicas, sus pros y sus contras.
2. **Incluye tus preferencias en el plan de parto:** exige que quede por escrita tu voluntad respecto a la epidural, tanto si es que sí que la quieres como si es que no.
3. **Reclama respeto a tu decisión:** pide acompañamiento, no juicios de valor.
4. **Comparte tu experiencia:** visibiliza que tu parto es igual de válido con epidural o sin ella.
5. **Desmiente los bulos:** una mujer debe ser libre de elegir si quiere o no analgesia obstétrica, nunca verse manipulada desde el miedo.

UNA MIRADA FEMINISTA AL DOLOR

Vender el parir con dolor como un empoderamiento es la versión moderna del castigo bíblico del Génesis. Por desgracia, se repite en discursos médicos, en mitologías populares y hasta en movimientos de «parto natural», que, sin quererlo, terminan reproduciendo la idea de que la maternidad auténtica se gana a base de sufrimiento.

La realidad, sin embargo, es otra: el dolor no hace a nadie más madre, ni más mujer, ni más valiente. Lo que hace es desgastar,

traumatizar y, en algunos casos, complicar el vínculo posterior con el bebé.

TU PARTO ES TUYO

La historia de la epidural y la analgesia obstétrica es, en el fondo, la historia de la lucha feminista por decidir sobre nuestros cuerpos. No se trata, en definitiva, de epidural sí o no, sino de poder elegir libremente, sin presiones ni juicios, con información veraz y acompañamiento respetuoso.

PORQUE LA MATERNIDAD NO DEBERÍA EMPEZAR CON EL JUICIO, SINO CON EL RESPETO A LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES.

Al final, el verdadero castigo no es el dolor del parto, sino que todavía tengamos que justificarnos por querer aliviarlo.

8

LA VIAGRA QUE PUDO ELIMINAR EL DOLOR MENSTRUAL

Como he explicado en el capítulo 5, en 1998, un grupo de investigadores de la Universidad de Nueva York (obviamente, investigadoras) descubrió, de manera colateral, que el sildenafilo (la famosa viagra) reducía de forma muy favorable y sin efectos secundarios el dolor menstrual en mujeres que sufrían dismenorrea severa. El fármaco mejoraba el flujo sanguíneo del útero y, al hacerlo, ¡magia!, el dolor que padecen cada mes millones de mujeres de todo el mundo durante toda su vida reproductiva —comparable a un infarto al corazón, pero localizado en el útero— desaparecía. Quizá no sabías que parte del dolor menstrual se debe a que tu útero se está «infartando», por lo que mejorar el riego sanguíneo alivia radicalmente el dolor que sientes. Por eso,

por ejemplo, el calor local te alivia, gracias a la vasodilatación y a la relajación de las fibras musculares.

¿El problema? Nadie quiso financiar los ensayos clínicos posteriores. El mismo fármaco que movió miles de millones para tratar la disfunción eréctil masculina no mereció inversión cuando se trataba de aliviar el dolor de las mujeres. Una vez más, la biología femenina no interesaba comercialmente. Y es que importa más la erección masculina que aliviar el dolor durante toda la etapa reproductiva del 50 por ciento de la población.

LO QUE DICEN LAS ESTADÍSTICAS

El 80 por ciento de los medicamentos que han sido retirados del mercado en los Estados Unidos lo fueron porque causaban efectos secundarios graves, sobre todo en mujeres. Pero, claro, ¿qué narices esperaban? En los estudios para su aprobación, la mayoría de esos fármacos habían sido probados casi exclusivamente en hombres. Y, si no han testeado un fármaco en una fisiología diferente a la del hombre, lo raro sería que el fármaco no tuviera efectos secundarios.

¿Te parece increíble? No te preocupes, puede ser peor. El informe anual de 2023 del Sistema Español de Farmacovigilancia recoge 42.333 casos sospechosos de reacciones adversas a los

medicamentos. Al desglosar los datos por sexo, el 66,4 por ciento corresponde a mujeres y el 33,3 por ciento, a hombres, lo que supone una brecha farmacológica preocupante. Hace años que sabemos que la investigación farmacológica ha excluido las diferencias sexuales en cómo el cuerpo procesa los medicamentos y cómo estos actúan en él. Aun así, las mujeres seguimos sobredosificadas, lo que significa que tenemos mayores efectos adversos. Si no encajas en la dosis estándar, pues mala suerte: tu cuerpo es un campo de ensayo improvisado.

TU CUERPO MOLESTA

Quizá seas demasiado joven para recordar el drama de la talidomida, en los años sesenta, que mencionaba en el primer capítulo. Por si acaso, te lo cuento: la talidomida era un fármaco para las náuseas en el embarazo que acabó provocando malformaciones en miles de bebés. Cuando esto sucedió, la reacción de los organismos reguladores fue excluir a las mujeres en edad fértil de los ensayos clínicos. El objetivo era protegerlas, pero la realidad fue que eso solo nos invisibilizó más.

Así pues, hasta los años noventa, la mayoría de los ensayos con nuevos medicamentos se hacían casi exclusivamente en hombres jóvenes y sanos. ¿El argumento estrella? Que el ciclo

menstrual «complicaba los resultados». Traducción: mejor simplificar la estadística, aunque eso significara dejar fuera a la mitad de la población.

Pero, claro, si para facilitar la vida de los que llevan a cabo los estudios científicos no pruebas los fármacos en la mitad de la población diana (es decir, nosotras), te encuentras con que no tenemos ni idea de cómo funcionan las dosis, la eficacia y los efectos adversos de los medicamentos en nosotras.

NO ERES UN HOMBRE BLANCO DE SETENTA KILOS

En el primer capítulo te hablé del ejemplo del zolpidem (que es posible que conozcas por el nombre comercial de Stilnox), pero no es la única de las joyitas de la farmacología, hay muchas más. Una de ellas son las estatinas, esos fármacos que a partir de la menopausia nos recetan a casi todas para bajar el colesterol. Durante décadas, se consideraron «segurísimas» y «bien toleradas», básicamente porque los ensayos clínicos estaban llenos de hombres y las mujeres éramos un apéndice estadístico. ¿El resultado? Que nadie se dio cuenta de que las mujeres presentan más efectos adversos musculares, más mialgias, más cansancio y más abandonos del tratamiento. Es, por ejemplo, lo que le ocurrió a mi madre, que no sabíamos por qué de repente

tenía unos dolores musculares que no tenían sentido ni un origen claro. Pero, claro, si casi no nos metían en los estudios, ¿cómo lo iban a ver? Y tú pensarás: «Entonces, ¿hicieron investigaciones nuevas, específicas, para entender por qué reaccionamos de un modo distinto?». Pues no, hija. ¿Que las mujeres lo pasamos peor con el fármaco? Bueno, pues ya se apañarán. ¿Para qué complicarse con ciencia centrada en las mujeres? Y no es que lo diga yo, sino que lo ha dicho hasta el colegio de farmacéuticos. Pero tampoco nos alarmemos, hay estatinas con un mejor perfil para las mujeres y menos efectos adversos (aunque, claro, para eso tienes que estar formado con perspectiva de género a la hora de recetar un tratamiento y saber que no todo nos vale a todas).

Y lo mismo pasa con los antidepresivos, que son ya como el pan de cada día. Resulta que no funcionan igual en hombres y en mujeres; tenemos perfiles de eficacia distintos, efectos adversos distintos y hasta respuestas hormonales distintas. Sin embargo, tú abre una guía clínica y verás: barra libre, para todos igual, como si fuésemos idénticos por dentro. Desde hace años se sabe que a las mujeres nos afectan más ciertos efectos secundarios (náuseas, aumento de peso, disfunción sexual, insomnio...) y, aun así, nadie ha pensado en ajustar las recomendaciones por sexo. Y es posible que te preguntes: «Pero, entonces, al menos habrán actualizado las guías, ¿no?». Porque, además, ¿a quién le recetan más

antidepresivos? ¡Ajá!, a nosotras. Pues no, reina, claro que no. Aquí seguimos, con recetas de cuando el varón estándar de setenta kilos era el único que contaba. Nosotras, mientras tanto, a base de prueba y error. Como siempre.

Y luego está el drama de la aspirina preventiva: en 2005, nada menos que en *The New England Journal of Medicine* demostraron que la aspirina, tan maravillosa para prevenir infartos en los hombres, no ofrecía ese mismo efecto protector en las mujeres. En nosotras, en cambio, demuestra una reducción de la incidencia de ictus, pero parece que tiene poco efecto en el corazón. Vamos, que no respondemos igual. ¿Y qué pasó? ¿Se revisaron las recomendaciones? ¿Se ajustaron las guías para no meternos a todos en el mismo saco? ¡Qué va!

Pero, cuando te digan que la lucha no sirve de nada y que la perspectiva de género no es necesaria, recuerda que, gracias a la creación del Grupo en Enfermedad Cardiovascular de la Mujer (un grupo de trabajo que forma parte de la Sociedad Española de Cardiología cuyo objetivo es el de mejorar la salud cardiovascular de la mujer), en julio de 2025 por fin se ha publicado un documento de consenso sobre la prevención cardiovascular primaria y secundaria en los ciclos vitales de la mujer.

Así que no es la dosis «estándar», sino la dosis estándar para un hombre, lo que se investiga.

LAS COBAYAS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Imagina a Carla, de treinta y ocho años, madre de dos niños pequeños, con ansiedad por un duelo. Su médico le receta un ansiolítico con la dosis estándar que se le da a todo el mundo. Carla no está muy segura de tomarlo por si afecta a su estado de alerta y, por lo tanto, al cuidado de sus hijos. Pero le aseguran que es la dosis mínima que se receta y que va a estar bien.

Carla empieza a tomarlo, pero, un par de semanas después, no todo está bien. Carla está teniendo problemas en el trabajo porque se queda dormida mientras redacta informes, y tiene mareos y náuseas. Cuando se lo comenta a su médico, este no sabe qué decirle, más allá de: «La verdad es que es la dosis mínima no tiene efectos secundarios en casi nadie». Pero ese «casi nadie» es en realidad «casi ningún hombre».

Quizá te sientas representada en este ejemplo, porque nos ha pasado a muchas, a demasiadas, de hecho. Así, lo que se ha etiquetado como un efecto «raro» en los hombres a menudo es una consecuencia frecuente en las mujeres.

Ojalá esto solo fuera anecdótico y la solución fuese tan sencilla como ir a protestar por la dosis a quien nos ha recetado ese medicamento. El problema, no obstante, no es solo si tenemos o no algún efecto secundario al tomar una medicación, sino que afecta a todos los estudios científicos, lo cual se traduce en

diagnósticos mal enfocados, tratamientos tardíos o ineficaces e incluso muertes evitables. Así que, al final, ocurre lo de siempre: las patologías femeninas, como la endometriosis, siguen recibiendo los restos de la inversión, mientras que las enfermedades masculinas, como la disfunción eréctil, se llevan la palma. Y es que, volviendo al tema que abría el capítulo, sin duda el chiste se escribe solo: la viagra consiguió más investigación en una década que la endometriosis en un siglo.

MOLESTANDO AL SISTEMA

Por mucho que las mujeres —ya sea como pacientes, como profesionales médicas o como investigadoras— trabajemos en ello, no podemos solucionar solas este problema. Sin embargo, ¿hay algo que podamos hacer para protegernos de este sesgo de género en los fármacos? Comparto contigo algunos consejos:

- Pregunta siempre si la dosis de un medicamento está ajustada al sexo y al peso.
- Consulta las guías clínicas actualizadas de la EMA (Agencia Europea de Medicamentos) o la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos), que ya empiezan a diferenciar por sexo en algunos fármacos.
- Únete al activismo para que la investigación sea inclusiva.

— Pero, sobre todo, cuando te quejes de efectos secundarios, no normalices la frase de: «Si te va mal es porque te sienta mal el fármaco». Muchas veces, no es tu cuerpo el problema, sino que el medicamento no fue probado para cuerpos como el tuyo.

CUANDO EL PROSPECTO NO ESTÁ ESCRITO PARA TI

La farmacología debería ser una ciencia con dosificaciones y efectos comprobados para la seguridad de todos, pero, mientras se ignore a la mitad de la población, los datos nunca serán realistas. Y es que, como hemos ido viendo, los medicamentos que tomamos no siempre fueron diseñados para nosotras. Pero, cuando nos recetan un fármaco porque estamos enfermas, lo último que necesitamos es sentir que no nos funciona por nuestra culpa, porque a nosotras nos sienta mal, cuando la realidad es que nunca se probó en mujeres.

Recordad que los estudios científicos que nos excluyen no solo se refieren a los medicamentos: también los diagnósticos, los protocolos y hasta los dispositivos médicos que llevan parámetros integrados se diseñaron poniendo al hombre como ejemplo.

Así que cómo podemos confiar por completo en un sistema sanitario donde hasta los parámetros que miden nuestra salud

fueron estandarizados para otros cuerpos.

9
LA PÍLDORA MÁGICA

Si eres mujer, pondría la mano en el fuego que al menos una vez en la vida (y probablemente más) te han sugerido que tomes pastillas anticonceptivas para algo. Así que es probable que las siguientes frases te suenen familiares:

—Me duele mucho la regla.
—¿Has probado con anticonceptivas?

—Es que tengo los ciclos irregulares y hay meses que no me baja.
—¿Has probado con anticonceptivas?

—Es que tengo un acné persistente.
—¿Has probado con anticonceptivas?

—Me gustaría hablar de la ligadura de trompas.

—¿Has probado con anticonceptivas?

En el último medio siglo, las pastillas anticonceptivas han sido el santo grial de cualquier patología relacionada con las mujeres. ¿Tienes cualquier malestar relacionado con ginecología (y a veces no relacionado)? Prueba con las anticonceptivas. Total, ¿qué puede pasar?

Pues cositas. Pueden pasar cositas. Que estas pastillas no son caramelos.

No me malentendáis, las pastillas anticonceptivas, o «la píldora», fueron sin duda una revolución. Hasta ese momento, el control del embarazo no estaba en nuestro poder. Gracias a la aparición de este método, las mujeres podíamos decidir sobre nuestro cuerpo si queríamos o no ser fértiles. El hecho de poder planear la maternidad permitió que pudiéramos avanzar en el campo académico y laboral. Pero, como siempre, teníamos que pagar un precio. El sacrificio por desear tener la libertad que el otro sexo ostenta por defecto eran los efectos secundarios. Y no pocos. Tantos que, cuando han intentado diseñar unas pastillas similares para los hombres, el fármaco no ha pasado de fase experimental debido a sus efectos.

UN REMEDIO PARA TODO

Es posible que la siguiente historia te resuene, porque la hemos vivido muchas, sino todas: Ana, de veintidós años, va al ginecólogo porque sus reglas son incapacitantes. Sin más pruebas que una ecografía que descarta una patología estructural grave, le recetan las pastillas anticonceptivas porque «le van a controlar el dolor».

Avanzamos dos años. Ana sigue con el mismo dolor. Retiene líquidos. Tiene peor circulación, así como cambios de humor que no sabe a qué se deben y su libido no ha vuelto a ser la misma. Cada vez que ha comentado que tiene este tipo de problemas, le han cambiado el anticonceptivo por otro. Pero no han mirado más allá.

Una encuesta realizada por la agencia de investigación 40dB para HRA Pharma afirma que más del 64 por ciento de las mujeres españolas han tomado alguna vez en su vida anticonceptivos hormonales. Pero lo peor es que no siempre es por un deseo de controlar nuestra fertilidad, sino, en muchos casos, como un parche multiuso para cualquier patología ginecológica.

SUFRIR PARA SER LIBRES

La libertad sobre el propio cuerpo, algo que parece un derecho básico, no lo es en el caso de las mujeres. Por A o por B, siempre

hemos pagado un precio por nuestra libertad. Así, en la elección sobre nuestra capacidad de gestar, no iba ser menos. La píldora anticonceptiva y sus primos anticonceptivos hormonales (anillo, parche o implantes) vienen con una lista de efectos secundarios tan larga que, si despliegas el prospecto, puedes usar de parasol para el coche: cambios de humor y depresión, riesgo aumentado de trombosis venosa profunda, descenso de la libido y sequedad vaginal, aumento de peso y retención de líquidos, dolores de cabeza crónicos. Y, más recientemente, también aumento de la predisposición a sufrir cáncer de mama y cervical. Sin embargo, hay que decir que también se ha descubierto un ligero efecto protector en el de ovario y endometrio.

Sea como sea, lo que me parece importante recalcar es: ¿a cuántas de nosotras nos han explicado los pros y los contras cuando nos han recetado pastillas anticonceptivas? Y, por supuesto, tampoco se hace una valoración tan básica como mirar los antecedentes familiares de cáncer, de riesgo de eventos tromboembólicos o de ciclos depresivos. Y, claro, entre quedarte embarazada o tener la libido de una maceta, elegimos el mal menor.

EL ANTICONCEPTIVO MASCULINO QUE NUNCA LLEGA

Pero, a ver, ¿y si esto les pasara a los hombres? Hablemos del eterno pospuesto: los anticonceptivos hormonales masculinos.

Desde los años setenta se han estado probando posibles combinaciones hormonales con diferentes cantidades de testosterona y progestágenos. Si analizamos los ensayos, no había problemas en cuanto a la eficacia anticonceptiva, pues se producía una reducción de espermatozoides. Sin embargo, ¿sabéis qué había también? Efectos secundarios. ¿Cuáles? Los mismos que en los anticonceptivos femeninos: acné, cambios de humor, aumento de peso y reducción de la libido.

Exactamente los mismos que nosotras llevamos décadas padeciendo. Pero el sutil cambio es que, cuando estos aparecieron en los ensayos masculinos, los detuvieron por falta de seguridad. Total, si ya los estamos cargando nosotras, para qué tienen que padecerlos ellos.

De hecho, en 2016, se consiguió un anticonceptivo hormonal masculino inyectable con el 96 por ciento de efectividad. Pero el estudio en humanos se detuvo porque veinte de los trescientos veinte hombres que lo probaron presentaron depresión, dolor muscular, cambios anímicos, acné y alteraciones en la libido. No sé si os resulta familiar. Pero, claro, en el caso de ellos, estos efectos secundarios no eran asumibles.

Parece que ahora, en 2025, por fin hay un anticonceptivo oral

masculino que puede salir adelante. Eso sí, ni es hormonal ni tiene efectos secundarios. Para ellos parece que lo han afinado un poquito más.

¿Lo más irónico? Mientras ocurre esto, las mujeres, a millones, seguimos expuestas a los efectos secundarios consumiendo anticonceptivos hormonales de forma habitual. Con los mismos exactos riesgos, que, en nuestro caso, parece que sí son aceptables.

Todas tenemos a alguna amiga que, después de diez o quince años tomando anticonceptivas, acaba decidiendo dejarlas porque ya no aguanta los efectos secundarios —si es que no nos ha ocurrido a nosotras mismas—. Y entonces, mágicamente, los síntomas depresivos desaparecen. Otra amiga también las deja y su libido es de nuevo la de antes. Por no hablar de que quizá conozcas a alguna mujer que haya tenido el susto de sufrir una trombosis venosa profunda y ya no puede tomarlas más.

En el otro extremo, imagínate a los científicos estudiando el anticonceptivo masculino:

—Oye, que tenemos un 96 por ciento de efectividad, pero es que tenemos a veinte voluntarios a los que les ha salido acné y tienen menos deseo sexual.

—Paren las máquinas, ¿cómo vamos a soportar eso?

Lo que se lee entre líneas (y no tan entre líneas; de hecho, se

lee en mayúsculas, subrayado y en neón) es una doble moral insoportable: si los efectos secundarios los sufren las mujeres, son asumibles porque son inevitables para conseguir el beneficio. Pero, si los efectos secundarios los van a padecer los hombres, los riesgos superan los beneficios y no son aceptables. Porque, claro, ellos no se quedan embarazados.

Esto, amigas, es sesgo de género en su máximo esplendor: que el peso del control reproductivo solo nos aplaste a nosotras.

FEMINISMO EN LA ANTICONCEPCIÓN

No nos olvidemos que, en los años sesenta, el acceso a la anticoncepción supuso una conquista feminista en toda regla. Sin duda lo fue, pero lo que no se comentaba tan alegremente era que los estudios en mujeres reales empezaron realizándose en población vulnerable y en muchos casos sin su consentimiento informado ni una explicación de los riesgos.

En primer lugar, se probó en pacientes de un hospital de salud mental asociado a Harvard; más tarde, en mujeres sin recursos de Puerto Rico. Y lo más grave es que no solo no se les dio nada por participar en el estudio, sino que muchas mujeres sufrieron efectos secundarios graves, ya que aquella píldora tenía el triple de hormonas que las de hoy en día. Somos continuamente conejillos

de Indias.

CUÁL ES EL FUTURO QUE DEBEMOS EXIGIR

Lo más básico es exigir que al menos se nos trate con la misma consideración que a los hombres. Así pues:

1. Que se presente de una vez una opción viable de anticoncepción masculina para un reparto de la carga del control reproductivo.
2. Que, cuando se nos prescriban anticonceptivos, se nos informe debidamente de los efectos secundarios y se haga una prevención de riesgos en función de los antecedentes de cada mujer.
3. Que se visibilicen los efectos secundarios que sufrimos a diario millones de mujeres en todo el mundo.
4. Que se apoyen métodos no hormonales también para mujeres.

Y es que, al fin y al cabo, si para los hombres pueden crear un método anticonceptivo no hormonal sin efectos secundarios, para nosotras también.

La píldora cambió el mundo y la capacidad de decidir de las mujeres sobre nuestros cuerpos. Pero también ha dejado patente

que, para tener los mismos derechos que el sexo opuesto, nosotras tenemos que aceptar pagar un peaje nada pequeño. Y, además, debemos asumir que esto se considere, por parte de toda la comunidad médica y científica, como un daño colateral aceptable.

10
A MEDIDA (PARA OTROS CUERPOS)

DISEÑADO (NO) PARA TI

Lo que voy a contar a continuación es probable que te parezca una locura, pero, sin embargo, es una realidad. Un día, sufres un infarto. Entras en paro cardiaco y hay que hacerte una reanimación cardiopulmonar (RCP). ¿Sabías que tener pechos puede matarnos? Sí, porque tanto los protocolos como la inmensa mayoría de los muñecos para aprender a hacer RCP como profesional sanitario se han hecho con torsos masculinos. De hecho, está demostrado que, en un lugar público, las mujeres reciben RCP en un 39 por ciento de los casos, mientras que los hombres la reciben un 45 por ciento de las veces.

La mayoría de la gente se ha preparado física y

psicológicamente para hacer una RCP en un torso de hombre. Por eso, si de repente le toca hacérselo a una mujer, puede entrar en pánico porque no sabe qué fuerza debe aplicar ni dónde poner las manos, o teme hacer más daño que bien. Y, en un paro cardiaco, esos segundos de pánico pueden suponer la vida o la muerte.

Imagina también que hay que hacerte un electrocardiograma (ECG). Los protocolos de colocación de electrodos del ECG se pensaron para torsos planos, de modo que, si tienes un pecho grande, el tejido mamario dificulta ubicar algunos de los electrodos en su sitio. ¿Qué se acaba haciendo? Se evita el pecho o los electrodos se colocan demasiado altos. Y esto no es inocuo, ya que puede dar lecturas alteradas, falsos negativos o positivos y dudas que cuestan tiempo. Y no estamos para perder tiempo ante un evento cardiaco —que, además, como ya te he contado, seguro que han tardado en diagnosticar debido a los síntomas «atípicos» que presentas—. Sin embargo, el problema no es tu anatomía; el problema es que se trata de un procedimiento para ti, pero pensado sin ti.

El sesgo continúa en el acceso a las terapias de implantación eléctricas del corazón. Muchas de ellas se han indicado durante años en función de los puntos de corte que se habían fijado en ensayos que ¿se hacían en quién? En hombres, está claro. Pero, si

quisieran mirar más allá, se darían cuenta de que las mujeres tienen otros puntos de corte y se beneficiarían de un acceso mayor. No obstante, a día de hoy, las mujeres todavía se derivan menos a la implantación de dispositivos cardiacos que los hombres. Sesgo en el acceso, sesgo en la indicación, sesgo en el beneficio.

Así pues, la tecnología médica, que ha evolucionado enormemente en las últimas décadas y debería salvar nuestras vidas, a menudo nos las complica, porque las medidas con las que se ha creado no son las nuestras. La mayoría de los dispositivos se diseñan y calibran para el cuerpo masculino. En cuanto a los estudios, ya sabemos quién es la muestra representativa, por lo que no van a detectar los errores, el dolor o la incomodidad que puedan provocarnos a nosotras. Si acaso lo ajustarán sobre la marcha.

ME QUEDA GRANDE (O PEQUEÑO)

Piensa en algo que se pone en todos los quirófanos, cada día, a muchísimas mujeres: las prótesis de rodilla o de cadera. Pues bien, se ha demostrado que el diseño de muchas de ellas está basado en modelos masculinos, de modo que no siempre respetan la morfología femenina. Esto puede provocar fracasos en la prótesis

y dolor tras su colocación, y requerir revisiones adicionales. Una vez, más nos encontramos con que las mujeres no somos hombres pequeñitos.

Y espérate: vamos a hacer una pequeña incursión en el mundo médico desde el punto de vista de las mujeres que trabajamos en él: ¿sabes que en el quirófano o en entornos de radiación tenemos que llevar chalecos de protección plomados? Pues las tallas y los pesos están pensados para espaldas anchas. No te imaginas el dolor de espalda con el que puedes acabar por la deficiente distribución del peso. Y, por supuesto, no se adapta de ningún modo a nuestros pechos.

Y otro ejemplo en el que, aunque ha costado cambiar, por suerte ahora ya es más frecuente que se diferencie por géneros: los valores de corte en las analíticas. Si los estudios se han hecho tradicionalmente en hombres, es evidente que los puntos de corte de los valores «anormales» (tanto para bien como para mal) se sacaban del muestreo masculino; sin embargo, se aplicaban a ambos sexos. Esto podía resultar en falsos positivos y también en falsos negativos. En cambio, tener en cuenta la diferencia de puntos de corte según el sexo en algunos parámetros ha evidenciado que hace aumentar el número de diagnósticos correctos en mujeres y ayuda a disminuir la desigualdad.

EL ESPÉCULO: EL EJEMPLO PERFECTO

Yo no sé vosotras, pero tengo pánico al momento en el que, en la visita del ginecólogo, este saca el espéculo. Es posible que haya quien lo lleva mejor, pero, para ser un instrumento de exploración tan íntimo, nadie lo describe como «cómodo». El espéculo fue diseñado en 1845 por James Marion Sims, que lo puso a prueba, por cierto, en mujeres esclavizadas. Y desde entonces no es que lo hayan rediseñado mucho. Sims, por cierto, que se considera el padre de la ginecología moderna, llevó a cabo sus investigaciones de cirugías vaginales en esas mujeres sin aplicarles anestesia.

Bueno, pues vengo a contarte otro dato que probablemente no conocías: ¿sabías que hay distintas tallas de espéculo? Pequeña, mediana, grande y pediátrica. Como es lógico, el espéculo debería escogerse para adaptarse al cuerpo de cada mujer; sin embargo, a la hora de la verdad, en la consulta, como mucho tienen dos tamaños: el pequeño y el mediano. A pesar de eso, no me enteré de que en la sanidad pública tenían el virginal hasta que, en una revisión, una compañera por fin se apiadó de mí. Igual que les había comentado a todos los profesionales que me habían tratado hasta entonces, le hablé del dolor insoportable que me producía la exploración con el espéculo, y ella me contó que los había de diferentes tamaños.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres lo desconocen. ¿Y cuál es el resultado? Que millones de mujeres asocian sus revisiones ginecológicas a un dolor innecesario. Por suerte, en los últimos años, la llegada de la mujer al campo de la ciencia ha traído cambios importantes. Este mismo año, por ejemplo, las ingenieras Ariadna Izcara Gual y Tamara Hoveling, de la Universidad Técnica de Delft, en los Países Bajos, han presentado Lilium, un espéculo ergonómico que no produce dolor y se adapta al cuerpo de la mujer. No era tan difícil, solo ha hecho falta que transcurrieran ciento ochenta años y que por fin llegaran mujeres al campo de la tecnología para que alguien se diera cuenta de la necesidad de que la exploración ginecológica deje de doler. Es un ejemplo perfecto de por qué es indispensable el ajuste de género en la investigación médica.

SIEMPRE TARDE

El espéculo es un ejemplo ilustrativo, pero no es el único: la mayor parte de las innovaciones médicas históricas han priorizado los problemas masculinos. No en balde la disfunción eréctil cuenta con muchísimos más estudios que la endometriosis, como ya he comentado. En cambio, herramientas básicas de salud femenina han quedado estancadas durante décadas, como la máquina de

realización de mamografías, que parece una cámara de tortura.

De hecho, solo el 1 por ciento de la investigación sanitaria global se dedica a patologías específicas de la mujer, a pesar de que el 70 por ciento del personal sociosanitario son mujeres.

La medicina está avanzando en las últimas décadas de forma exponencial, pero, mientras a nivel tecnológico los dispositivos que nos examinan, nos diagnostican o se nos implantan en cirugías sigan pensados para otros cuerpos, la desigualdad en la salud de las mujeres no terminará. Así, el espéculo, convertido en una metáfora de una ginecología basada en el sufrimiento de las mujeres para su avance, nos recuerda algo esencial: que el dolor no debería ser un precio que pagar para recibir atención médica y que las mujeres son necesarias en el campo de la innovación médica para que nuestros problemas también se conviertan en el foco de la investigación.

11

MENOPAUSIA: NO ES EL FINAL, ES UN PRINCIPIO

Si los hombres tuvieran la regla, ya existiría una pastilla sin efectos secundarios para el dolor menstrual, pero es que, si padecieran la menopausia, habría una asignatura entera en la carrera de Medicina dedicada a ella, así como congresos, monográficos y aplicaciones para hacer un seguimiento de las variaciones hormonales. Y, obviamente, protocolos específicos para solucionar esos cambios hormonales.

Ya te digo yo que nos impartirían seminarios en la residencia médica sobre cómo abordar a los pacientes con menopausia en las diferentes especialidades médicas. Y no sería un tabú, sino que se incluiría en series de televisión y reportajes.

Pero no es así. La menopausia es cosa de mujeres y, por lo

tanto, como tantas otras cosas, durante siglos y hasta hoy, ha sido ignorada, minimizada y estigmatizada. Todas y cada una de nosotras pasaremos por la menopausia (precoz, patológica o natural). Y, según Antonio Cano —catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valencia y coordinador del Grupo de Investigación en Salud de la Mujer del Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, perteneciente al Hospital Clínico Universitario de Valencia—, muchísimos ginecólogos no están formados y hay muchos centros sanitarios donde no se atiende la menopausia: «La menopausia solo se trata en una lección en la Facultad de Medicina».

Una vez más, nuestra salud es una anotación a pie de página en un manual centrado en los hombres.

Cuando una mujer que inicia el climaterio consulta por su sintomatología a su médico, se raya la condescendencia con frases como: «Será estrés», «Son cosas de la edad» o «Es normal que te sientas así». Trivializar los cambios físicos, emocionales y sexuales en la mujer es un sesgo de género estructural que condena a millones de mujeres a sufrir en silencio mientras la sociedad celebra la juventud. Porque, si no eres fértil, ya no sirves para nada. Y, de este modo, cada sofoco, cada noche de insomnio, cada cambio de humor nos recuerda que nuestro cuerpo ya no es útil. Y, si no somos un servicio para esta sociedad,

las mujeres pasamos a ser inexistentes. No somos personas, solo medios para un fin.

Sin embargo, las consecuencias de la menopausia, sus síntomas, no son cambios de humor pasajeros y anécdotas sin importancia. Los sofocos, uno de los malestares clave, son manifestaciones fisiológicas reales. De repente, nuestros estrógenos descienden en caída libre, y esto altera el sistema nervioso autónomo, los neurotransmisores y la regulación térmica del cuerpo. Pero, nada, cuando acudimos con esta preocupación al médico, con suerte nos dirán un «Es lo normal para su edad», nos darán un abanico y, probablemente, también nos recetarán un antidepresivo.

Como en todo, el problema no se reduce al ámbito de la medicina, sino que es un problema social y cultural. La menopausia se erige como un tabú silencioso que pone una cinta de carrocero sobre la boca de las mujeres, que impide hablar con normalidad sobre lo que millones de mujeres sufren a diario. La cultura popular no representa a las mujeres adultas más allá de los cincuenta como seres independientes y plenos, sino que las relega a un rol secundario de apoyo. Series como *Grace y Frankie* —que retrata a dos mujeres divorciadas que viven su edad madura libremente y sin tabúes— han hecho mucho bien para romper con este estigma. Pero hay que seguir peleando de forma

activa contra esta invisibilidad que refuerza la idea de que el cuerpo femenino deja de ser relevante si ya ha cumplido (o ya no puede cumplir) su función de dar la vida.

Visualiza esta escena: una reunión de ejecutivos, de hombres trajeados con corbata, es constantemente interrumpida porque alguno de sus integrantes necesita, con urgencia, quitarse la chaqueta y abrirse la camisa porque le está dando un sofoco. Seguro que no se normalizaría, ¿verdad? ¿A que existirían protocolos y medicamentos para que esto no ocurriera? Sin embargo, cuando te pasa a ti, te excusas con que necesitas hacer una llamada y corres al baño a mojarte la nuca con agua fría y a abanicarte con lo que tengas a mano. Mientras, a tu espalda, risitas irónicas y comentarios sobre que «Estás en esa edad». Y tú, en silencio, sin perder el ritmo, adaptas tu vida al calor súbito, al insomnio constante y a los cambios emocionales.

Pero vayamos más allá: cada síntoma de la menopausia tiene un nombre y una explicación científica. Un sofoco es un pico de temperatura corporal mediado por el hipotálamo, los altibajos de ánimo tienen que ver con alteraciones hormonales, a las que se les suma la presión social —no debes permitir que el mastodonte que ha alterado la normalidad de tu sistema hormonal afecte a tu rendimiento—. Por su parte, la sequedad vaginal es debida a la disminución de estrógenos, que afecta a la mucosa. Ponerle un

nombre y darle una explicación (como haremos un poco más adelante) le otorga la importancia que se merece y permite entender por qué se necesitan herramientas médicas concretas para poder sobrellevarla mejor.

TENGAMOS ALGO CLARO: LA MENOPAUSIA NO ES UNA ENFERMEDAD, ES UNA TRANSICIÓN EN LA VIDA DE LAS MUJERES QUE HASTA AHORA A NADIE LE HA IMPORTADO, COMO TANTOS OTROS PROBLEMAS PROPIOS DE NUESTRA SALUD.

UNA HISTORIA DE DISIMULOS

Si la menstruación marcaba la vida de las mujeres, la menopausia caía cuanto menos como una condena sobre nosotras. Durante siglos, la menopausia significaba un empujón hacia el abismo de la oscuridad social. Se suponía que era un deterioro que debíamos aceptar con resignación (como tantas otras realidades femeninas). Y esta vinculación irreal entre la menopausia y la «vejez», por desgracia, todavía existe hoy en día, a pesar de que se sabe que, cuando una mujer experimenta esta transición, aún le queda la mitad de su vida por delante.

Igual que otras muchas particularidades de la fisiología femenina han sido patologizadas, la menopausia no iba a ser menos. Así, en la medicina moderna se la acuñó como «histeria climatérica» (todas histéricas, da igual la edad y el motivo, se pensaba). Y, ante los primeros síntomas clásicos de esta fase vital, se sucedían una serie de tratamientos a cual más absurdo. El objetivo final era seguir relegando la figura de la mujer a un ser volátil a merced de sus cambios corporales, dominarla con la excusa de la enfermedad.

Con los avances médicos en campos como la endocrinología, la entrada en el chat grupal de las hormonas como posible causa de la sintomatología motivó un cambio de paradigma, aunque a pasitos de tortuga. Los estrógenos (o, mejor dicho, su ausencia) se consideraron el factor clave fisiológico de los síntomas. Aun así, todavía se enmarcaba en un perfil patológico. Puede que ya no fuéramos histéricas o débiles, pero seguíamos siendo enfermas. El primer síntoma que se intentó paliar fueron los sofocos con terapia hormonal, pero el resto del cuadro menopáusico, como la sequedad vaginal, la ansiedad y el impacto social, seguían siendo frecuentemente ignorados.

Si echamos la vista atrás a los últimos cien años, veremos que, al mismo tiempo, la cultura popular reforzaba esta invisibilización. Piensa en alguna protagonista de película, serie o libro que fuera

una mujer que no representara la juventud. Dame un ejemplo de algún personaje femenino mayor de cincuenta años con una vida independiente, plena y sexualmente activa. Se ha convertido a la menopausia en un chiste, un gag cómico de sofocos o abuelas cargadas de manías.

En las últimas décadas, ginecólogas especialistas y activistas de la salud femenina tienen que aferrarse al foco mediático para que este ilumine, aunque sea de pasada, la realidad de la menopausia. Pero no importa toda la información científica, no importan las campañas de salud que llevan a cabo compañías farmacéuticas que parece que han descubierto un nuevo mercado (no creamos que es altruismo): la menopausia y las mujeres que la están transitando siguen siendo nombradas con la boca pequeña. Encuestas recientes muestran que muchas mujeres sienten que sus médicos no escuchan sus quejas y que los síntomas físicos y emocionales son minimizados. En una sociedad que premia la eterna juventud, el cuerpo femenino maduro todavía es menospreciado, y la menopausia aún es un tabú.

Pero ¿realmente aún es tan grave el modo en que la sociedad y la medicina tratan a las mujeres menopáusicas hoy en día? Sigue siendo una excepción encontrar a figuras femeninas públicas que luzcan la menopausia como algo normal y que celebren el hecho de haber llegado a esta fase vital. Y todavía es

una excepción el entorno de la sanidad pública, donde se afronta la salud menopáusica como una transición que precisa apoyo y seguimiento. Trivializar el cambio físico que sufre una mujer en estos años de su vida y obligarla a vivirlo en silencio y disimulando es maltrato médico. Hay que entender que la menopausia no es una enfermedad, sino una etapa natural de la vida femenina que merece atención, respeto y comprensión.

¿Y LA CIENCIA TRAS EL ESTIGMA?

Pese a que se haya querido ridiculizarla socialmente, la menopausia no es una anécdota momentánea ni pasajera. Es una transición biológica compleja que afecta a múltiples sistemas del cuerpo y altera de manera significativa la vida cotidiana de millones de mujeres. Cada síntoma tiene un fundamento fisiológico, y no, ninguno es la ansiedad. Pero ¿sabes qué le pasa a tu cuerpo cuando llega la menopausia y por qué?

Sofocos y sudores nocturnos

¿Quién no recuerda a su madre o su abuela con el abanico? Los sofocos son quizá el síntoma más conocido, pero no se trata de tener un poco más de calor que los demás. Se estima que entre el

60 y el 80 por ciento de las mujeres experimenta sofocos durante la menopausia, los cuales duran desde unos segundos hasta eternos minutos. Es un pico de temperatura corporal que ocurre en cuestión de minutos y que va acompañado de sudoración profusa, palpitaciones y sensación de calor intenso. De hecho, en ocasiones llega a interrumpir el sueño, en cuyo caso se llaman «sudores nocturnos». Pero aún peor es la concentración diurna. Muchas mujeres reportan varios sofocos al día, durante años, lo que genera fatiga crónica, irritabilidad y ansiedad.

Los sudores nocturnos, además, fragmentan el sueño y alteran el ritmo circadiano. Y esto, como es obvio, afecta al estado de ánimo. No, no es ansiedad ni depresión, pero este tipo de síntomas pueden provocarlas. Y, aunque las mujeres aprendemos a tapar los síntomas en silencio con soluciones creativas —igual que hacemos con todos nuestros problemas de salud—, la verdadera solución debería pasar por una atención médica y, en algunos casos, por terapia hormonal o intervenciones no farmacológicas.

Cambios de humor, ansiedad y depresión

¿Qué fue antes? ¿El huevo o la gallina? A pesar de que la caída de estrógenos afecta a neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, reguladores del estado de ánimo y la motivación, la

presión social a la que se somete a las mujeres menopáusicas no ayuda a mantener un buen estado de ánimo.

Así, aunque la montaña rusa hormonal puede precipitar la irritabilidad, la ansiedad o incluso una depresión leve, no es extraño que estos síntomas se interpreten como problemas psicológicos independientes. Por ello, muchas mujeres acaban con antidepresivos y ansiolíticos y no con un enfoque de apoyo para transitar esta evolución natural de nuestra época adulta.

Cambios sexuales y genitourinarios

Espérate, que vamos para bingo. Ya hemos dicho que la salud de la mujer suele ser ignorada; pues cuando hablamos de la salud reproductiva y sexual ya directamente nos convertimos en un cactus de plástico. La disminución de estrógenos provoca atrofia vaginal, sequedad, dolor durante las relaciones sexuales y disminución de la libido. Estas alteraciones afectan a la intimidad, provocan ansiedad y pueden repercutir en la relación de pareja. Y todo esto, a su vez, genera una sensación de pérdida de identidad y de fracaso en las mujeres.

Además, el tabú que existe alrededor de estas complicaciones hace que muchas mujeres ignoren que existen tratamientos efectivos: desde lubricantes e hidratantes vaginales hasta

terapias hormonales localizadas. Una vez más, no solo nos vemos abandonadas frente a nuestros problemas de salud sexual, sino que lo hacemos con una sensación de frustración y culpa.

Salud ósea y cardiovascular

La menopausia no solo representa un cambio físico y de adaptación, sino que puede ocasionar problemas de salud urgentes y graves. De hecho, el déficit estrogénico del que hemos hablado incrementa la pérdida de densidad ósea y, por lo tanto, el riesgo de fracturas, especialmente las inadvertidas en la columna, que provocan dolor crónico que, como es evidente, es ignorado y mal tratado a nivel médico. Y no menos frecuentes y preocupantes, también las fracturas de cadera. Algunos estudios muestran que la osteoporosis posmenopáusica afecta a entre el 25 y el 40 por ciento de las mujeres mayores de cincuenta años, según la Sociedad Española de Reumatología (SER).

Al mismo tiempo, el riesgo cardiovascular aumenta: arterias más rígidas, colesterol LDL elevado y mayor susceptibilidad a la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, muchas veces, estas consecuencias se diagnostican demasiado tarde porque la atención preventiva no se prioriza en las mujeres que atraviesan la menopausia.

Cambios metabólicos y cognitivos

El cuerpo cambia, así que no, no es que te hayas dejado. A nivel metabólico, se observa una redistribución de la grasa, un aumento de peso abdominal y resistencia a la insulina, lo que eleva el riesgo de diabetes y síndrome metabólico. Esto, unido a los cambios sexuales, provoca un rechazo a la autoimagen que a veces resulta en una pérdida de identidad y una dismorfia intensa.

¿Alguna vez has pensado que te estabas volviendo loca? En términos cognitivos, algunas mujeres reportan olvidos leves o disminución de la concentración; no es demencia, sino un efecto temporal y reversible de los cambios hormonales. Así que, si te han recetado algún fármaco psiquiátrico en plena transición menopáusica, visita antes a un experto en tu momento vital que te valore en conjunto y no como un síntoma aislado.

Y es que cada mujer vive la menopausia de manera distinta, pero los relatos coinciden en un punto: la invisibilización y el impacto profundo en la vida cotidiana. Por ejemplo, quiero contarte la historia de Mercedes.

Mercedes era una paciente mía de cincuenta y tres años que tenía un cargo directivo en una multinacional. La llevaba desde hacía tiempo por el control de su artrosis de manos, que infiltrábamos una vez al año para mantenerla a raya. Pero en una de sus revisiones la vi muy angustiada y le pregunté qué le

pasaba. Me contó que se despertaba varias veces por la noche empapada en sudor, se sentía dentro de un horno. Esto hacía que todo el día fuera arrastrando el cansancio. Para colmo, en mitad de las reuniones, le venían sofocos y sudores. Estaba agotada, y todo ello le estaba provocando, poco a poco, una depresión reactiva. Me dijo que se lo había comentado a su médico, pero que la respuesta había sido: «Eso es normal en tu edad». Se había sentido humillada y sola. Lo único que le había recomendado había sido un antidepresivo.

Aún es peor el caso de Paula, de cincuenta y seis años, profesora de conservatorio cuya primera consulta conmigo fue por dolor crónico desde hacía dos años en las relaciones íntimas con su pareja. Había llegado al punto de que hacía meses que ella y su marido evitaban el sexo. Estaba muy afectada a nivel emocional porque sentía que ya no era deseada y se culpabilizaba por el deterioro de la intimidad con su pareja. Le receté tratamientos tópicos que mejoraron abismalmente el problema de su sequedad vaginal y la derivé a una ginecóloga especializada. En la consulta de revisión, era otra persona. O, mejor dicho, volvía a ser la misma persona que había sido siempre.

Y estos son casos «personales» de cómo nos puede afectar, pero imaginad el miedo a comentarle a tu superior en el trabajo cuánto

te afectan ciertas consecuencias secundarias de tu adaptación a la menopausia. El miedo a sentirte juzgada o menospreciada. Miles de mujeres, pues, esconden sus síntomas y disimulan para mantener la productividad a costa de su propia salud. Además, a esto hay que sumarle que, al final, los cambios en nuestro cuerpo y ánimo acaban por aislarnos de nuestro entorno, pues a menudo los familiares y los amigos, lejos de apoyarnos, no comprenden por lo que estamos pasando. Es una sensación de incomprensión constante.

En resumen, la menopausia no es solo un fenómeno físico que afecta al cuerpo de la mujer, sino que trasciende el ámbito puramente médico para convertirse en un proceso que afecta a todos los ámbitos de la vida. Sofocos, insomnio, ansiedad, cambios hormonales y dolor físico impactan la vida sexual, laboral y social de las mujeres. Y el lugar común de todas las que la viven es la sensación de ser ignoradas y escondidas tras una cortina que minimiza los síntomas. Una vez más, obligadas a la supervivencia individual cuando lo ideal sería contar con una red de apoyo médica.

Desde la soledad que sentimos frente a esta etapa de transición, las mujeres internalizamos una vez más culpa y vergüenza, pues creemos que deberíamos «soportarlo» mejor, a pesar de que es el sistema el que falla al no ofrecer información,

diagnóstico y tratamiento adecuados.

TERAPIA HORMONAL: RIESGOS Y BENEFICIOS

A pesar de que se conoce desde los años cuarenta del siglo pasado, no todas las mujeres saben en qué consiste y tienen miedo sobre si es o no una opción segura. De hecho, solo un 2,5 por ciento de las mujeres españolas recibe este tratamiento.

Si en tu entorno se habla de menopausia, seguro que alguien ha mencionado la terapia hormonal sustitutiva (THS). «Terapia sí, terapia no» ha sido durante décadas uno de los debates más polémicos en la menopausia. Para mí, la respuesta sería: terapia hormonal, pero bien hecha.

Desde su aparición, el retrato social y médico de este tratamiento se ha inclinado de forma violenta de un polo al opuesto, lo que genera desconfianza y miedo, sobre todo por la desinformación que ha afectado a millones de mujeres.

Historia de la THS

Con el descubrimiento de la terapia hormonal, en los años sesenta y setenta, comenzó a expandirse de manera relativamente generalizada para aliviar los sofocos, el insomnio y los cambios de

humor. Parecía que habíamos encontrado el santo grial, ¡eureka! Pero en 2002 llegó el mazazo: el estudio Women's Health Initiative (WHI) provocó un shock global al vincular la THS con un mayor riesgo de cáncer de mama y de enfermedad cardiovascular. El miedo se extendió y el pánico reemplazó a la esperanza, por lo que millones de mujeres dejaron el tratamiento de forma inmediata y muchos médicos recomendaron suspenderlo en casi todos los casos.

¿Dónde estaba el problema? La media de edad de las participantes del WHI era de sesenta y tres años, mucho más avanzada que la edad media de inicio de la menopausia (alrededor de los cincuenta y un años). Por lo tanto, los resultados eran poco aplicables. De hecho, estudios posteriores han demostrado que iniciar la terapia hormonal de manera temprana puede aliviar los sofocos, mejorar el sueño, proteger la densidad ósea y reducir los riesgos cardiovasculares. Pero el daño ya estaba hecho, y está costando horrores revertirlo.

Al fin y al cabo, lo extraíble del estudio es que es necesario individualizar la terapia hormonal a la paciente, lo cual es de sentido común.

Erradicando mitos

Muchas mujeres evitan la THS por temor a los efectos adversos mientras recurren a productos naturales o a suplementos de eficacia y seguridad dudosa. Como te decía, la clave está en personalizar la terapia, evaluando los antecedentes familiares, el riesgo cardiovascular, la edad, los síntomas y las preferencias individuales.

¿Qué beneficios podemos obtener de ella? La reducción de los sofocos y los sudores nocturnos, una mejora del sueño, el alivio de la sequedad vaginal, una protección ósea y, en algunos casos, una mejora del estado de ánimo.

¿Y los riesgos cuáles son? Un aumento del riesgo de trombosis y de padecer cáncer de mama en ciertas dosis y contextos, así como otros posibles efectos secundarios, como dolor mamario o retención de líquidos.

Pero, como dice Marimer Pérez, ginecóloga experta en menopausia, sobre cuándo se debe usar la terapia hormonal: «Es una herramienta médica. La terapia hormonal actual es muy segura y tiene muchos más beneficios que riesgos cuando se emplea de una forma precoz. El concepto que cada vez repetimos más es que no tardes en preguntar».

El abordaje moderno promueve terapias combinadas o locales, ajustando la dosis y el tiempo de administración según

cada mujer. Así pues, la información y el seguimiento médico son esenciales para equilibrar los beneficios y los riesgos y para permitir que cada mujer tome decisiones informadas sobre su cuerpo.

¿Más que pastillas?

Además de la THS, existen alternativas no farmacológicas que también ayudan a manejar los síntomas: el ejercicio regular, sobre todo de fuerza, una dieta equilibrada y técnicas de relajación. La combinación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas suele ser la más efectiva, y esta debe adaptarse a cada mujer y no la mujer a la moda.

MÁS ALLÁ DEL CUERPO

Cuando una mujer entra en la menopausia, no solo su cuerpo se transforma, sino que cambia por completo su vida social, laboral, afectiva y emocional. Y, lo que es peor, ocurre en secreto. Sin embargo, a diferencia de los síntomas físicos, que pueden medirse o tratarse, los efectos sociales y psicológicos son invisibles, subjetivos y profundos, y el sesgo de género que permea la sociedad y la medicina los amplifica aún más.

Y es que, como ya hemos comentado antes en este capítulo, la sociedad espera que la mujer que transita la menopausia lo haga en silencio y sin que esto afecte a su desempeño, mientras que, al mismo tiempo, la relega al ostracismo y a la caricatura. Y, como es evidente, esto tiene graves consecuencias en el trabajo, la pareja, la sexualidad y la percepción social.

Sin embargo, lo más grave quizá sean los cambios en la autoestima y la autopercepción. Y es que, cada vez más, a la mujer se le exige la juventud eterna para ser aceptada en este mundo en el que se ensalza la percepción de unos estándares irreales. De este modo, el impacto psicológico de la menopausia no se limita al malestar emocional: afecta a decisiones de vida, relaciones sociales y salud mental.

Una vez más, frente a un problema íntimamente femenino, la invisibilización médica y social provoca que las mujeres aprendan a reprimir sus emociones y a normalizar el dolor. No obstante, con información médica adecuada, estrategias de autocuidado, visibilización social y un abordaje integral se puede conseguir un cambio en el paradigma de cómo las mujeres viven este proceso.

La menopausia es mucho más que sofocos y sequedad vaginal. Se trata de un cambio profundo, tanto físico como emocional, con bases fisiológicas que soportamos las mujeres mientras la misma sociedad que nos estigmatiza nos exige que

«nos quedemos igual».

La menopausia no es, pues, un castigo de nuestro cuerpo, sino un capítulo más de la vida que merece atención y cuidado. Y que exige visibilidad, comprensión y respeto.

La menopausia no nos hace menos mujeres, nos hace distintas, y reconocer esta etapa como legítima, digna de atención y de cuidado es un paso fundamental hacia un sistema de salud y una sociedad más equitativos. La mujer menopáusica no debe ser invisible; su cuerpo, su experiencia y su voz merecen ser escuchados.

12

ENFERMEDADES AUTOINMUNES: TU CUERPO EN GUERRA

Algunas patologías, como la artrosis lumbar, la artritis reumatoide, la artritis psoriásica y el lupus eritematoso sistémico, pese a su alta prevalencia e impacto, todavía son enfermedades bastante desconocidas, y, cómo no, cuatro de cada cinco personas que las sufren son mujeres.

Sin embargo, aunque la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y la esclerodermia están caracterizadas por que las padecemos más las mujeres, en el caso del lupus, llegamos a cifras de nueve mujeres por cada hombre y, en el del síndrome de Sjögren (servidora aquí lo padece), de diecinueve a uno.

¿Qué caracteriza todas estas patologías? La poca información

que tenemos sobre ellas, sus tratamientos limitados y que el tratamiento de los síntomas raramente está financiado. Será que son cosas de mujeres. Para variar.

Imagina ir al médico con cansancio extremo, dolores articulares inexplicables y fiebre ocasional, y que te digan: «Será estrés, es normal a tu edad». Y a veces esto se convierte en un viacrucis crónico en el que poco a poco se pierde calidad de vida, y otras es un tirabuzón de triple salto mortal a la piscina, como en mi caso, que se les pasó por alto una hepatitis autoinmune y casi me voy al otro barrio. Es el caso de muchas de mis pacientes, que llegan a mi puerta con dolores insufribles, tras haber perdido treinta kilos[NO ENCP], y no, no era ansiedad, era el síndrome del cascanueces, o la enfermedad de Crohn, entre otras cosas.

Este es el guion de millones de mujeres con enfermedades autoinmunes que lidian con un sistema médico que, durante años, decidió estudiar casi solo cuerpos masculinos. Y es que se sabe que sobre el 80 por ciento de los casos de lupus, esclerosis múltiple y artritis reumatoide —algunas de las patologías autoinmunes más habituales— afectan a mujeres. Pero, aun así, sus síntomas todavía son minimizados, los diagnósticos siguen llegando más tarde en el caso de las mujeres que en el de los hombres y los tratamientos se empiezan más tarde y sin ni siquiera estar testeados para nosotras. Sin duda, la receta perfecta para

que nos vaya de mal en peor.

El sesgo de género en medicina ha marcado la investigación sobre el sistema inmune. Durante décadas, las enfermedades autoinmunes se consideraban raras y poco relevantes, y, cuando afectaban a mujeres, se atribuían a la histeria o a «emociones desbordadas». Pero deberíamos empezar a diferenciar mejor entre enfermedades raras y enfermedades invisibilizadas, porque no es lo mismo, y ya tenemos datos que demuestran que la prevalencia de este tipo de enfermedades no es menor. Lo que ocurre es que nos sigue afectando mayoritariamente a nosotras.

Pero ¿por qué nos afectan más las enfermedades autoinmunes? No, no somos más flojas ni estamos locas, ni tampoco es que seamos más nerviosas. El cuerpo femenino reacciona diferente, y la biología hormonal juega un papel crucial en todo ello. Vamos a ir por partes.

Empecemos por lo básico: las mujeres somos las reinas de la autoinmunidad. Mientras que los hombres andan por la vida con su sistema inmune medio dormido, el nuestro ve un mosquito y ya quiere montar la Tercera Guerra Mundial. ¿Resultado? Respondemos mejor ante las amenazas, rentabilizamos mejor las vacunas. Eso nos ayuda, por ejemplo, a controlar mejor las infecciones, pero, a la vez, también hay más probabilidades de que el sistema inmune se equivoque y ataque nuestro propio

cuerpo.

¿Por qué pasa esto? Pues, como dicen en algunos anuncios de compresas, por la maravilla de ser mujer:

1. **Hormonas:** el estrógeno sube el volumen del sistema inmune, favorece la producción de anticuerpos y potencia la inflamación, lo cual es genial para pelear contra los virus, pero fatal cuando esa misma energía se redirige contra nuestras propias células. En cambio, la testosterona tiende a calmar las cosas, lo que explica por qué los hombres tienen menos enfermedades autoinmunes.
2. **Genes del cromosoma X:** las mujeres tenemos dos cromosomas X, mientras que los hombres solo uno (y un Y bastante más modesto). Para que no tengamos el doble de «dosis genética» que ellos, en teoría, uno de los dos cromosomas X se inactiva en cada célula. Ese apagado se consigue gracias a un ARN llamado Xist *(X inactive specific transcript)*, que recubre el cromosoma elegido y lo «silencia» casi por completo. El problema es que ese silencio no es absoluto:
   - Hay genes que se escapan y siguen activos en el cromosoma «dormido».
   - Muchos de esos genes tienen que ver con la regulación inmune.

– Resultado: las mujeres acabamos con una doble ración de genes inmunológicos en comparación con los hombres.

Esto no sería grave si el sistema inmune fuera un contable ordenado, pero no: al darle más herramientas y más pólvora, también tiene más posibilidades de cometer errores. Por eso se cree que la escapada de genes del cromosoma X inactivado es una de las piezas centrales que explican la mayor prevalencia de la autoinmunidad en mujeres.

3. **Epigenética:** nuestras experiencias, el estrés, las infecciones y hasta el ambiente dejan marcas químicas en el ADN que regulan cómo responde el sistema inmune. Y, sorpresa, esas marcas tienen más impacto en las mujeres.
4. **Microbioma:** las bacterias del intestino también juegan un papel, y resulta que la flora intestinal de los hombres y las mujeres responde de manera distinta a las hormonas y a la dieta. Eso influye también en cómo se regula la inflamación y la tolerancia inmune.
5. **Factores ambientales:** virus, tóxicos, estrés crónico, todo eso actúa como un gatillo en un sistema inmune que ya viene «hiperconectado» de serie. Sin embargo, estas variables rara vez se estudian teniendo en cuenta la

interacción con el sexo biológico, lo que perpetúa una visión incompleta. En la práctica, esto provoca diagnósticos tardíos y tratamientos menos efectivos, porque los médicos a menudo aplican los protocolos basados en poblaciones masculinas.

En resumen: tenemos un sistema inmune brillante, pero sobreexigido. Vamos, que nos ha tocado un *overthinker* que a veces nos sitúa en el peor de los escenarios.

Para entender la injusticia, basta escuchar los relatos: mujeres que pasan años buscando respuestas, cambiando de especialista, que sienten que nadie cree en su dolor. Y es que cada día de retraso en el diagnóstico significa fatiga, articulaciones inflamadas, órganos comprometidos y ansiedad creciente.

CONOCER ESTAS PECULIARIDADES BIOLÓGICAS ES CRUCIAL. NO SE TRATA SOLO DE ESTADÍSTICAS, SINO DE ENTENDER POR QUÉ LOS SÍNTOMAS FEMENINOS FUERON IGNORADOS DURANTE DÉCADAS Y CÓMO LA COMBINACIÓN DE GENÉTICA, HORMONAS Y AMBIENTE EXPLICA LA ALTA PREVALENCIA DE ESTAS ENFERMEDADES EN LAS MUJERES. RECONOCERLO ES EL PRIMER PASO PARA UNA MEDICINA QUE DEJE DE SER

CIEGA AL SEXO Y QUE POR FIN ESCUCHE, TRATE Y VALIDE LAS DIFERENCIAS DE LA MUJER PARA ASÍ PODER TRATARLAS.

UN POQUITÍN DE HISTORIA

Es la misma condena de siempre: durante décadas, la medicina parecía pensada solo para los hombres. Las patologías autoinmunes daban la cara con síntomas que, como los expresaban las mujeres, se ignoraban o se les restaba importancia. Así, esto servía para paternalizarnos y hacernos sentir más débiles, más inestables, menos merecedoras de un trato digno médico. De hecho, no fue hasta mediados del siglo XX cuando por fin se encendieron las bombillas y se empezó a observar que algunas enfermedades, como el lupus, la esclerosis múltiple o la artritis reumatoide, nos golpeaban mucho más fuerte a nosotras. Pero, ojo, darse cuenta no es lo mismo que mover un dedo: los tratamientos adecuados y la atención especializada llegaron mucho después de ese momento.

Por ejemplo, aunque el lupus ya se describió en el siglo XIX, los casos de mujeres aparecían solo como notas anecdóticas. Los ensayos clínicos, sin ser una excepción, se hacían con hombres, y las recomendaciones de tratamiento se basaban en ellos. En la

práctica, esto significaba diagnósticos que llegaban tarde y terapias poco efectivas, mientras las pacientes soportaban dolor y fatiga, porque ya sabemos que la mujer buena es la sacrificada.

Por fin, en los años setenta y ochenta, la investigación empezó a notar que algunas hormonas, como los estrógenos y la progesterona, afectan a la activación del sistema inmune, lo que da pistas de por qué las mujeres somos más propensas a las enfermedades autoinmunes. Sin embargo, la sociedad y la medicina seguían mirando hacia otro lado: fatiga extrema, dolor articular o brotes de inflamación todavía eran etiquetados como estrés, cambios hormonales o problemas emocionales. Así, generación tras generación, muchas mujeres sufrieron síntomas incapacitantes que les fueron robando su vida sin que nadie las tomara en serio.

¿QUÉ NOS DIFERENCIA DE LOS HOMBRES EN LA AUTOINMUNIDAD?

El gran problema de las enfermedades autoinmunes en las mujeres no es solo la enfermedad en sí, sino cómo se presenta: síntomas que cambian, que no se ven y que parecen inventados. Fatiga que no se quita ni con diez cafés, dolor en las articulaciones que nunca descansa, inflamaciones que van y

vienen, fiebre sin explicación y el intestino protestando como si no hubiera un mañana. Una colección de señales que, en lugar de encender las alarmas, se archivan bajo la etiqueta de «estrés» o «ansiedad».

Y, claro, así pasa lo que pasa: diagnósticos que tardan años, tratamientos que no llegan y pacientes que cargan con dolor crónico, frustración y la sensación constante de que nadie las cree. Un peregrinaje médico interminable hasta que, con suerte, aparece alguien que deja de mirar los prejuicios y empieza a mirar a la persona: «Si no estás bien, no estás exagerando. No es imaginario. Tu cuerpo habla, no lo ignores. Escúchalo y sigue buscando respuestas».

Cuando los síntomas son difusos y, además, entran en juego los sesgos de género, el resultado suele ser siempre el mismo: diagnósticos que llegan tarde y terapias mal ajustadas. Por eso, muchas mujeres con lupus o artritis reumatoide tienen que pasar por varias consultas y escuchar distintas versiones antes de que alguien ponga nombre real a lo que les ocurre.

EL DÍA A DÍA DE VIVIR CON LAS AUTOINMUNES

Vivir con una enfermedad autoinmune no es solo enfrentar síntomas físicos. A mí me gusta decir que es tener el enemigo en

casa. Vivir con una bomba de relojería que llevas en una mochila a la espalda. A veces, cuando he intentado explicárselo a mis amigos o a gente cercana, les digo que es el agotamiento de no poder estar tranquila. Supongo que es lo que nos ocurre a los que no llevamos gafas, que no sabemos lo que es levantarnos sin ver bien. Pues lo mismo sucede con la gente que no padece enfermedades autoinmunes o dolor crónico, que no sabe lo agotador que es levantarte todos los días con el miedo a que de repente te empiece a doler algo.

Y, si encima no sabes lo que te sucede porque no tienes un diagnóstico (y ya no hablemos de un tratamiento), eso sin duda afecta a tu día a día, a tu trabajo, a tu familia, a tu vida social. De hecho, el impacto psicológico es profundo: ansiedad, frustración y culpa se entrelazan con el malestar físico. Y es que la falta de comprensión de médicos, empleadores y hasta de familiares refuerza la sensación de aislamiento.

¿HAY LUZ AL FINAL DEL TÚNEL?

Sí, siempre hay esperanza. La ciencia avanza sin parar y cada día se descubren nuevas dianas terapéuticas. Actualmente, incluso se valora la posibilidad de actuar sobre los ligandos del cromosoma X, que pueden provocar la mayor susceptibilidad de las mujeres. El

problema es que llevamos décadas de atraso, tanto en tener el mismo acceso que los hombres a los tratamientos como en nuestra representación en los ensayos. Y es que, como ya sabemos, los ensayos se realizan mayoritariamente con hombres o con muestras mixtas, pero no distinguen cómo responde cada sexo, y esa información es la que ha dado lugar a las guías clínicas que se usan cada día.

Sin embargo, para llegar al tratamiento, por lo menos tendríamos que estar diagnosticadas. La medicina tradicional ha minimizado durante décadas los síntomas femeninos, lo que ha provocado retrasos en los diagnósticos y un acceso desigual a los tratamientos avanzados. En este sentido, algunos estudios (incluso uno recoge a más de tres mil pacientes en España) demuestran que las mujeres están menos tratadas con fármacos avanzados y que tienen que sufrir más años la enfermedad para que se los receten.

Además, los ensayos clínicos siguen subrepresentando a las mujeres en edad fértil por miedo a posibles efectos sobre el embarazo y la lactancia; sin embargo, eso limita la evidencia científica disponible para esta población. Pero ya he contado que los efectos adversos no son iguales en las mujeres y los hombres: en nosotras, los problemas gastrointestinales, el riesgo de trombosis o las alteraciones hormonales son mayores y, sin un

seguimiento adecuado, pueden provocar complicaciones que serían evitables.

No obstante, superar estas barreras no va de poner un cursillo de PowerPoint sobre igualdad y listo. Hace falta un cambio de chip: los médicos deben reconocer sus sesgos de género (sí, tú también, doctor que cree que «es ansiedad»), los protocolos deben diseñarse teniendo en cuenta un cuerpo femenino real y no el del «hombre de setenta kilos» de los ensayos clínicos, y las pacientes tienen que poder opinar sobre su tratamiento sin ser tratadas como si molestaran.

La investigación, en fin, no puede seguir centrada en «mujeres jóvenes y sanas» o en ratones macho, porque, oh, sorpresa, la biología femenina cambia con la edad, las hormonas y la vida misma. Y los tratamientos deben adaptarse a eso: a lo que comemos, a cómo dormimos, a cómo vivimos. No somos fotocopias de un manual clínico.

Las enfermedades autoinmunes no son «dolores raros» ni «cosas de los nervios»: son una pelea diaria que desgasta el cuerpo, la mente y hasta las relaciones. Así que, sí, visibilizar estas enfermedades es un acto feminista: decir en voz alta que el cuerpo femenino no es un *spin-off* del masculino, sino un sistema complejo que merece ciencia y atención propias.

Al fin y al cabo, las enfermedades autoinmunes no son un

misterio místico ni un castigo bíblico: son enfermedades que necesitan investigación, empatía y justicia médica. Y, sobre todo, profesionales que sepan escuchar sin poner en duda el dolor de quienes llevan años gritando en silencio.

13

VACUNAS CONTRA LAS DIFERENCIAS

Vale, a ver, chicas, que levanten la mano aquellas que, después de la vacuna del covid, tuvieron problemas con el ciclo menstrual. Va, venga, no seáis tímidas. Vale, ahora que levanten la mano aquellas que, además, cuando preguntaron, les respondieron que tenía que ver con el estrés ambiental por el encierro, la pandemia, los problemas laborales, que la Virgen llora y llora y los peces beben y beben.

¿Todas? Vale.

En un estudio de cohorte enorme, se llegó a la conclusión de que, en función de en qué momento del ciclo te vacunases, este podía alargarse o reducirse. En 2022, otro estudio habló de las irregularidades y la duración en los ciclos de las mujeres que nos vacunamos. Una revisión comparativa de varios artículos científicos sobre este tema mencionó cambios en el flujo, dolor

menstrual y tiempo o ausencia de ciclos. En 2022, otro artículo evidenció hasta un 6 por ciento de casos de amenorrea como desajuste más severo y, en un estudio multicéntrico reciente con alrededor de cinco mil mujeres, aproximadamente un 1 por ciento describió amenorrea con abundante sangrado posterior.

La lista sigue y sigue y sigue. Pero la pregunta es: ¿por qué todo esto nos pilló por sorpresa?

Cuando aparecieron las vacunas contra el COVID-19, todos respiramos aliviados. Pero nadie habló de lo que realmente importaba a la mitad de la población: el cuerpo femenino. Los titulares prometían eficacia y seguridad, pero pasaron de largo sobre el ciclo menstrual, la fertilidad y los cambios que podían experimentar las mujeres.

Sin embargo, los estudios y las encuestas preliminares lo dejaron claro: sí, había alteraciones, en general temporales, pero nadie explicó bien qué significaban. La prensa mezclaba datos contradictorios, los profesionales se encogían de hombros y la información pública brillaba por su ausencia. El resultado: confusión, miedo, ansiedad...

Y esto pasó porque, durante los (ya de por sí exprés) estudios de las vacunas, no se hizo valoración alguna en las encuestas sobre los cambios relacionados con la salud del cuerpo femenino (aunque esto no es algo nuevo, es lo que ocurre en el 99 por ciento

de los estudios sobre vacunas o fármacos; esto, por si no se entiende, es ironía). Así que ¿cómo iban a prevenirnos a las mujeres de que esto podía pasar? ¿Cómo podían dar respuesta a nuestros temores cuando acudíamos con preguntas de por qué nos estaba pasando algo extraño? Una vez más, somos un misterio (porque no hay interés en que dejemos de serlo).

Como os decía, este no es un fenómeno exclusivo del COVID-19. La historia de la investigación médica está llena de ejemplos en los que las mujeres fueron sistemáticamente subrepresentadas en ensayos clínicos, sobre todo aquellas en edad fértil. Como ya he explicado, durante décadas, se asumió que los hombres eran el «modelo estándar» y que la menstruación o el embarazo introducían variables complicadas. El resultado: datos limitados sobre la eficacia, los efectos secundarios y la seguridad específicos para las mujeres. Eso llevó a que las decisiones médicas se basaran en información incompleta, lo que dejó a millones de mujeres navegando en la incertidumbre de cómo los medicamentos o las vacunas podrían afectar a su salud reproductiva.

El problema es que, cuando la ciencia deja espacios sin cubrir, aparece el miedo, la desinformación y las conspiraciones. Muchas mujeres dudaron sobre cuándo vacunarse o si hacerlo. Retrasaron las citas. Y, más tarde, tras vacunarse, algunas sufrieron cuadros

de respuesta inflamatoria a la vacuna mucho más fuertes que los hombres (porque, sorpresa, como ya sabéis, nuestro sistema inmune responde con más fuerza a los estímulos) y tuvieron que enfrentarse a presiones familiares y laborales por síntomas que «no eran para tanto» porque a ellos, a los hombres, no les pasaban. De hecho, incluso se ha llegado a vincular la vacuna de AstraZeneca contra el COVID-19 con un mayor riesgo de síndrome de trombosis con trombocitopenia en mujeres que en hombres.

CADA CICLO MENSTRUAL ALTERADO POR FALTA DE DATOS ES UN RECORDATORIO DE QUE EL CUERPO FEMENINO SIGUE SIENDO UN TERRENO EXPERIMENTAL HISTÓRICAMENTE IGNORADO.

Pero pretender que esto es una novedad con las vacunas del COVID-19 es una hipocresía. La vacuna de la gripe, tan habitual, también nos sienta mucho peor y tenemos mayores efectos locales transitorios. Hay estudios, por ejemplo, que reportan que tenemos el doble de probabilidades de sufrir inflamación en el punto de punción, mialgias, fiebre, fatiga. Que, oye, si es por un beneficio mayor, lo vamos a asumir igual, pero estaría bien que te avisaran, ¿no?

¿QUÉ NOS HACE MÁS SUSCEPTIBLES?

Como ya vimos en otros capítulos, parece que nuestra respuesta inmune es más robusta, que tenemos más «soldaditos anticuerpos», lo que sin duda nos protege más; sin embargo, también sufrimos más efectos locales agudos por las vacunas. Y parece que, una vez más, nuestras hormonas juegan un papel fundamental en esta inflamación. Los estrógenos potencian la activación de los linfocitos y la producción de anticuerpos; por eso, las mujeres jóvenes (con niveles altos de estrógeno) suelen tener respuestas más intensas y más reacciones adversas.

Además, obviamente, nuestro metabolismo no es el mismo. Las mujeres y los hombres metabolizamos los componentes de las vacunas (aditivos, lípidos, proteínas) de manera diferente. Por lo tanto, la exposición de los tejidos a los antígenos o a los mediadores inflamatorios nunca será la misma. Recordemos que no somos hombres pequeñitos.

De todos modos, mientras el problema sea solo que, cuando nos pinchan, nos puede doler el brazo más que a los hombres, no pasa nada. Sin embargo, cuando lo que ocurre es que tenemos reacciones alérgicas más graves que deberían vigilarse, entonces quizá sí igual es un poco más preocupante.

¿QUÉ HABRÍA QUE HACER?

A pesar de todo, tampoco es necesario crear miedo ni alarmarse con las vacunas. Lo único que pedimos las mujeres es que se nos trate con la precaución y la información que merecemos. Nada más ni nada menos. Como ocurre con muchos otros medicamentos y tratamientos, exigimos que haya un correcto ajuste de las dosis y las formulaciones. Y es que algunas vacunas podrían beneficiarse de un ajuste de la dosis según el sexo, sobre todo cuando la respuesta excesiva a ella causa efectos adversos significativos en las mujeres.

Pedimos, también, que se nos avise con un adecuado consentimiento informado. Al fin y al cabo, las mujeres deberíamos recibir información clara sobre la probabilidad de sufrir efectos secundarios y el tipo de efectos que podemos esperar. Contar con este conocimiento nos permitiría elegir libremente y, además, cuando sufrimos estas reacciones, conocerlas de antemano reduce la ansiedad. Y lo más importante: si tenemos más efectos adversos, incluso alergias graves, debería haber un seguimiento posvacunal más estricto. Es necesaria una vigilancia activa de los efectos adversos en mujeres, en especial en aquellas en edad reproductiva, para detectar irregularidades menstruales, reacciones alérgicas o síntomas sistémicos. Nos merecemos algo más que un «Todo es normal» y un golpecito en la espalda.

En este sentido, el impacto en la menstruación es solo un ejemplo de cómo la falta de estudios específicos deja a las mujeres navegando en la incertidumbre. Por suerte, la ciencia ha empezado a documentar estos efectos, pero aún falta profundidad, pues pocos ensayos clínicos incluyen un seguimiento detallado de los ciclos menstruales, y la información sobre lactancia o mujeres con condiciones autoinmunes todavía es escasa.

No podemos olvidarnos del pánico que se generó con la vacuna del virus del papiloma humano cuando empezó a administrarse y algunas mujeres sufrieron efectos adversos graves. Entre estos, se pueden encontrar neuropatías, trastornos autoinmunitarios —como el síndrome de Guillain-Barré o la artritis autoinmune—, trombocitopenia y síndromes más inespecíficos, como la fatiga o el dolor crónicos.

De todos modos, el problema no reside en estos efectos secundarios, ya que, pese a ser graves, son excepcionales. El problema es que no se había avisado de que podían suceder. No se había pedido un correcto consentimiento informado. Está claro que los beneficios superan ampliamente a los riesgos. Pero no puedes arriesgarte a una crisis de pánico sanitario porque se te ha «olvidado» avisar a las mujeres de que podría tocarnos la lotería de los efectos secundarios raros. Si se hiciera un adecuado

estudio previo y se revisara el historial de las pacientes, quizá habría contraindicaciones relativas para según qué perfil de mujer, y, desde luego, se haría un seguimiento en condiciones.

Y lo peor es que, además de sufrir efectos secundarios, como estos son inespecíficos —como la fatiga crónica—, nos lanzan al foso de la incomprensión y la patología de por vida. Además, su imprecisión lleva a menudo a que se invisibilicen y lleguen a vincularse al estrés o a factores ambientales. Es un cóctel perfecto de terrorismo de la invisibilización. Esta se da durante el estudio de las patologías, durante su tratamiento y también a la hora de decir si ya damos el alta o no, porque quizá son cosas de «ansiedad» y no problemas reales de inmunomodulación crónica (es decir, enfermedades autoinmunes o inmunodeficiencia).

Volvamos de nuevo al ejemplo con la campaña de vacunación contra el COVID-19. Como he contado, muchas mujeres experimentamos cambios en nuestro ciclo menstrual, pero la información oficial fue escasa o contradictoria. De hecho, la respuesta médica y mediática fue parcial, centrada en tranquilizarnos sin reconocer por completo la experiencia femenina. Esto generó confusión, miedo y, en algunos casos, se retrasó la decisión sobre la vacunación. ¿Tan difícil es darnos un acceso honesto a la información sobre nuestro propio cuerpo?

Superar estas barreras requiere, no obstante, un cambio

profundo: protocolos inclusivos, investigación con perspectiva de género y capacitación médica que reconozca la diversidad biológica. Y es que informar a las mujeres de manera honesta, completa y empática no solo mejora nuestra confianza en las vacunas, sino que también reconoce que nuestro cuerpo y nuestra experiencia importan, lo que acabaría con décadas de invisibilidad histórica.

¿CÓMO PROTEGERNOS?

Durante décadas, nuestro cuerpo ha sido un misterio para la medicina. Lo que hoy llaman «efectos secundarios desconocidos» no es ninguna casualidad, sino consecuencia de siglos de invisibilización. Pero quiero dejar algo muy claro: la vacuna no es el enemigo; sí lo es, en cambio, el silencio, la información incompleta y la costumbre de ignorar lo femenino.

Tradicionalmente, los ensayos clínicos de vacunas se diseñaron con los hombres como la norma, mientras que las mujeres se consideraban el anexo biológico. Así, se dejaban fuera las hormonas, el ciclo menstrual, el embarazo y muchas otras «variables molestas» para la ciencia. Y, aun así, a pesar de todo ese sesgo y de la ceguera de género, las vacunas se alzaron como una de las conquistas humanas que realmente merecen el nombre

de progreso.

PORQUE, SÍ, INCLUSO TRATANDO A MEDIO PLANETA COMO RUIDO ESTADÍSTICO (LAS MUJERES, COMO ES OBVIO), LA INMUNIZACIÓN HA SALVADO MILLONES DE VIDAS, HA ACABADO CON ENFERMEDADES Y HA DESAFIADO A LA MUERTE. ESTO DEMUESTRA QUE, CUANDO LA CIENCIA ACIERTA, NI SIQUIERA SU MISOGINIA ESTRUCTURAL LOGRA ESTROPEAR DEL TODO EL MILAGRO.

Así pues, si quieres protegerte de verdad, empieza por conocerte a ti misma. Anota tu ciclo menstrual, tus cambios físicos, cada pequeño efecto que notes tras una vacuna. No necesitas permiso para observar tu cuerpo; tu diario de síntomas es un arma contra la invisibilización médica. En aplicaciones, en papel, como sea, pero regístralo todo. Tu experiencia es evidencia.

Luego, infórmate con la cabeza fría. Busca estudios revisados por pares, guías médicas con perspectiva de género. Aprende qué efectos son comunes, cuáles son pasajeros y cuándo necesitas atención. No dejes que te asusten los titulares sensacionalistas ni que te tranquilicen con frases vagas. Pregunta, verifica, desafía.

DOCUMENTA, PREGUNTA Y EXIGE RESPUESTAS: TU CUERPO MERECE SER ESCUCHADO, NO IGNORADO.

Y, finalmente, no olvides que, sí, esto también es emocional. El hecho de que tu ciclo se altere temporalmente no significa que algo esté roto en ti. No alimentes la culpa ni la ansiedad. En cambio, descansa, cuida tu bienestar y rodéate de apoyo. Tu resiliencia es parte del tratamiento. Estas estrategias no son opcionales: son un escudo contra décadas de negligencia científica. La medicina histórica no estaba hecha para nosotras; nuestro deber es exigir que cambie. El caso de las vacunas lo demuestra: ignorar la biología femenina tiene consecuencias reales sobre la salud, la autonomía y la confianza.

14

CEREBROS DIFERENTES

Seguro que has oído decir que las mujeres tenemos más tendencia a desarrollar ansiedad y estrés postraumático que los hombres. Este argumento, el prejuicio de la mujer histérica, se ha utilizado durante años como arma para desacreditar nuestras patologías. En cambio, lo que probablemente no habrás escuchado es que, desde que se han introducido las variables del sexo y se han incluido a más mujeres en los estudios, también se está comprobando que la tendencia a desarrollar ansiedad está combinada con el hecho de que, cuando la mujer se siente amenazada, le cuesta más que al hombre retirar la atención de esta posible amenaza, lo que provoca la ansiedad. A eso se le suma que la mujer, por desgracia, vive en un entorno que le es continuamente hostil, en el que, desde pequeña, debe ir valorando posibles amenazas. Asimismo, la exposición temprana a

las situaciones adversas sabemos que condiciona al cerebro a desarrollar un trastorno de ansiedad. Eso es probable que no te lo hubieran contado, ¿a que no?

La menopausia, por ejemplo, afecta también a nuestro cerebro, como hemos visto en el capítulo 11. Y es que, cuando caen los estrógenos (que en el cerebro femenino juegan un papel clave en la comprensión y el aprendizaje), podemos sufrir síntomas como niebla mental (por eso, las mujeres con menopausia pueden tener lagunas de memoria y les cuesta concentrarse), cambios del estado de ánimo (debido al efecto sobre los opioides endógenos) y los temidos sofocos. Esto ocurre porque los cambios hormonales que se producen acaban afectando a neurotransmisores como la serotonina y la dopamina. Y todo ello es algo que en los hombres no se da.

Estas diferencias entre el cerebro masculino y el femenino, pues, no son detalles menores ni curiosidades de laboratorio: afectan a cómo enfermamos, a cómo sentimos y a cómo nos diagnostican. Pero no es tu culpa que no lo supieras. Durante décadas, la investigación del cerebro se hizo casi exclusivamente sobre cuerpos masculinos —igual que todo lo demás—, y se estableció un estándar que definía lo masculino como lo «normal» y lo femenino, como una desviación, un añadido, una anomalía. Como en todo, los estudios raramente incluían a mujeres, y,

cuando lo hacían, se las trataba como una muestra hormonalmente inestable (que molestábamos, vaya) que podría alterar los resultados. Las secuelas que este sesgo ha dejado en la medicina actual son numerosas: algunas patologías, como las migrañas, la depresión posparto, la fatiga crónica o el alzhéimer precoz en las mujeres, fueron minimizadas, malinterpretadas o diagnosticadas erróneamente.

Volvemos a lo de siempre: malos diagnósticos por falta de investigación del cuerpo de la mujer. Y, cómo no, esto lleva a mujeres con dolor de cabeza intenso y recurrente que son etiquetadas como ansiosas, a pacientes con agotamiento crónico que son ignoradas y, en fin, a que los síntomas tempranos de enfermedades neurodegenerativas se confundan con estrés o con cambios hormonales.

PERO ¿DE DÓNDE VENIMOS?

Como ocurre en todas las ramas médicas, los estudios que establecieron las bases de la neurociencia moderna (nacida en el siglo XIX) se hicieron en hombres. Los primeros atlas cerebrales, los experimentos de la función cerebral y los estudios sobre las enfermedades neurológicas se basaban en sujetos masculinos. Y se asumía que la mujer podía adaptarse a estos modelos. El

argumento era que, si las hormonas femeninas modificaban el funcionamiento neuronal, eso entorpecería el estudio. No tuvieron en cuenta, como está claro, que nosotras vivimos con esas variaciones a diario y que quizá, solo quizá, deberían estudiarse de la misma forma que los cerebros de los hombres que no están sujetos a ellas.

¿Y en qué se tradujo esto? Como de costumbre, en más invisibilización. La migraña, por ejemplo, que sabemos que es altamente prevalente en mujeres, fue trivializada como «dolor de cabeza menstrual». Por su parte, la depresión posparto fue menospreciada con el argumento de que «la crianza es dura y hay que aguantarla», mientras que las enfermedades neurodegenerativas, como el alzhéimer o la esclerosis múltiple, tardaron mucho en estudiarse específicamente en las mujeres (con las nefastas consecuencias que esto nos ha provocado).

No obstante, el sesgo de género no solo afecta al diagnóstico de las enfermedades, sino que, obviamente, desconocer los entresijos del cerebro femenino y habernos excluido tradicionalmente de los estudios lleva a que la farmacología y la neurología contemporáneas no sean exactas con nosotras. Los medicamentos, diseñados para los hombres y ensayados en ellos, presentan una eficacia y unos efectos secundarios diferentes en las mujeres, y por eso muchas veces las dosis y los protocolos no

se ajustan a la biología femenina.

¿EN QUÉ SOMOS DIFERENTES?

Para empezar, dejemos claro que la neurobiología del cerebro femenino no es una anomalía, sino una variable diferente. Sin embargo, estas diferencias influyen en el diagnóstico de las enfermedades y en su tratamiento, así como en la respuesta a los medicamentos. Por ejemplo, se sabe que las mujeres presentamos una mayor conectividad entre los hemisferios, una respuesta más intensa al estrés y una mayor sensibilidad al dolor crónico. Y estas diferencias no solo afectan a los síntomas, sino también a la manera en que se perciben y se tratan en la práctica clínica.

Pero es que, si cogemos como norma el cerebro masculino, pasa lo de siempre. Y, como sabemos, los criterios de diagnóstico de enfermedades como la migraña, la depresión o el alzhéimer históricamente se definieron sobre la base de estudios masculinos. Resultado: mujeres con síntomas clásicos a menudo reciben diagnósticos equivocados, que subestiman la gravedad de su condición. Vaya, igual que lo que pasa en el caso del infarto cardiaco típico (que no es en realidad tan «típico», sino solo para los hombres, como explico en el capítulo 2). Y, en un efecto dominó, la farmacología con diana cerebral también se ve

afectada: la eficacia y los efectos secundarios de los analgésicos, los antidepresivos y los fármacos neurológicos pueden ser distintos según el sexo. Pero, para variar, los protocolos de tratamiento no siempre reflejan estas diferencias, porque para eso deberían haberse estudiado con muestras tanto de hombres como de mujeres.

La ignorancia de estas diferencias contribuye a un círculo de invisibilización: síntomas como la fatiga extrema, las alteraciones cognitivas leves o el dolor crónico se etiquetan como estrés, ansiedad o somatización. En consecuencia, las mujeres deben insistir más para recibir los estudios adecuados, una medicación ajustada y un seguimiento adecuado, enfrentándose a un sistema que tradicionalmente ha priorizado los cuerpos masculinos como el estándar.

LA NEURODEGENERACIÓN IGNORADA

Vamos a poner como ejemplo una enfermedad que nos toca a todas y a todos de cerca: el alzhéimer. Sin embargo, sus primeros síntomas no son los mismos en hombres y mujeres. En nosotras, el inicio suele ser silencioso, casi imperceptible, y, cuando llega el diagnóstico, el deterioro cognitivo puede ser ya notable. Así, los olvidos de palabras, la dificultad para nombrar objetos o la

pérdida de fluidez al hablar aparecen antes y con frecuencia se suman a síntomas emocionales (como ansiedad, depresión o alteraciones del sueño) que a menudo se etiquetan como «estrés» o «cosas de la edad». La historia clínica nos ha ignorado durante demasiado tiempo, nada nuevo, por otro lado.

Por su parte, la enfermedad suele anunciarse en los hombres de otra manera, como con cambios de carácter que saltan a la vista mucho antes que los olvidos. En su caso, la irritabilidad, la apatía, la desinhibición o los arrebatos de agresividad son las señales tempranas que reflejan la misma neurodegeneración subyacente, solo que son mucho más llamativas. De hecho, muchas veces son los hijos e hijas quienes acuden preocupados por que su padre pueda hacerle daño a su madre porque, de repente, se ha vuelto agresivo, algo que nunca había sido.

Si observamos las imágenes cerebrales y los biomarcadores podemos ver diferencias relevantes: las mujeres presentan más atrofia cerebral y niveles más altos de proteína tau (lo que podría acelerar la progresión de la enfermedad), mientras que en los hombres, cuando la neurodegeneración es visible, el deterioro cognitivo ya es también evidente.

Comprender estas particularidades no forma parte de ninguna moda feminista, sino que marca la diferencia al permitir un diagnóstico a tiempo. Y, para ello, hay que entender que, detrás

de las diferencias entre sexos, hay factores biológicos —como los efectos protectores de los estrógenos o la interacción de tau y amiloide—, pero también factores sociales y culturales, pues la manera de expresar las emociones, los roles que asumimos o cómo se interpretan nuestros primeros olvidos también influyen en el diagnóstico.

Y es que, como hemos visto que es la norma, cada protocolo «estándar» escrito pensando solo en los cuerpos masculinos deja a las mujeres desprotegidas. Y cada síntoma minimizado y considerado «estrés» o «ansiedad» es una oportunidad perdida de tratamiento. Por ello, debes conocer tu cuerpo, registrar lo que vives y debatir los tratamientos que te propongan. Eso no te convierte en una paciente difícil: te convierte en una paciente viva. Reclamar una neurología que te mire como persona y no como estadística es, en fin, tu derecho, no un favor personal.

LA SOCIEDAD CENTRADA EN EL HOMBRE NO CAMBIA SOLA: CAMBIA CUANDO LA INCOMODAS.

EFECTOS SECUNDARIOS CON NOMBRE DE MUJER

En el caso de la migraña, los tratamientos preventivos clásicos tienen mayores efectos secundarios en las mujeres. El topiramato,

por ejemplo, provoca pérdida de peso, parestesias y alteraciones cognitivas leves, y, en las mujeres, nos provoca con más frecuencia alteraciones de memoria y de concentración. Por su parte, la amitriptilina, que provoca somnolencia, aumento de peso y sequedad de boca, a nosotras nos vuelve más sensibles al aumento de peso y a la sedación. Sin embargo, los nuevos tratamientos biológicos han permitido que las diferencias de los efectos adversos entre hombres y mujeres sean mínimas, y han dado muy buen resultado en ambos sexos.

Aun así, y pese a que casi tres de cada cuatro personas con migraña son mujeres, nos toca pasar por todo el viacrucis de tratamientos antes de llegar a ellos: primero, antiinflamatorios; luego, varios preventivos orales con sus efectos secundarios (a veces durante años), hasta que finalmente se valora la opción de un fármaco de nueva generación. Además, no es raro que, antes de que podamos llegar a un neurólogo, nos digan que son «cosas de las hormonas» o del estrés, el eterno comodín. En cambio, con los hombres ocurre algo curioso: como es menos frecuente que ellos padezcan migraña, cuando consultan, los consideran un cuadro «menos típico» (se ve que lo del cuadro típico juega a favor o en contra dependiendo de quién consulte), y eso despierta más rápidamente la sospecha médica. Resultado: derivación a neurología y a terapias innovadoras antes que nosotras.

Como es obvio, este sesgo histórico en neurociencia no solo afecta a los diagnósticos y a los tratamientos, sino que también tiene un impacto profundo en la salud mental y emocional de las mujeres. Ser constantemente ignoradas, subestimadas o malinterpretadas por los profesionales médicos provoca frustración, ansiedad y desconfianza. Por ello, no es raro que las mujeres con síntomas neurológicos atípicos se sientan aisladas, incomprendidas y, a menudo, obligadas a aceptar diagnósticos imprecisos o tratamientos inadecuados. La frustración, además, aumenta cuando los medicamentos y las terapias —como sabemos, probadas en hombres— no producen los resultados esperados, ya que esto refuerza la sensación de que no nos funciona absolutamente nada.

Por si fuera poco, este tipo de patologías invisibles, que no pueden demostrarse —como sí una pierna rota—, a menudo provocan comentarios de reproche en el entorno social y laboral. Y, sin duda, la falta de comprensión del dolor crónico, de la fatiga o de patologías tan invalidantes como las crisis de migraña o las neuralgias, que son frecuentes en mujeres, puede llevar a hacer que no estemos al cien por cien. Así que, en vez de comprendernos, se acaban estigmatizando nuestras necesidades y cuestionando nuestra profesionalidad. A todo ello se le suma la presión cultural de «ser fuertes y resilientes», que nos ha llevado a

creer a ciegas en la idea de que soportar los síntomas sin quejarnos es un requisito para ser mujeres responsables y competentes.

DE PACIENTES INVISIBLES A PACIENTES INFORMADAS

No obstante, frente a nuestra invisibilización histórica en neurociencia, las mujeres podemos tomar medidas concretas para proteger nuestra salud neurológica y emocional. La primera estrategia es, como en otros casos, documentar los síntomas con precisión: registrar los dolores de cabeza, las alteraciones cognitivas, los cambios de humor, la fatiga o los episodios de ansiedad. Eso nos permite detectar patrones y proporciona al médico una evidencia clara que le impide decirnos que son cosas «sin importancia». Y es que esta práctica transforma la experiencia subjetiva en información tangible que ayuda a obtener diagnósticos más precisos.

REGISTRAR TU EXPERIENCIA NO ES EXAGERAR: ES RECLAMAR TU DERECHO A SER ESCUCHADA.

Como pacientes, no somos figurantes en la consulta; al

contrario, tenemos el derecho (y el deber) de incomodar con preguntas. Preguntar no es molestar, es sobrevivir. Exigir que nos hablen de alternativas, de dosis ajustadas a nuestro sexo, de estudios actualizados y de efectos secundarios no significa «ser pesadas», sino tener claro que nuestro cuerpo no es un ensayo clínico desechable.

Quien espera que aceptemos las recetas en silencio se equivoca: conocer nuestros síntomas y pedir opciones no nos vuelve conflictivas, sino que nos hace conscientes. Y la conciencia —igual que el conocimiento— es poder. No se trata, pues, de desafiar por desafiar, sino de exigir que la atención refleje la realidad y no un modelo masculino estándar.

Es fundamental, asimismo, que busquemos información en fuentes fiables. Esta nos ayudará a desarrollar un pensamiento crítico frente a la información médica que venga de orígenes poco fiables, de segunda mano, como las redes sociales u otros medios populares, que muchas veces esconden intereses económicos.

Tampoco debemos olvidarnos del autocuidado emocional: debemos aceptar que ciertas molestias o diferencias biológicas son reales y no un fallo personal, ya que eso reduce la culpa por estar enfermas y la sensación de aislamiento. Tenemos que comprender, en fin, que nuestro cerebro funciona con algunos parámetros diferentes a los de los hombres y que, históricamente,

la medicina puede que los haya ignorado.

Sea como sea, el sesgo histórico en neurociencia no es un malentendido inocente, sino la consecuencia de siglos en los que la experiencia femenina fue tratada como anomalía, ruido de fondo o simple exageración. Cada síntoma descartado como «estrés», cada diagnóstico que llegó tarde y cada ensayo clínico diseñado sobre cuerpos masculinos refuerzan la misma idea: el estándar nunca ha sido neutral, siempre ha sido masculino.

Por ello, reclamar diagnósticos que lleguen a tiempo y tratamientos que contemplen tu biología no es capricho: es justicia. Porque la neurociencia no debería ser una ruleta rusa en la que siempre pierdes por el simple hecho de tener el cuerpo «equivocado». Cuando la ciencia te silencia, tu voz y tu exigencia se convierten en una revolución incómoda. Pero, créeme, incomodar es parte del tratamiento.

15

CONSENTIMIENTO (DES)INFORMADO

Aunque las mujeres somos más proclives a la comunicación en la consulta médica —por lo que exponemos más nuestras dudas y pedimos que nos expliquen mejor las cosas—, varios estudios demuestran que, cuando la paciente es mujer, se tiende a darle menos información sobre su patología y su tratamiento y se le permite tomar menos decisiones sobre su enfermedad.

Así, por ejemplo, en un estudio reciente con pacientes adultos a los que siguieron durante un año se vio que las médicas nos tomamos más tiempo en informar y apoyar a nuestros pacientes, así como a explorarlos físicamente y explicarles su tratamiento. En otro estudio entrevistaron a mujeres que se habían acabado operando incluso aunque no lo tuvieran claro o no quisieran. Estas describían que habían sentido que se les había puesto delante un papel para firmar sin explicarles prácticamente nada y sin darles

la opción de informarse realmente sobre su consentimiento. Otro ejemplo es el del estudio de Nueva Gales del Sur (Australia) con 652 mujeres en el que se vio que, pese a la voluntad activa de las participantes en saber más cosas sobre su tratamiento médico, muchísimas contaban en las encuestas que no reciben toda la información que desean, en especial respecto a los efectos adversos o los falsos resultados. Tanto es así que un alarmante 40 por ciento afirmó que nunca se le había informado sobre posibilidad de falsos resultados y un 31 por ciento, que nunca se le había informado sobre los efectos secundarios de las pruebas. Como ves, unas cifras para nada despreciables.

El consentimiento informado debería ser la base de cualquier procedimiento médico, pero para las mujeres ha sido históricamente una formalidad vacía. Durante siglos, se realizaron intervenciones ginecológicas sin explicar ni los riesgos ni las consecuencias. Recordemos el caso, por ejemplo, de las cirugías ginecológicas experimentales realizadas en mujeres esclavizadas por el inventor del espéculo moderno, James Marion Sims. Como ya conté en el capítulo 10, este practicaba las operaciones sin anestesia, y justificaba la práctica como investigación médica. Pero, por supuesto, sus pacientes no dieron su consentimiento y, de hecho, ni siquiera pudieron rechazar los procedimientos dolorosos que hoy nos escandalizan. También está el caso de los

anticonceptivos orales que se testearon en mujeres puertorriqueñas en riesgo de exclusión sin, claro está, su consentimiento.

En el tema de la ginecología, aunque ya no nos sorprenda porque lo tenemos muy asumido, nos pone de mala hostia, pero, desgraciadamente, este patrón no se queda solo ahí. Desde en cirugías abdominales hasta en ensayos farmacológicos, las mujeres éramos rutinariamente excluidas de la información crítica sobre los riesgos, las complicaciones y las alternativas. En los años cincuenta y sesenta, el uso de medicamentos hormonales y anestésicos se probaba sobre todo en hombres, y los efectos adversos en mujeres a menudo se ignoraban o minimizaban. Así que ¿cómo narices vas a hacer un consentimiento informado en condiciones si no has estudiado los posibles riesgos en el 50 por ciento de la población al que va dirigido? Incluso hoy, numerosos estudios muestran que los protocolos de consentimiento siguen siendo más generales que específicos, sin ajustar la información a los riesgos particulares del sexo femenino.

La consecuencia es clara: muchas mujeres llegan a procedimientos médicamente complejos sin comprender del todo lo que implican y se enfrentan a complicaciones que podrían haberse prevenido con la información adecuada. La historia del consentimiento médico para las mujeres es un recordatorio de que

la autonomía, aún a día de hoy, nos toca pelearla con uñas y dientes, y que debemos vigilar que no dé ni un paso atrás en relación con nuestra salud como mujeres y las decisiones sobre nuestro propio cuerpo.

SABER LO QUE VA A PASAR CON TU CUERPO NO ES UN PRIVILEGIO, ES TU DERECHO.

¿SABES LO QUE ES UN CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Si te pregunto lo que es el consentimiento informado, probablemente me digas que es eso que firmas antes de que te operen. Pero no, no es solo un folio con la letra en un tamaño diminuto que te ponen delante y que firmas medio en shock, medio con miedo, pues crees que, si no pones tu firma ahí, igual ni te operan. No. El consentimiento informado, en teoría, es un derecho básico: significa que tú, como paciente, tienes que recibir toda la información clara, completa y comprensible sobre lo que te van a hacer, sus riesgos, sus alternativas (incluida la opción de no hacer nada) y las consecuencias. Y solo después de eso decides libremente si aceptas o no.

¿Qué objetivo persigue el consentimiento informado? Nació

para que no volviera a repetirse el espectáculo de médicos jugando a ser dioses con los cuerpos de la gente, experimentando, cortando, cosiendo y medicando con la autoridad de un paternalismo fundamentado en la ignorancia de los pacientes.

¿La realidad? Por desgracia, con cinco minutos de consulta por paciente, muchas veces se reduce a un trámite burocrático: te lo dan para que lo leas —si es que te da tiempo— y ni te lo explican, y tú acabas firmando porque piensas que, «si no, no me atenderán». Y ahí es donde se rompe el invento: lo que debería ser una herramienta de autonomía se convierte en un papel mojado que protege más al hospital que a los pacientes.

El consentimiento informado debería ser una conversación honesta, un espacio de decisión compartida, un «mira, esto es lo que pasa, estas son las opciones, tú decides». Pero ya sabemos que esto no es lo que ocurre en la mayoría de los casos.

El concepto de consentimiento informado surgió de manera formal a mediados del siglo xx, aunque el principio de autonomía de los pacientes viene de muchísimo atrás. A pesar de esto, a ninguna nos sorprenderá que, en nosotras, la implementación haya sido desigual y que hayamos sido históricamente las más afectadas por su falta de aplicación. Durante siglos, los procedimientos ginecológicos, las cirugías abdominales e incluso

los tratamientos farmacológicos se realizaron sin explicar ni los riesgos ni las alternativas, confiando en que la autoridad médica tenía siempre la razón.

De hecho, en la práctica, el consentimiento era pocas veces realmente informado. En muchas ocasiones no ha sido más que un garabato en un papel (incluso una huella dactilar en el caso de las personas analfabetas). Sin charla, sin preguntas, sin que nadie se tome la molestia de traducir el jeroglífico médico a un idioma que la paciente pueda entender. Así que eso de llamarlo «informado» es muy irónico.

Por si fuera poco, la investigación médica se ha encargado durante décadas de reforzar esta desigualdad: la mayoría de los ensayos clínicos y farmacológicos se hacían con hombres, porque, claro, como ya sabemos, el cuerpo masculino era el «estándar universal». ¿El femenino? Una nota al pie, una anomalía molesta. Así que, para variar, los tratamientos se diseñaron con datos de otros cuerpos y se aplicaron a nosotras a ciegas, sin saber en realidad cómo iban a responder nuestros órganos, nuestras hormonas o nuestras vidas. Y justamente estos datos —para nada alineados con nuestras posibles problemáticas— es lo que se refleja en el famoso consentimiento informado.

Comprender de dónde venimos es clave para entender por qué muchas mujeres desconfían del sistema médico y por qué la

exigencia de información clara, precisa y adaptada no es un capricho, sino un derecho fundamental que garantiza la autonomía, la seguridad y el respeto sobre nuestro propio cuerpo. Un derecho que se pisotea cada vez que a una mujer le ocurre lo que hoy mismo le ha pasado a una amiga mía. Cuando le ha preguntado a su médico qué le pasaba, este le ha espetado: «Para qué quieres que te lo explique, si tú no lo vas a entender».

Aunque hay muchos otros ejemplos prácticos que ya hemos ido viendo a lo largo del libro. En el caso de la cesárea, es habitual que muchas mujeres apenas reciban información sobre los riesgos posoperatorios, el dolor crónico, las adherencias o la recuperación del suelo pélvico, mientras que estos detalles sí que se tienen en cuenta en otras cirugías mayores. Por eso, la baja médica se consume dentro del permiso de maternidad, lo que hace que la paciente se sienta vulnerable. Otro ejemplo que ya hemos comentado es el uso rutinario del espéculo en ginecología, que refleja siglos de práctica sin ofrecer una explicación clara a las mujeres.

Pero no hace falta irnos tan lejos: hace menos de una década del escándalo del diu Essure, comercializado por Bayer. Este dispositivo anticonceptivo fue implantado a unas ochenta mil mujeres en España, hasta que más de novecientas mujeres gallegas que sufrieron graves efectos secundarios lo denunciaron

y lograron que, en 2017, se retirara al fin del mercado. El famoso Essure provocaba dolores, alergias, fatiga, pérdida de útero y trompas y otros daños graves. Pero el quid de la cuestión es que las afectadas afirman que no recibieron información adecuada sobre los riesgos del dispositivo, un hecho sobre el cual ya hay sentencias judiciales.

Y lo mismo ocurre con los tratamientos farmacológicos, en los que la información es desigual. Como ya he explicado, los ensayos clínicos sobre los analgésicos, las hormonas o los fármacos cardiovasculares han subrepresentado a las mujeres, por lo que los prospectos suelen omitir los riesgos específicos de sexo. La consecuencia es que muchas pacientes descubren los efectos adversos demasiado tarde y, aun así, la medicina interpreta sus síntomas como exageraciones o efectos psicológicos.

Estos ejemplos muestran que la falta de información no es anecdótica: es sistemática. Sin consentimiento real, sin advertencias adaptadas, las mujeres pierden autonomía, seguridad y confianza en el sistema médico. Y lo peor es que, a menudo, preguntar de más o reclamar que se hagan las cosas bien genera una sensación de vergüenza, de estar siendo una mala paciente, que nada tiene que ver con la realidad. Pedir información no es dudar de tu médico, es simplemente querer participar en tu propia salud.

DOCTOR, ¿ME LO PUEDE EXPLICAR?

La ausencia de un consentimiento informado verdadero no es un «detalle administrativo»: es dinamita para la salud emocional de las mujeres. Porque, cuando no te explican las cosas, no te están cuidando, te están ninguneando. Y ese ninguneo se traduce en ansiedad, en desconfianza, en la sensación de estar a merced de otros. Cada vez que te meten en un quirófano o te hacen un procedimiento sin contarte los riesgos, las alternativas ni las complicaciones, no es medicina, es un salto al vacío. Y, claro, ¿qué queda? El miedo. Un miedo que crece más rápido que tu conocimiento y que acaba haciendo que ir al médico te provoque más ansiedad que alivio.

Y al final nos cabreamos, y con razón. Porque ese miedo no se queda en lo emocional, sino que traspasa a lo social, como una gotera mal arreglada. Cuando no te informan bien, lo que viene después es la culpa («¿Por qué no pregunté más?»), la vergüenza («Me dirán que soy una pesada si me quejo») o directamente la resignación: tragarte el miedo en silencio porque, total, ya sabes que, si dices algo, te tacharán de exagerada, histérica o inestable. Este pack de mierda se mete hasta en lo laboral: nadie entiende por qué tardas más en recuperarte, por qué necesitas ausentarte o por qué no puedes rendir como antes. Pero ¿cómo van a entenderlo si ni siquiera a ti misma te lo contaron?

A todo eso se le suma el golpe a la confianza en el sistema sanitario. Porque, cuando aparecen complicaciones de las que no te advirtieron, lo que sientes no es solo dolor: es traición. Te das cuenta de que no fuiste tratada como una persona con derecho a decidir, sino como un cuerpo colocado en la camilla. Eso no es medicina; eso es patriarcado con bata blanca.

Pero exigir un consentimiento verdaderamente informado requiere preparación y herramientas concretas. Por ello, lo primero es documentarse sobre el procedimiento, sus riesgos específicos para mujeres, las alternativas y las posibles complicaciones. En este sentido, revisar los estudios científicos, consultar las guías médicas e informarse sobre las experiencias de otras pacientes permite anticipar dudas y plantearlas con claridad al profesional sanitario. Como no me canso de repetir: el paciente no es solo un sujeto pasivo. Tenéis derechos, pero también responsabilidades, y una de ellas es informaros sobre vuestra propia salud.

CUANTO MÁS CONOZCAS TU CUERPO Y SUS PARTICULARIDADES, MENOS ESPACIO HABRÁ PARA LA SORPRESA Y LA DESINFORMACIÓN.

Así, algunas estrategias básicas son plantear preguntas directas y claras, exigir explicaciones comprensibles y pedir

tiempo para reflexionar antes de aceptar cualquier intervención. Yo siempre os digo lo mismo: si tenéis miedo a quedaros en blanco, llevadlas apuntadas: «¿Cuáles son los riesgos específicos para mujeres de mi edad o condición?», «¿Existen alternativas menos invasivas?», «¿Cómo será la recuperación y qué complicaciones podrían surgir?». La combinación de todas estas estrategias transforma el consentimiento: de ser un trámite formal pasa a ser un proceso real de autonomía, conocimiento y protección de la salud que devuelve a las mujeres el control sobre su cuerpo y sus decisiones médicas.

La información es poder, y, por eso, cuando se nos niega, lo que queda es vulnerabilidad. Y, además, una vulnerabilidad planificada, estructural. Como digo continuamente: la única salida es nombrarlo, cabrearse y exigir lo que debería haber sido nuestro desde el minuto cero: transparencia, protección y respeto.

Ya te advertí de que yo he venido aquí a empezar una revolución.

16

IGUALDAD ANESTESIADA

Imagina que te van a abrir el abdomen para extraerte a un bebé. No te estoy hablando de quemarte una verruga superficial o de curarte una raspadura por caerte con la bici, no. Te estoy hablando de atravesar siete capas de piel y músculo hasta llegar al bebé: una cirugía mayor abdominal, con todos los riesgos que ello implica. Sin embargo, algunas mujeres han relatado cómo, en pleno quirófano, el bloqueo anestésico no funcionó del todo, de modo que sintieron el corte, el tirón, la presión insoportable. Tanto en mis redes sociales como en mi consulta del dolor, he recogido miles de testimonios al respecto: «Me dijeron que era normal sentir algo, pero yo lo sentía todo». Y es que, sí, es normal sentir la manipulación, como en el dentista cuando nos tocan la boca anestesiada, pero no es normal gritar de puro pánico mientras te cortan en dos.

El hecho de que haya un fallo en un bloqueo analgésico y en planta no se solucione —lo que deja a la paciente con niveles de dolor inadmisibles— no es, sin embargo, lo más inquietante. Al fin y al cabo, la medicina no es infalible. Lo peor es, sin duda, la respuesta: minimizar, dudar de la mujer, pedirle paciencia. En lugar de reconocer el error y actuar, se le dice que aguante o incluso se atribuye el dolor a su «posible estado de nerviosismo». Por desgracia, no se trata de anécdotas aisladas. El bloqueo del plano transverso abdominal (un bloqueo locorregional anestésico sensitivo para la zona del bajo abdomen), recomendado en las guías para el dolor tras la cesárea, raramente se lleva a cabo, y mucho menos se explica en consulta. Menos mujeres aún no lo conocen, así que ¿cómo lo van a pedir?

Así pues, la anestesia, que debería garantizar la dignidad y la humanidad en los procedimientos médicos, se convierte en otra forma de discriminación. Y por eso siempre me gusta decir bien alto que la epidural es un logro feminista que mucho costó conseguir. Hasta hace cuatro telediarios, la virtud de la mujer seguía asociándose al sufrimiento: aguantar el dolor del parto, soportar los vaivenes del embarazo, tragar con sumisión la carga en solitario de la crianza. La mujer buena era aquella que sufría, aquella que callaba. Y lo curioso es que este sesgo tiene raíces muy antiguas. Además, la resistencia a utilizar las técnicas

anestésicas en mujeres se justificaba tanto con argumentos morales («El dolor del parto es natural y redentor») como científicos («Ellas lo soportan mejor que los hombres»). Y esa mezcla de prejuicio y paternalismo sigue filtrándose hoy en día en quirófanos y salas de partos.

En este sentido, me parece tremendamente grave que, cuando un hombre se somete a una cirugía de urología, nadie ponga en duda que merece una epidural para el dolor posoperatorio, mientras que, cuando a una mujer se le realiza una histerectomía, haya cero cultura anestésica al respecto, ni que sea administrarle al menos un bloqueo anestésico. Nadie se plantea que un hombre tenga que tolerar «un poco» de dolor al realizarse una intervención o al sufrir un problema médico o un posoperatorio. Su dolor se asume como intolerable. El nuestro, en cambio, sigue estando bajo sospecha.

ES ANESTESIA, NO MAGIA

La historia de la anestesia es también la de cómo se decidió quién tenía derecho a no sufrir. Cuando, en el siglo XIX, el cloroformo se popularizó, se abrió un debate que confrontó a médicos, religiosos y gente de a pie sobre si debía aplicarse a las mujeres durante el parto. En 1847, el doctor James Young Simpson lo utilizó por

primera vez para aliviar los dolores de una embarazada. Sin embargo, la prensa moralista de la época puso el grito en el cielo: estaba escrito en las Sagradas Escrituras que las mujeres debíamos sufrir durante el parto. Que era lo natural. Mira, Joseph Christopher de la época, natural es morirse de apendicitis, y ahí está la ciencia, yendo en contra. Pero, nada, tenían los santos escrotos de asegurar que el sufrimiento femenino era parte del destino biológico de las mujeres.

Pero llegó Vicky, la *queen* Victoria, a quien ya conocemos. Ídola. *Be like Vicky.* La reina Victoria de Inglaterra tenía dos cosas: muchos hijos y muchos ovarios, ya que se atrevió a pedir cloroformo para el nacimiento de su octavo hijo. Y no era cualquier persona: era la mujer más poderosa del Imperio británico. Me imagino al obispo de turno intentando convencerla y ella recordándole que en su corte había una tradición más vieja todavía: la de cortar cabezas. Así que John Snow, su médico, le aplicó el cloroformo para el parto. No sé si la gente se puede llegar a hacer una idea de lo que duele parir, pero imaginad lo agradecida que estaba la reina que incluso lo nombró sir. A partir de entonces, si la reina podía parir sin dolor, a ver quién se atrevía a seguir diciendo que las mujeres que eligieran parir sin dolor eran menos buenas que las que lo soportaban. Gracias a nuestra amiga Vicky, lo que antes se tachaba de inmoral pasó a ser

«aceptado». Esto sí que es ser influencer, y no lo de ahora. Aunque, claro está, solo era accesible para quienes podían tener a los mejores médicos. Tú y yo, en aquella época, habríamos parido mordiendo un palo, porque la clase obrera no podía permitirse semejante lujo.

Ese doble rasero se perpetuó durante décadas. Así, en hospitales rurales y en barrios obreros, se continuaba afirmando que las mujeres «soportaban mejor» el dolor o que «no merecía la pena gastar recursos en ellas». De hecho, hay testimonios médicos de finales del siglo XIX que describen cómo los anestésicos se reservaban para las cirugías en hombres, porque sus cuerpos eran considerados más «delicados» para el trauma. El cuerpo femenino, en cambio, era visto como mejor preparado para tolerar dolor.

Y, aunque parezca mentira, todavía hoy en día la idea de que las mujeres somos más resistentes al dolor sigue presente. El eco de aquel paternalismo decimonónico todavía resuena: las mujeres deben aguantar. Como si la historia no hubiera cambiado tanto desde la reina Victoria, solo que ahora nadie con corona se convierte en la excepción que hace la norma.

SESGOS ACTUALES EN ANESTESIA PARA MUJERES

En un estudio publicado en *Enfermería global* llevado a cabo íntegramente por mujeres se reveló que la incidencia de dolor posoperatorio de las mujeres intervenidas por cesárea fue del 92,7 por ciento, una cifra que asusta. Si te paseas por cualquier sala de recuperación anestésica, te aseguro que ni de casualidad te encontrarás con un 92 por ciento de dolor entre los pacientes.

Otros estudios hablan de que, después de una cesárea, entre el 20 y el 50 por ciento de las pacientes experimentan dolor. Ya he mencionado la eficacia del bloqueo del plano transverso abdominal, pues reduce el dolor, el uso de opioides, la estancia hospitalaria y los efectos secundarios, como náuseas y vómitos. Sin embargo, la primera vez que la mayoría de las mujeres que han pasado por una cesárea han oído hablar de él ha sido en mis vídeos divulgativos.

Otro estudio mostró el nada desdeñable dato de que hasta un 11,9 por ciento de las mujeres que pasaban por una cesárea manifestaban luego un dolor intraoperatorio significativo. Sin duda, es una cifra que no se puede menospreciar ni justificarse como un «efecto secundario raro». En este caso, entre los factores estudiados analizaron la ansiedad, pues querían vincularla con ese dolor intraoperatorio. Por ello, antes de la intervención, les preguntaron si estaban ansiosas, y se vio que no tenía ninguna relación en los resultados. Sin embargo, el reconocimiento de este

problema es escaso, y a menudo se descarta como «sensibilidad individual» o «Es que está muy nerviosa». De hecho, en el estudio se demostró que ni el ginecólogo ni los anestesistas eran capaces de identificar correctamente ese dolor en las parturientas, las cuales, *spoiler*, la mayoría de las veces se estaban quejando.

Lo lógico es pensar que, con todos los avances médicos, los sesgos históricos respecto a la anestesia femenina habrían quedado atrás. Pero basta con escuchar testimonios recientes para darse cuenta de que la sombra del pasado sigue muy viva. Así, en cesáreas de urgencia, no son pocas las mujeres que describen haber sentido cómo se iniciaba la intervención antes de que la anestesia estuviera completamente activa. Algunas lo relatan como «sentir que me abrían en canal mientras estaba consciente». Lo peor es que, cuando lo comunican, la respuesta suele ser un «es normal, tranquila, eso pasa». En contraste, investigaciones similares en pacientes masculinos sometidos a cirugía abdominal mostraron unos protocolos más estrictos de monitorización y reajuste anestésico.

El sesgo en las anestesias también se observa, por ejemplo, en bloqueos locorregionales como los usados en mastectomías. Existen reportes de mujeres que, tras quejarse de dolor durante la cirugía, recibieron una sedación mínima en lugar de un refuerzo anestésico adecuado. Lo paradójico, no obstante, es que las

guías clínicas incluyen claramente los pasos para evitar estos fallos, pero su aplicación se relaja cuando se trata de un cuerpo femenino. Las mujeres, pues, no solo son más vulnerables al dolor intraoperatorio, sino también a la desconfianza médica cuando alzan la voz.

EL DERECHO A NO SUFRIR: DOLOR POSOPERATORIO Y RECUPERACIÓN

El sesgo anestésico no termina en la mesa de quirófano. Y, si no, que se lo pregunten a las mujeres sometidas a una cesárea que han tenido que afrontar el posoperatorio a base de paracetamol y Enantyum. Tras la cirugía, pues, comienza una segunda batalla: el manejo del dolor posoperatorio. Y aquí también se observa un patrón inquietante. Numerosos estudios han documentado que las mujeres reciben dosis más bajas de analgésicos en comparación con los hombres, incluso tras procedimientos de igual o mayor invasión. Uno constataba que las mujeres reciben con más frecuencia medicación sedativa, mientras que a ellos se les prescriben analgésicos potentes.

La explicación que suele darse, como vengo diciendo, es que las mujeres «toleran mejor» el dolor o que «son más emocionales». Pero esto no solo afecta a la experiencia subjetiva de la

recuperación, sino también a los resultados médicos. El dolor mal controlado aumenta el riesgo de complicaciones, retrasa la cicatrización y contribuye al desarrollo de dolor crónico, lo que sin duda se vincula con la mayor prevalencia del dolor crónico posoperatorio en las mujeres. Y, sin embargo, en muchas unidades posquirúrgicas se normaliza que las mujeres «aguanten un poco más».

Un ejemplo ilustrativo: en el caso de las histerectomías, que implican una agresión quirúrgica importante, hay evidencia de que el dolor posoperatorio está sistemáticamente infratratado, mientras que en cirugías de hernia inguinal —más prevalentes en hombres— el manejo del dolor es mucho más proactivo. ¿Casualidad? Dejadme dudarlo.

Sin embargo, cambiar esta realidad no es solo una cuestión de manejo técnico por parte de los especialistas: es también cultural. La anestesia, en teoría, debería ser igual para todas y todos. Es (o debería ser) la herramienta más democrática de la medicina, la que elimina el dolor sin importar el sexo de quien está en la camilla. Pero, por desgracia, la estadística nos dice lo contrario.

Y, si analizamos lo puramente fisiológico, ya hay estudios que están evaluando si los hombres y las mujeres reaccionan igual ante los fármacos anestésicos. Lo que ya se ha demostrado es que las mujeres metabolizan ciertos fármacos más rápido, lo que

hace que la duración del efecto sea menor. Sin embargo, en la mayoría de las guías clínicas, las dosis estándar siguen calibradas en función de los cuerpos masculinos de entre setenta y ochenta kilos. Es el paciente estándar al que se ajusta todo.

Por eso, hay que quejarse. Hay que denunciar. Cuando penséis que no sirve de nada, recordad que los grupos de pacientes que han denunciado públicamente sus experiencias han conseguido abrir debates institucionales. En España, varios testimonios recogidos por asociaciones de mujeres tras cesáreas dolorosas han obligado a que se revisen los protocolos de analgesia. Asimismo, desde la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, las anestesiólogas han puesto en marcha diversas iniciativas para fomentar la equidad de género dentro de esta área médica.

El mensaje es claro: no se trata de pedir privilegios, sino de reclamar un derecho básico: no sufrir innecesariamente, y mucho menos cuando el sexo opuesto no lo hace.

La anestesia es uno de los mayores avances médicos y ha permitido que otras ramas, como la cirugía, crezcan de manera exponencial gracias a ella. Pero, a pesar de que su desarrollo ha sido relativamente reciente, no se libra de las desigualdades a la hora de aplicarla a hombres y mujeres. Desde el parto con cloroformo de la reina Victoria hasta las cesáreas del siglo XXI en

los que las mujeres siguen sintiendo cómo las abren, la historia de la anestesia está atravesada por una idea persistente: el dolor femenino es tolerable, casi natural, algo que no merece el esfuerzo de erradicarlo.

Y esto ocurre no porque falten conocimientos o recursos para evitar este dolor femenino, sino porque sobra un prejuicio que lo impregna todo: el de que las mujeres exageran o aguantan mejor. Es el concepto de la paciente «histérica», que se extiende como una mancha de tinta.

La buena noticia es que poco a poco hay cambios. Con las mujeres ocupando cada vez más los campos de la investigación, el foco de los problemas se está moviendo por fin hacia las cuestiones que nos afectan. Como siempre os digo, el derecho a no sufrir es una reivindicación feminista. Porque garantizar a las mujeres una atención médica sin dolor es también reconocer su dignidad en uno de los momentos de mayor vulnerabilidad.

EPÍLOGO
LA LUCHA POR NUESTRA SALUD

Bueno, chica, hemos llegado al final del libro, pero espero que este sea el principio de un camino de despertar y reivindicación. Sé que te he puesto de mal humor, que no es un libro cómodo ni bonito, pero tampoco pretendía serlo. Mi objetivo era darte escudos y espadas para que no te vuelvan a ganar en una batalla con desinformación. Hemos transitado desde el cuerpo de la mujer como laboratorio no consentido hasta la invisibilización de nuestras enfermedades y síntomas. Desde la menstruación mal tratada hasta el tabú de la menopausia. Desgraciadamente, ninguno de los temas que hemos tocado es anecdótico. Cada capítulo intenta enseñarte que el sesgo de género en medicina no es un error puntual, no es un mal diagnóstico ni que te tocara una mala lotería, sino un sistema entero —que hay que desmontar— de protocolos y prácticas que ha tratado a las mujeres como

hombres imperfectos cuando se trata de salud.

Lo más doloroso es que muchas hemos crecido pensando que este maltrato sistemático era «lo normal». Era normal que la regla doliera hasta dejarte en la cama. Que una cesárea no mereciera la baja porque «ya tienes el permiso de maternidad». Que, en las revisiones de ginecología, el espéculo doliera «porque hay que pasar por ahí». Se nos desterró del paraíso para sufrir, y se nos ha condenado a seguir sufriendo con la normalización de nuestras dificultades de salud. Por eso, leer, escribir y hablar de ello pone el foco en lo importante: en las armas para desmontar este castillo de naipes que nos tiene al borde del derrumbe.

Que le ocurra a una sola mujer es mala suerte, o un mal diagnóstico, pero que ocurra en todo un sexo —cuyos problemas de salud son ignorados por norma— grita al cielo hacer de lo personal activismo. Cada vez que una mujer dice: «Me duele» y la respuesta es: «Es ansiedad», no solo está siendo ignorada individualmente: está siendo colocada en una cadena de siglos de mujeres a las que se les negó la voz, la autoridad y el derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Así que levantar la voz, contar nuestras historias, señalar el problema es revolución.

La mujer que exige las mismas pruebas que se le hacen a un hombre ante el dolor crónico y no un antidepresivo forma parte de la resistencia. La paciente que exige que le expliquen cómo afecta

una medicación a su cuerpo en concreto antes de tomarla está marcando un camino. La madre que pide la epidural a pesar de que le digan que así es menos madre está desafiando siglos de sufrimiento impuesto sobre sus hombros y a miles de médicos que insistían en que parir con dolor era virtud.

No estás sola. Cada experiencia individual que vivimos como pacientes es parte de una telaraña de injusticias. No somos exageradas ni histéricas, sino que estamos hartas de un sistema diseñado para dudar de nosotras. Nuestras historias son piezas que, juntas, crean un rompecabezas del sesgo de género médico.

Pero, una vez que hemos salido de Matrix, ¿cómo continuamos? ¿Qué podemos hacer? Sé que da miedo y rabia ver la magnitud de la tradición de invisibilización a la que hemos sido sometidas las mujeres. Que nos lleva a pensar: «¿Y qué puedo hacer yo sola contra todo un sistema?». Pero no estás sola; todas estamos en el mismo barco de errores que cuestan vidas, que cronifican el dolor, que generan incapacidad en el día a día. No podemos permitirnos seguir esperando. Por ello, debemos seguir luchando por nuestra representación en la investigación. Pedir igualdad en la inclusión en los ensayos clínicos. Necesitamos datos desagregados. Y no es un capricho académico, sino que marca la diferencia entre un tratamiento eficaz y uno que nos deja desprotegidas.

Asimismo, hay que darle una vuelta urgente a la formación médica. No puede ser que hoy en día todavía se explique la erección masculina, pero no la femenina. Que, cuando aprendemos, se siga utilizando el general masculino como si fuera la norma y no una de las variantes. No sirve de nada tener evidencia del sesgo de género si a los médicos que estamos a pie de calle nos siguen formando en nociones anticuadas que olvidan la realidad de las mujeres. Cuando los prejuicios y la ignorancia van de la mano, las que lo sufrimos somos las mujeres. La perspectiva de género debe ser parte troncal de los estudios de Medicina, no un seminario optativo que se olvida al día siguiente.

Pero en la vida cotidiana las cosas también tienen que cambiar: los permisos de maternidad que no reconocen la cesárea como cirugía mayor son un insulto a la inteligencia. Los protocolos de dolor que priorizan las pruebas en los hombres y las benzodiacepinas en las mujeres dejan mucho que desear y deberían ser revisados de inmediato. Sin embargo, no se trata de hacer pequeñas mejoras aisladas, sino de llevar a cabo una transformación profunda.

Pero, mientras esa transformación llega, necesitamos estrategias de resistencia en lo cotidiano. La primera es muy simple y a la vez revolucionaria: creer en nuestros propios síntomas. No minimizarlos, no dudar de ellos antes de abrir la boca

en la consulta. La segunda: prepararnos para esas consultas. Llevar apuntado lo que sentimos, cuánto dura, cómo nos afecta. Esa información no solo nos empodera, sino que también reduce el margen para que nos despachen con un «es normal» o «igual estás muy nerviosa».

Recuerda siempre que debes reclamar el consentimiento informado real, y que no estás obligada a firmar nada sin entenderlo. No debes tener miedo de preguntar: «¿Qué pasa si no acepto este tratamiento?», «¿Qué alternativas tengo?», «¿Qué riesgos hay para mí específicamente como mujer?». Tienes derecho a que se te resuelvan todas tus dudas. Y es que es nuestro derecho y nuestra responsabilidad contar nuestras experiencias, generar un eco de denuncia que obligue a los profesionales a escucharnos.

Creo que, si algo ha quedado claro al final de este recorrido juntas, es que no nos regalarán la medicina que nos merecemos. Cada uno de los derechos de las mujeres se ha peleado con uñas y dientes, desde el voto hasta la epidural. Debemos, pues, construir esa medicina que nos escuche. Esa en la que el dolor no se normalice, en la que la información no sea un privilegio y en la que nuestra salud no dependa del azar ni de la generosidad de un profesional.

La revolución silenciosa comienza en la consulta, en el

quirófano, en los grupos de apoyo y en la reflexión personal. El activismo no tiene que ser espectacular para ser eficaz: persistir, cuestionar y educar son actos radicales en un sistema que históricamente ha ignorado nuestras voces.

Este libro llega a su fin, pero la lucha continúa. Que este cierre no sea un punto final, sino un punto de partida. Porque, cuando las mujeres dejan de ser víctimas del sesgo y pasan a ser protagonistas de su cuidado, transforman la medicina y la sociedad entera. Y ese es el futuro que nos debemos y que podemos escribir juntas.

Recuerda: nuestra salud está en juego.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han confiado y confían en mí. Que se ponen en mis manos para tratar su dolor. Que me dan permiso para ser su voz frente a las injusticias.

Sin vosotras, ni mi comunidad ni este libro serían posible.

Sigamos luchando por ese día en que alzar la voz ya no sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. No somos hombres pequeños

American Heart Association, «Women still underrepresented in clinical research, science and medicine that could save them from their No. 1 killer» (febrero de 2020), <https://newsroom.heart.org/news/women-still-underrepresented-in-clinical-research-science-and-medicine-that-could-save-them-from-their-no-1-killer>.

Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, «Historia de la participación de la mujer en la investigación clínica» (marzo de 2022), <https://amiif.org/historia-de-la-participa cion-de-la-mujer-en-la-investigacion-clinica/>.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, «Zolpidem: la FDA recomienda dosis más bajas» (mayo de 2023), <https://botplusweb.farmaceuticos.com/documentos/2013/5/

10/57501.pdf>.

García Calvente, M. M. (ed), *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010, <https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/transversalidadGenero/estudiosInformes/docs/Investigacion Genero.pdf>.

Hernández Solana, M., «Apenas un tercio de los participantes en ensayos clínicos son mujeres», *The Objective* (mayo de 2022), <https://theobjective.com/sociedad/ciencia/2022-05-28/ensayos-clini cos-mujeres/>.

Salud y Fármacos, «Zolpidem: la FDA exige reducir la dosis recomendada para ciertos medicamentos para dormir que contienen zolpidem», *Boletín Fármacos* (febrero de 2013), <https://www.salud yfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/feb2013/zolpidem-la-fda-exige-reducir-la-dosis-recomendada-pa ra-ciertos-medicamentos-para-dormir-que-contienen-zolpi dem/>.

Sanchís, I., «En salud, a las mujeres se nos ha tratado como hombres pequeños», *La Vanguardia* (24 de marzo de 2025). <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20250324/10510120/elizabeth-co men-salud-mujeres-tratado-hombres-pequenos.html>.

3. El dolor crónico como compañero de vida

Chen, E. H., *et al.*, «Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain», *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, vol. 15, n.° 5 (2008), pp. 414-418, <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x>.

Guzikevits, M., *et al.*, (2024). «Sex bias in pain management decisions», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 121, n.° 33 (2024), art. e2401331121, <https://doi.org/10.1073/pnas.2401331121>.

4. Será ansiedad

Hamberg, K., «Gender Bias in Medicine», *Women's Health*, vol. 4, n.° 3 (2008), pp. 237-243.

5. Es normal, ya se te pasará

Denny, E., y Mann, C. H., «Endometriosis and the primary care consultation», *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 139, n.° 1 (2008), pp. 111-115.

Hämmerli, S., *et al.*, «Does Endometriosis Affect Sexual Activity and Satisfaction of the Man Partner? A Comparison of Partners

From Women Diagnosed With Endometriosis and Controls», *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 15, n.° 6 (2018), pp. 853-865, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.087>.

Vercellini, P., *et al.*, «Attractiveness of women with rectovaginal endometriosis: a case-control study», *Fertility and Sterility*, vol. 99, n.° 1 (2013), pp. 212-218, <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.08.039>. Retractación publicada en *Fertil Steril*, vol. 114, n.° 5 (2020), 1123, <https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(20)32200-7/full text>.

6. Cesárea: la única cirugía mayor sin baja

Linde, P., «El abuso de las cesáreas en la sanidad privada: practica más del doble de las que recomienda la OMS», *El País* (7 de agosto de 2024), <https://elpais.com/sociedad/2024-08-07/el-abu so-de-las-cesareas-en-la-sanidad-privada-practica-mas-del-doble-de-las-que-recomienda-la-oms.html>.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), «Inducing labour», (4 de noviembre de 2021), <https://www.nice.org.uk/gui dance/ng207>.

Requena, A., Sánchez, R., «Dar a luz en un hospital privado

aumenta un 52% la probabilidad de tener una cesárea», *elDiario.es* (13 de octubre de 2025), <https://www.eldiario.es/sociedad/dar-luz-hospi tal-privado-aumenta-52-probabilidad-cesarea_1_12609634.html>.

7. Parirás con dolor

Colciago, E., *et al.*, «Management of the second stage of labour in women with epidural analgesia: A qualitative study exploring Midwives' experiences in Northern Italy», *Midwifery*, vol. 78 (2019), pp. 8-15, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.013>.

Hill, A., «Women in labour being refused epidurals, official inquiry finds», *The Guardian* (3 de marzo de 2020), <www.theguardian.com/lifeandstyle/2020/mar/03/women-in-labour-being-refu sed-epidurals-official-inquiry-finds>.

Sng, B. L., *et al.*, «Early versus late initiation of epidural analgesia for labour», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.° 10 (2014), art. CD007238, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>.

8. La viagra que pudo eliminar el dolor menstrual

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios,

Informe anual del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H) 2023, n.° 6 (2023), <https://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/docs/Informe_Anual_FV_2023.pdf>.

Anim-Somuah, M., *et al.*, «Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.° 5 (2018). art. CD000331, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>.

Dmitrovic, R., A. R. Kunselman y R. S. Legro, «Sildenafil citrate in the treatment of pain in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial», *Human Reproduction*, vol. 28, n.° 11 (2013), pp. 2958-2965, <https://doi.org/10.1093/humrep/det324>.

LeGates, T. A., M. D. Kvarta, y S. M. Thompson, «Sex differences in antidepressant efficacy», *Neuropsychopharmacology*, vol. 44, n.° 1 (2019), pp. 140-154, <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0156-z>.

Sambola, A., *et al.*, «Prevención cardiovascular primaria y secundaria en los ciclos vitales de la mujer. Documento de consenso de la SEC-GT ECV en la Mujer, ACP-SEC, SEGO, AEEM, SEEN, semFYC, SEMERGEN, AEP y AEM», *Revista Española de Cardiología*, vol. 78, n.° 7 (2025), pp. 639-651, <https://www.revespcardiol.org/es-prevencion-cardiovascular-primaria-y-sec-articulo-S0300893225000375>.

11. Menopausia: no es el final, es un principio

García, J. L., «Marimer Pérez, experta en menopausia, sobre cuándo tengo que usar la terapia hormonal: "Es una herramienta médica"», Telecinco (1 de agosto de 2025), <https://www.telecinco.es/noticias/salud/20250801/marimer-perez-menopausia-cuan do-poner-terapia-hormonal-upp3rs_18_016071063.html>.

InfoNegocios Madrid, «El 89% de las españolas no se siente bien acompañada por su profesional médico durante la menopausia» (14 de octubre de 2025), <https://infonegocios.madrid/plus/el-89-de-las-espanolas-no-se-siente-bien-acompanada-por-su-profesional-medico-durante-la-menopausia>.

Lucio, C. G., y Hernández, V., «La menopausia no es una etapa que haya que soportar. Hay tratamientos que pueden ayudar a no perder calidad de vida», *El Mundo* (4 de julio de 2023), <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/07/03/649d 6d3ae9cf4aab058b45a9.html>.

Rossouw, J. E., *et al.*, «Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial», *JAMA*, vol. 288, n.° 3 (2002), pp. 321-333.

Sociedad Española de Reumatología, «Se estima que 1 de cada 4

mujeres postmenopáusicas tienen osteoporosis» (20 de febrero de 2017), <https://www.ser.es/se-estima-1-4-mujeres-postmenopausicas-tienen-osteoporosis/#:~:text=Se%20estima%20que%201%20de%20cada%204%20mujeres%20postmenop%C3%A1usicas%20(a,varones%20de%20la%20misma%20edad>.

13. Vacunas contra las diferencias

Edelman, A., *et al.*, «Association Between Menstrual Cycle Length and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination: A U.S. Cohort», *Obstetrics and Gynecology*, vol. 139, n.° 4 (2022), pp. 481-489, <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004695>.

Gibson, E. A., *et al.*, «Covid-19 vaccination and menstrual cycle length in the Apple Women's Health Study», *NPJ Digital Medicine*, vol. 5, n.° 1 (2022), p. 165, <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00711-9>.

Kumar, N., *et al.*, «Effect of COVID-19 Vaccination on Menstrual Cycle Patterns of Reproductive-age Women: A Multi-centric Observational Study», *Current Drug Research Reviews*, vol. 16, n.° 2 (2024), pp. 237-248, <https://doi.org/10.2174/2589977515666230608140606>.

Payne, L. A., *et al.*, «Association between COVID-19 vaccination

and menstruation: a state of the science review», *BMJ Sexual & Reproductive Health*, vol. 50, n.° 3(2024), pp. 212-225, <https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2024-202274>.

Rodríguez Quejada, L., *et al.*, «Menstrual cycle disturbances after COVID-19 vaccination», *Women's Health*, n.° 18 (2022), art. 17455057221109375, <https://doi.org/10.1177/17455057221109375>.

15. Consentimiento (des)informado

Bertakis, Klea D., «The influence of gender on the doctor-patient interaction», *Patient Education and Counseling,* vol. 76, n.° 3 (2009), pp. 356-60, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19647968/>.

Davey H. M., Barratt A. L., Davey E., Butow P. N., Redman S., Houssami N., Salkeld G. P., «Medical tests: women's reported and preferred decision-making roles and preferences for information on benefits, side-effects and false results». *Health Expectations*, vol. 5, n.o, 4, pp. 330-40, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5142735>.

Dixon-Woods M., Williams S., Jackson C., Akkad A., Kenyon S., Habiba M. «Why women consent to surgery, even when they don't want to: a qualitative study». *Clinical Ethics*, vol. 1, n.° 3

(2006), pp. 153-158, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/147775006778246522>.

16. Igualdad anestesiada

Borges, N., Silva, B., Pedroso, C.; Silva, T.; Tatagiba, B.; Pereira, L., «Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea», *Enfermería global*, vol. 16, n.° 48 (2017), pp. 354-383, <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>.

Calderone, K. L. «The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients». *Sex roles,* n.° 23 (1990), pp. 713-725, <https://doi.org/-10.1007/BF00289259>.

Cuando la verdadera epidemia es la desigualdad: un libro para aprender, reflexionar y combatir.



¿Sabías que el dolor menstrual puede ser tan intenso como el de un infarto? ¿Que antes de 1993 la mayoría de los estudios clínicos no incluían a las mujeres? ¿Que, si eres mujer, tardas de media dos años más que un hombre en recibir un diagnóstico médico? ¿Que enfermedades que afectan principalmente a mujeres, como la endometriosis, son las más infrainvestigadas?

Siempre se ha dicho que la salud es lo más

importante, pero, al observar los datos, parece que esto no se aplica a las mujeres: diagnósticos erróneos y tardíos, medicamentos no testados, efectos secundarios, violencia diagnóstica... La brecha de género en la salud es tan evidente como indignante y afecta negativamente a todos los aspectos de la vida de las mujeres.

En *Ser mujer es perjudicial para la salud*, se aborda esta desigualdad de manera directa, accesible y muy informativa realizando un recorrido por la salud de la mujer y sus particularidades.

Porque el primer paso para empoderarnos sobre nuestro cuerpo es comprenderlo.

Elena Casado Pineda es médica especialista en anestesiología, reanimación y terapia del dolor. Licenciada en Medicina por la Universidad de Valencia, se formó como anestesióloga en el Hospital Universitario Lluís Alcanyís de Xàtiva y amplió su formación con másteres en Anestesiología pediátrica y en Investigación y tratamiento del dolor crónico.

Trabaja en Valencia y atiende a pacientes de distintos lugares, combinando la práctica clínica con técnicas avanzadas en el tratamiento del dolor y una mirada humanista. Aborda el dolor crónico, especialmente en mujeres, reflexiona sobre el sesgo de género en la medicina y divulga contenidos de salud en redes sociales. Paciente ella misma de dolor crónico, esta doble perspectiva guía su forma de ejercer: tratar a sus pacientes como le gustaría ser tratada.



Primera edición: marzo de 2026

© 2026, Elena Clara Casado Pineda
© 2026, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.
Travessera de Gràcia, 47-49. 08021 Barcelona

Diseño de portada: Penguin Random House Grupo Editorial

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección de la propiedad intelectual. La propiedad intelectual estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes de propiedad intelectual al no reproducir ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores. Ninguna parte de este libro puede ser utilizada o reproducida con el propósito de entrenar tecnologías o sistemas de inteligencia artificial. PRHGE se reserva expresamente la reproducción, la extracción y el uso de esta obra y de cualquiera de sus elementos para fines de minería de textos y datos y el uso a medios de lectura mecánica u otros medios que resulten adecuados (art. 67.3 del Real Decreto Ley 24/2021). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, http://www.cedro.org) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra. En caso de necesidad, contacte con: seguridadproductos@penguinrandomhouse.com

ISBN: 978-84-272-5667-5

Compuesto en: leerendigital.com

Facebook: PenguinEbooks
Facebook: editorialmolino
X: @EdMolino
Instagram: @editorialmolino
Youtube: penguinlibros
Spotify: penguinlibros

«Para viajar lejos no hay mejor nave que un libro».

EMILY DICKINSON

Gracias por tu lectura de este libro.

En **Penguinlibros.club** encontrarás las mejores recomendaciones de lectura.

Únete a nuestra comunidad y viaja con nosotros.

Penguinlibros.club

Penguin Random House Grupo Editorial

Penguinlibros

[1] Medicamento que se utiliza, principalmente, para combatir el exceso de colesterol.

Índice

Ser mujer es perjudicial para la salud
Prólogo. No estamos locas, somos invisibles
1. No somos hombres pequeños
2. El asesino invisible: el infarto femenino
3. El dolor crónico como compañero de vida
4. Será ansiedad
5. Es normal, ya se te pasará
6. Cesárea: la única cirugía mayor sin baja
7. Parirás con dolor
8. La viagra que pudo eliminar el dolor menstrual
9. La píldora mágica
10. A medida (para otros cuerpos)
11. Menopausia: no es el final, es un principio
12. Enfermedades autoinmunes: tu cuerpo en guerra
13. Vacunas contra las diferencias
14. Cerebros diferentes
15. Consentimiento (des)informado
16. Igualdad anestesiada
Epílogo. La lucha por nuestra salud

Agradecimientos
Bibliografía
Sobre este libro
Sobre Elena Casado Pineda
Créditos
Notas