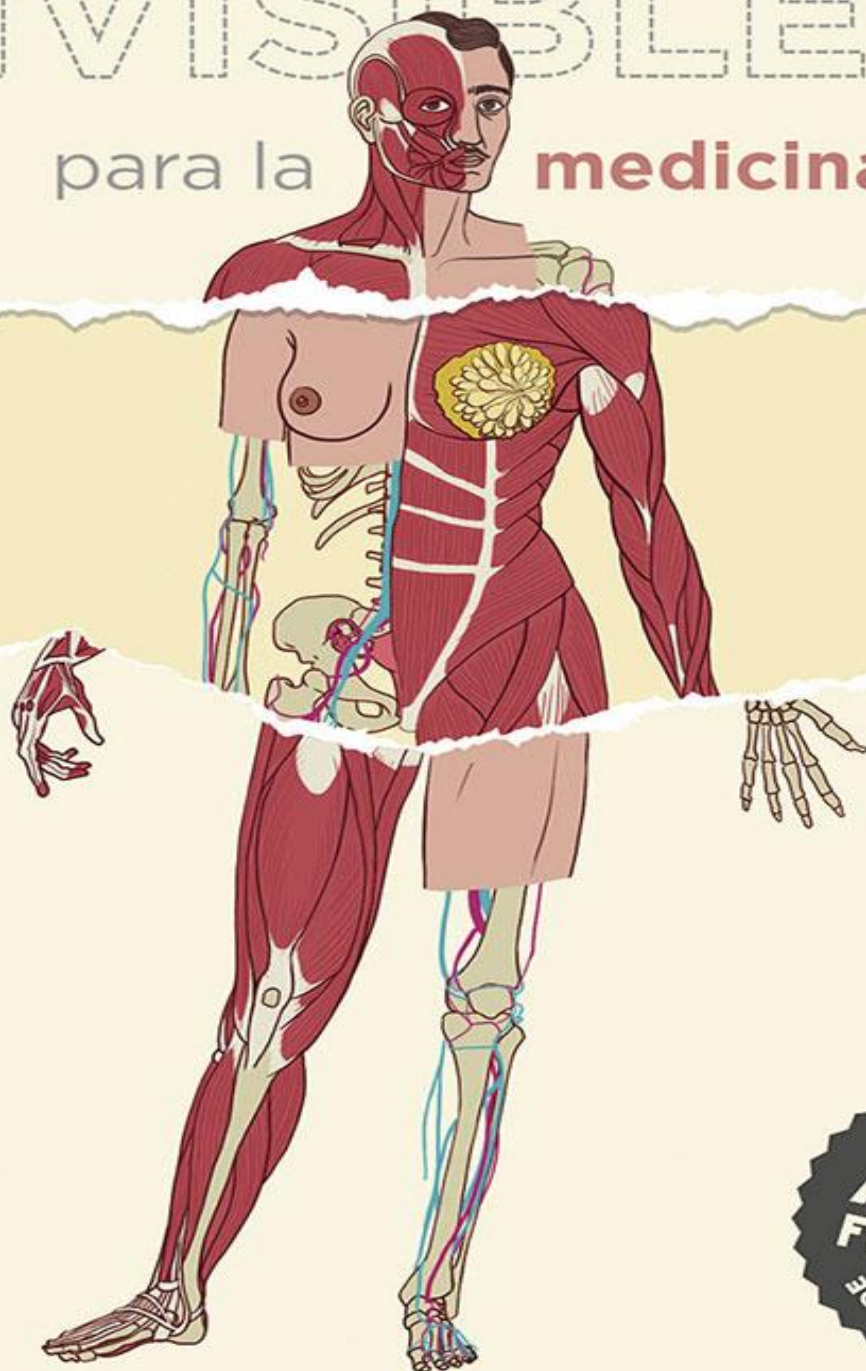


CARME VALLS LLOBET

# MUJERES INVISIBLES

para la **medicina**



*Capitán Swing®*



**Desvelando nuestra salud**

**Prólogo** Capitán Swing ha tenido la buena idea de reeditar *Mujeres invisibles*, de Carme Valls, publicado originalmente en 2006, presentándonos en 2020 una edición revisada y actualizada de este necesario libro, que debería estar en la mesilla de noche de todas nosotras, para ir picoteando aquí y allá la ingente información que contiene, y que nos interpela respecto a todos y cada uno de los dogmas que han tergiversado e ignorado la salud de las mujeres.

Carme Valls es una médica sabia y sobre todo empática. Una mujer comprometida con la salud de las mujeres, con la sociedad y con los cambios sociales y culturales. Es una profesional muy conocida y reconocida, especialmente por su aportación pionera a los estudios sobre la salud y la vida de las mujeres, así como por su capacidad prodigiosa para identificar los elementos críticos que pueden transformar nuestras viejas creencias, tan asentadas en la comodidad de la práctica médica cotidiana. Carme Valls lleva muchos años tomándose en serio —en el sentido que Adrienne Rich<sup>[1]</sup> daría a esta expresión: respetando, priorizando— la calidad de vida de las mujeres, lo cual no es poco. Es maestra de muchas médicas y profesionales sanitarias, a las que ha encendido la velita del respeto por la salud de las mujeres y por la interrelación que se da entre esta y la vida cotidiana. Es una intrigante necesaria e imprescindible.

*Mujeres invisibles* se lee como una novela, pero realmente es un documento condensado al máximo, que invita a profundizar en cada uno de los temas y a cuestionarnos la mayoría de las certezas con que históricamente se ha abordado el diagnóstico y tratamiento de la salud de las mujeres. A lo largo del texto, Carme Valls hace un recorrido por las omisiones y los supuestos diversos con que nos encontramos en este ámbito, que muchas veces parten de los estereotipos culturales que alojamos en nuestra mente y que nos acompañan como sanadoras y como mujeres. Cada capítulo le habría dado para escribir un tratado, y para las lectoras y lectores cada uno de ellos funciona a modo de apuntes de gran calado para conocer los elementos a los que habría que atender para explicar lo que está ocurriendo, dónde no podemos despistarnos, dónde reside el quid del asunto. Indicadores a los que probablemente nunca antes habíamos atendido y que, sin embargo, nos permiten una comprensión holística de la salud. El libro analiza los grandes asuntos que afectan a la salud de las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital. Carme Valls —a modo de linterna mágica— nos va indicando hacia dónde

debemos dirigir nuestra mirada, dónde se sitúan las diversas trampas, hacia dónde debemos orientar nuestra escucha, de manera que podamos ir encontrando el camino para librarnos de la paja y el ruido que nos impiden comprender la complejidad diferencial entre la salud de mujeres y hombres y, a partir de ahí, facilitarnos el acercamiento a nosotras mismas.

Aunque el título pueda confundirnos, no es un libro lacrimógeno ni victimista; al contrario, está lleno de luz y fuerza para, como dice ella, ayudarnos a renacer por nosotras mismas y acompañarnos en este proceso de reencuentro y dominio de la salud, entendida como una construcción personal en la que los diversos contextos de desarrollo —físicos, sociales, psicológicos, económicos— desempeñan un papel crucial y exigen, por lo tanto, una mirada ecológica imprescindible. Nos invita a una comprensión holística que enmarque la salud en el contexto biopsicosocial en que se desarrolla cada individuo, ya que la única mirada sanadora será aquella que comprenda la interrelación psicológica, biológica y social de la salud de cada persona. Solo así podremos esbozar un diagnóstico que abarque la complejidad de la vida al completo y, a partir de ahí, diagnosticar, orientar, medicar, acompañar.

No estamos ante un libro «de medicina» al uso, y, sin embargo, lo es, claro, porque de eso trata, pero todo él está atravesado por un reconocimiento del papel que en la salud de las mujeres desempeñan la sensualidad, el afecto, los vínculos, las emociones. Una perspectiva no habitual que hace que este texto resulte especialmente interesante y necesario tanto para las y los profesionales que aspiren a tener una mirada integradora sobre la salud y la vida de las mujeres, como para las propias mujeres que deseen comprender su cuerpo y su vida y cuestionar el modelo de atención sanitaria con que se encuentran con demasiada frecuencia en las consultas médicas.

La actualización de este libro nos permite comprobar que las intuiciones y las cuestiones que Carme Valls y las mujeres de la red Mujeres y Salud han ido exponiendo y planteándose en estos últimos treinta años el tiempo las ha ido confirmando de una en una, y no nos ha traído muy buenas noticias. Hemos avanzado, cierto, pero mucho menos de lo que es necesario. Al menos, sabemos que ahora podemos tener un mayor control sobre nuestra salud y cuestionar los diagnósticos presuntamente inofensivos, los tratamientos que nos enferman y el trato que recibimos. Empezamos a dejar de ser pacientes sumisas para tener por fin voz propia.

La iluminación central que aporta la reflexión de Carme Valls es el sesgo de género que atraviesa y contamina toda la investigación y la práctica médica, en la que el sexo masculino ha sido la única medida. La salud diferencial de hombres y mujeres se aborda con el peso de un argumento estructural. En las últimas décadas, por suerte, se

han encendido las alarmas al respecto y son ya numerosos los trabajos y estudios en los que se trata de atajar o simplemente denunciar la omisión e invisibilidad de las mujeres, que invalida la investigación presuntamente científica. Una realidad esperanzadora a la que le queda un larguísimo camino por recorrer.

El libro aborda todos y cada uno de los temas que constituyen nuestra salud biopsicosocial. La tradicional medicalización del malestar que acusa una gran parte de la población femenina es puesta en cuestión de manera radical, ya que ahora sabemos que enfermamos por la vida que llevamos, que nuestra ansiedad y ese malestar que no tiene nombre —en palabras de Betty Friedan<sup>[2]</sup>— no se deben a que seamos histéricas por naturaleza, sino al desasosiego que produce una vida sin tiempo propio y alejada de nuestras necesidades y deseos, a las numerosas violencias cotidianas normalizadas, a la compasión fuera de lugar —Adrienne Rich *dixit*—, al regalo de tiempo a los inútiles funcionales —como si nos sobrara—, a la carga mental de la vida cotidiana, que no es compartida, al cortisol disparado, a la falta de reconocimiento y escucha, a los tóxicos del «limpia, brilla y da esplendor», entre otros muchos tóxicos vitales. Y que nada de todo esto se remedia medicalizando el cuerpo y la vida de las mujeres. Nada es tan sencillo como podía parecer.

En este sabio libro está todo, absorbido, digerido, ordenado, como en una enorme esponja, dispuesto para iluminar como un cometa nuestros cuerpos y nuestras vidas.

ANNA FREIXAS

---

<sup>[1]</sup> Rich, A., *Ensayos esenciales. Cultura, política y el arte de la poesía*, Madrid: Capitán Swing, 2019.

<sup>[2]</sup> Friedan, B., *La mística de la feminidad*, Madrid: Cátedra, 2017.

**MUJERES**  
**INVISIBLES**  
para la **medicina**

Desvelando nuestra salud

**Introducción** *El problema es que todo lo que digamos puede ser, y es, utilizado en contra nuestra. La subvaloración o exageración de nuestras necesidades como mujeres encierra graves peligros para todas nosotras. Conocer mejor nuestra biología no nos debe hacer perder nunca de vista el hecho de que no estamos oprimidas por nuestra biología, sino por un sistema social basado en la dominación sexual y de clase.*

BARBARA EHRENREICH y DEIRDRE ENGLISH

Desde el Congreso de Mujeres y Calidad de Vida de 1990, donde presenté la ponencia sobre «Morbilidad diferencial», en la que analizaba las diferencias en el enfermar y el morir de mujeres y hombres, estoy convencida de que el hecho de aportar más información sobre la forma en que se desarrollan las enfermedades según el sexo de quien las padece, o de analizar las actitudes que los hombres y mujeres tienen hacia su salud y su propio cuerpo, sirve para hacer más visibles los problemas de salud de ambos sexos y para cambiar la relación que los profesionales de la medicina establecen con las y los pacientes que acuden en demanda de ayuda o de consejo.

Dentro de los límites de influencia que pueden tener las publicaciones o los libros, he constatado que, a pesar de haber demostrado un sesgo inconsciente entre los profesionales de la medicina —que les lleva a no diagnosticar adecuadamente las patologías de las mujeres y a medicalizar procesos naturales y fisiológicos como el parto, el embarazo o la menopausia—, pocos cambios se han producido en la práctica asistencial en lo referente a las diferencias entre mujeres y hombres. Los síntomas de las mujeres se han mantenido encubiertos como demandas psicosomáticas o como problemas psicológicos, es decir, invisibles para la medicina, que ha continuado recetando psicofármacos en la primera visita de cualquier paciente del sexo femenino antes incluso de cualquier exploración, e invisibles también para las propias mujeres, que han continuado dudando de sus propios síntomas, de su propia salud mental, y que, en la búsqueda de ayuda, han llegado a veces a cotas altas de desesperación hacia el sistema sanitario.

¿Impide el sistema de información actual que las mujeres lleguen a acceder a los recursos que podrían ayudarlas a tomar decisiones? ¿Por qué existen tantas resistencias en la mente y en las actitudes de los profesionales de la medicina, tengan el sexo que tengan, hacia un planteamiento más objetivo y científico del abordaje de los síntomas

que plantean las mujeres? Una primera respuesta remite a la ausencia de una ciencia de la diferencia incorporada de forma transversal en el cuerpo formativo de las ciencias de la salud. Y no entiendo por ciencia solo el cartesianismo habitual de la búsqueda de una causa que da un solo efecto. Es evidente que los problemas de salud son mucho más complejos, lo que obliga a plantearse la íntima interacción existente entre la cultura, el medio ambiente, la biología, la psicología y las condiciones de vida y trabajo de los seres humanos. Por lo tanto, un método científico de investigación de las diferencias deberá tener en cuenta la aportación del análisis cualitativo, además del cuantitativo, de todas las situaciones que condicionan la salud.

La aceptación de este análisis es uno de los elementos que más chocan con las creencias estereotipadas de los profesionales de la medicina y de las ciencias de la salud hacia el otro sexo. Está costando mucho aceptar que, a causa de los estereotipos culturales, sociales y psicológicos, estamos invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, cometiendo errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz y recomendando tratamientos que pueden enfermar o acelerar las enfermedades que pretendíamos tratar. Estos son los estereotipos de género que imposibilitan hasta ahora hacer visibles las diferencias de los condicionantes de la salud entre mujeres y hombres.

A analizar si ha existido y si todavía existe esta sistemática invisibilización y medicalización de la salud de las mujeres, voy a dedicar la versión ampliada y actualizada de este libro, agradeciendo la posibilidad que me ha brindado Capitán Swing de poder poner al día los sesgos de género que afectan a la salud de las mujeres. No con el ánimo de ser exhaustiva, ya que la investigación realizada desde los primeros años del siglo XXI está poniendo de manifiesto multitud de trabajos que confirman la mirada sesgada de las ciencias de la salud sobre las mujeres, pero sí con el deseo de invitar a la lectora o al lector que se acerquen a este libro a hacer una reflexión conjunta sobre este problema. ¿Cómo es posible que un mundo que se cree científico haya podido olvidar los problemas de la mitad de la población —sin atender, por ejemplo, a la relación del ciclo menstrual con las enfermedades autoinmunes, cuando hace treinta años sí lo relacionaba— y por el contrario haya medicalizado casi todas las etapas naturales de la vida de las mujeres? Si la especialidad de cardiología ha hecho notables avances en percibir las diferencias, ¿por qué no lo han hecho con la misma intensidad las demás especialidades?

Es necesario iniciar un debate a fondo sobre el porqué de las resistencias a un cambio de actitudes de los y las profesionales de las ciencias de la salud y de los y las pacientes que demandan ayuda al sistema sanitario. ¿Influye tanto todavía la sociedad androcéntrica y patriarcal en las mentes de nuestros profesionales? ¿Cuál es el mejor

camino para conseguir un cambio de mentalidades? Analizar los problemas desde la perspectiva de género nos ayudará sin duda a entender mejor los condicionantes sociales e incluso biológicos de la salud, pero ¿cómo podemos hacernos impermeables a los estereotipos de género enraizados en la construcción de nuestra propia subjetividad como mujeres u hombres? El hecho de que el género se haya enraizado en la propia mente, en la propia psicología y en la propia conducta va a exigir grandes dosis de voluntad para conseguir el cambio de actitudes necesario. Analizar bien los problemas es un primer paso para resolverlos, y este es el pequeño grano de arena que pretende aportar este libro.

Agradezco de antemano la complicidad de la lectora o el lector, y los animo a comunicarme sus impresiones y sus aportaciones a esta reflexión sobre la mirada sesgada que la medicina ha tenido y tiene todavía sobre las mujeres; una mirada que mantiene la división entre cuerpo y mente —dando la jerarquía a lo mental sobre el cuerpo—, hasta que los síntomas invisibles se hacen intolerables y el cuerpo los expresa como puede. De hecho, comprender las razones por las que el malestar de las mujeres, con sus manifestaciones en el cuerpo, se ha mantenido y se mantiene invisible nos aportará a la larga una visión más amplia y rigurosa sobre la salud de todos los seres humanos y nos permitirá encontrar nuevas estrategias para mejorarla. Y si el camino se hace demasiado largo, lento o árido a nivel individual, siempre podemos considerar la posibilidad de un renacimiento personal, recuperando deseos y espacios de libertad, como propongo al final, para conseguir que al menos nuestra salud sea una salud para disfrutar.

CARME VALLS-LLOBET

[caps@pangea.org](mailto:caps@pangea.org)



PARTE I

**LAS AGRESIONES  
A LA SALUD  
DE LAS MUJERES**

# 01

## La salud mental

### agredida

*Se puede demostrar que la medicalización de la locura, es decir, la organización de un saber médico alrededor de individuos designados como locos, ha estado unida a una serie de procesos sociales y de orden económico en un momento dado, pero también a instituciones y a prácticas de poder.*

MICHAL FOUCAULT<sup>[3]</sup>

El marido de María, una mujer de 65 años, consulta a un médico amigo de la pareja preocupado porque ha apreciado en ella dificultades al andar, somnolencia, pérdida de memoria y dificultades para seguir la conversación, con un empeoramiento progresivo desde los últimos nueve meses. Creía que podía tratarse de un principio de enfermedad de Alzheimer, ya que había leído que los síntomas coincidían con los que presentaba María, y quería pedir consejo para realizar alguna prueba diagnóstica. Lo primero que hizo el médico fue preguntar por la medicación que estaba tomando, y si había existido algún cambio de medicación en el último año. El marido dijo saber que tomaba algo cada noche desde hacía mucho tiempo, y que habían realizado una visita al psiquiatra hacía aproximadamente un año. Creía que sí había habido un cambio de medicación. Acordaron un encuentro informal con la pareja, y se le pidió al marido que acudieran con toda la medicación que ella estuviera tomando. El encuentro se produjo al día siguiente. María acudió a la cita con un pequeño bolso azul repleto de medicamentos. En primer lugar explicó que a los 45 años sufrió periodos de insomnio y ansiedad y empezó a tomar un ansiolítico por la noche, que no había podido dejar en los veinte años transcurridos debido a los reveses económicos y a la crisis en la relación con sus hijos, especialmente con su hija. Fue diagnosticada de depresión y tratada con un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina, que no le mejoró en absoluto la sintomatología depresiva. Mejoró durante un año en el que también mejoraron las circunstancias económicas y la relación con sus hijos, pero después volvió a empeorar, pasando de momentos de gran euforia, durante los que podía estar varias noches sin dormir, a momentos de intensa depresión y tristeza en los que se sentía morir. Le daba tanto miedo caer en la depresión que pidió ayuda a su psiquiatra, que le diagnosticó una posible depresión bipolar. Al tratamiento con sales de litio, se sumó un antidepresivo tricíclico, y dado que el insomnio aumentó, siguieron varias consultas telefónicas (no había visitado a su psiquiatra desde hacía un año), a raíz de las cuales triplicó la dosis de ansiolítico por la noche. María explicó que tenía miedo de no dormir por las noches, pero que por las mañanas no se podía levantar y la somnolencia le duraba hasta las cinco de la tarde; después podía leer y entendía y recordaba lo que leía. También presentaba estreñimiento y boca seca. El médico amigo de la familia empezó a leer delante de la pareja los prospectos de los medicamentos, en los que se describía el insomnio como efecto secundario «habitual» de los antidepresivos que tomaba, así como el estreñimiento, la sequedad de boca, la pérdida de memoria y la somnolencia matutina. La recomendación inicial fue reducir a la mitad la dosis del ansiolítico y del antidepresivo tricíclico, manteniendo las sales de litio. Al cabo de una semana, la paciente podía despertarse de forma natural y estar activa a las nueve de la mañana, y sonreír y participar en las conversaciones. Le costó ligeramente dormir durante los tres primeros días, pero después se adaptó perfectamente a la nueva situación. Al cabo de dos meses logró tomar únicamente las sales de litio a dosis bajas

y un solo comprimido de ansiolítico por la noche. Una prueba neuropsicológica dejó claro que no existían indicadores de enfermedad de Alzheimer.

### **¿De qué depende la salud mental?**

Una mente sana es capaz de pensar y desear en positivo; es consciente de las dificultades de realizar los propios deseos en un mundo complejo y con las condiciones de vida y trabajo que la rodean, pero sabe mantener una buena armonía y equilibrio entre los deseos, su realización y las perspectivas de futuro.

La percepción de la realidad, del estado de salud subjetivo y de la relación con el exterior depende de las creencias y actitudes de cada uno, que vienen condicionadas por la familia, la cultura, la etnia y la religión de su entorno. Este entorno puede resultar beneficioso y positivo para el desarrollo de una buena salud mental o puede, en cambio, resultar negativo si, en lugar de dar confianza, fuerza y autoestima al ser humano, reduce su valor intrínseco y social y le exige seguir modelos de vida y líneas de pensamiento que son ajenos a su propio desarrollo personal.

La salud mental será equilibrada y se desarrollará en plenitud si cada persona puede crecer desarrollando y estimulando sus propias capacidades, pero sin intentar imitar modelos externos ni competir con otras personas de su entorno. Las culturas, las costumbres o las normas religiosas muy opresivas, que obligan a las personas a seguir un camino en contra de sus propios deseos y a alejarse de las necesidades de su cuerpo, haciendo que sus conductas se midan con el rasero del pecado y por lo tanto con la sensación de culpa cuando aquellas se alejan de la perfección exigida por sus modelos, son un grave riesgo para la salud mental e incluso, a largo plazo, para la salud física.

### **¿Quién define la locura?**

Por desgracia, durante años tener o no una buena salud mental se ha asociado con la sumisión a las normas sociales y de convivencia. Hace unos cien años, las personas que padecían enfermedades del sistema nervioso, como el síndrome de Parkinson, y las que presentaban estados nerviosos de angustia o ansiedad eran encerradas en manicomios como si fueran enfermos mentales. Intentar definir quién estaba sano o no, quién tenía o no una buena salud mental o quién estaba loco para poder ayudarlos dio lugar a una nueva especialidad, la psiquiatría, que se ha ocupado de entender el sufrimiento que producen los trastornos de la mente.

Pero entender las profundas raíces de la angustia y diferenciar al psicótico, con su delirio mental, de las personas que ejercen una sana crítica a las condiciones políticas, sociales o económicas no ha sido tarea fácil. En función de las relaciones de poder y de

lo estrictas que fueran las normas sociales, las personas que mostraban conductas más libres en el terreno sexual o social podían ser catalogadas como locas o con dificultades mentales.

Aunque ellas se sintieran plenamente sanas mentalmente, era la sociedad la que decidía quién tenía o no una salud mental buena y quién se apartaba de la norma no escrita que la regía.

Foucault exploró a fondo cómo las relaciones económicas y sociales definían el estado de locura, y cómo los homosexuales y las lesbianas, los disidentes políticos o las mujeres eran considerados seres inferiores o enfermos mentales tan solo por expresar ideas o conductas que no respondían a las normas sociales o de convivencia imperantes en aquel momento. ¿Quién define la locura y la cordura? ¿Quién y cómo define el estado de salud mental? ¿Quién define lo normal y lo patológico?

Si, como hemos visto en los capítulos anteriores, ya resulta difícil que los síntomas y las enfermedades físicas de las mujeres sean visibles, en el terreno de la salud mental, donde las relaciones de poder y las normas de la sociedad, dominada por el poder masculino, son mucho más distorsionadoras, la invisibilidad de las mujeres y de sus factores de riesgo se ha convertido en la norma. Cualquiera de sus manifestaciones se considera como «histórica» antes de ser explorada o analizada. Hace treinta años, cualquier sintomatología poco precisa, como el cansancio o el malestar, era diagnosticada como «neurastenia», y actualmente el diagnóstico más frecuente es el de depresión o el de ansiedad. La administración de ansiolíticos o antidepresivos a las mujeres se hace en la mayoría de los casos sin un diagnóstico riguroso, o para paliar problemas de relación, de afectividad, de pobreza o del cansancio causado por su papel de cuidadoras.

Una paciente me dijo que «las mujeres damos mal siempre», y la frase me hizo pensar que incluso los test psicológicos para evaluar la salud mental están afectados por sesgos de género, ya que han sido contruidos con preguntas dirigidas a considerar como normales las conductas o respuestas conductuales masculinas. Es la ciencia médica, contruida en base a la salud mental masculina, la que define qué es normal o no en las mujeres que atiende y trata. Etiquetar, diagnosticar y decidir qué mujeres son «normales» y cuáles están enfermas, nerviosas o locas ha colaborado en gran medida a empeorar la salud mental de las mujeres, que además de tener que luchar contra los modelos sociales que quieren encerrarlas han de luchar contra los modelos mentales de los y las profesionales que deben atenderlas.

### **La salud mental como autonomía**

Enseñar los primeros pasos desde la infancia es enseñar poco a poco a desarrollarse como seres autónomos, dependiendo cada vez menos del entorno, sabiendo de antemano que la independencia total no la vamos a conseguir nunca y que tampoco sería saludable. En el terreno de la salud mental, la autonomía se desarrolla con mucha más lentitud y dificultad que conseguir dar los primeros pasos sin apoyarse.

Desarrollar el pensamiento, conectar con los propios deseos, aceptar las frustraciones sin hacer un drama total de cada «no» que recibimos de nuestras familias o educadores es un largo camino de conexión entre nuestras sensaciones, nuestros sentimientos, nuestros deseos y nuestras posibilidades. Nuestra mente y nuestra inteligencia necesitan un entorno emocional positivo para desarrollarse. Necesitan afecto, amor y caricias para sentirse vivas y crecer en armonía.

Pero todos sabemos con qué facilidad podemos pasar de un entorno afectuoso que nos ayuda a crecer a una dependencia asfixiante que nos mantiene en relaciones infantiles con nuestro entorno. Desde la dependencia que intentan crear algunas madres que necesitan de los hijos en casa para continuar justificando su existencia, hasta la dependencia amorosa que múltiples novelas, series televisivas y revistas del corazón cultivan como la forma de existencia de muchas mujeres en nuestra sociedad. No pueden ser autónomas porque son dependientes de la opinión, de la mirada, del afecto de los demás, sobre todo si «los demás» son hombres.

La autonomía mental, y por lo tanto también la salud mental, empieza por el desarrollo de una identidad propia que no intente imitar normas o estereotipos de lo que es ser hombre o ser mujer y que no se deje influir por las opiniones que la sociedad tiene sobre estas diferencias; continúa por el desarrollo de una autoestima que se base en el profundo conocimiento de las propias capacidades y de los propios deseos, y que no dependa de la opinión de los demás ni de su aprobación; y se traduce en una trayectoria vital que supera obstáculos porque identifica los riesgos que suponen algunas condiciones de vida y trabajo o algunos problemas biológicos para su salud mental, y precisamente porque los identifica, es capaz de resolverlos sin seguir ningún modelo de perfección. El camino hacia una denominada perfección, el querer ser perfectas a costa del tiempo propio, del deseo propio y de la propia salud, es uno de los grandes enemigos de la salud mental de las mujeres.

### **La dependencia de la mirada de los otros**

Conformadas como *seres-para-otros*, las mujeres depositamos la autoestima en *los otros* y, en menor medida, en nuestras capacidades. La cultura y las cotas sociales del mundo patriarcal hacen mella en nosotras al colocarnos en posición de seres inferiores y secundarios, bajo el dominio de hombres e instituciones, y al definirnos como incompletas.

Desde el final de los pueblos nómadas y desde el inicio de la división sexual del trabajo, cuando las mujeres pasaron a ser posesiones del hombre dedicadas al cuidado de la casa y los hijos e hijas, o sea, desde el inicio de la sociedad patriarcal, las mujeres se convirtieron en seres humanos al servicio de los hombres, pasando a ser consideradas como seres inferiores o secundarios, sin posibilidad de tener criterios ni deseos propios.

Este ataque directo a la autoestima del ser humano mujer inició la agresión a su salud mental. Las mujeres empezaron a verse afectadas por la opresión de género y, lo que es peor, empezaron a considerar «normal» la discriminación constante, la subordinación a todas las decisiones que tomaba el varón, la descalificación (el «tú te callas porque no sabes nada y eres tonta»), el rechazo y, en muchas culturas, el repudio sin saber por qué o simplemente porque el varón había encontrado una mujer más joven. Este proceso de dependencia culminaba con la violencia, primero psicológica y después física.

Todas las mujeres han experimentado en un grado u otro estas agresiones durante sus vidas, y por lo tanto desde hace muchas generaciones su salud mental y su autoestima han sido agredidas, despreciadas, desvalorizadas y, en consecuencia, invisibilizadas. Todo objeto o persona sin valor se hace invisible. Como los denominados «musulmanes» en los campos de concentración nazis, que vagaban sin rumbo ni orientación. Cuando un ser humano interioriza el desprecio de los demás acaba sintiendo que no es nada ni nadie; se hace invisible no solo para los demás, sino también para sí mismo.

### **La dependencia amorosa**

Durante siglos, el poder económico fue justificación suficiente para que el varón ejerciese su dominio sobre la hembra. Bastaba un contrato de matrimonio o un acuerdo entre familias para conseguir la sumisión de las mujeres. Nadie pensó que pudieran ser libres ni que ellas desearan serlo.

Pero a medida que las sociedades evolucionaron económicamente, y con excepción hecha de la época de los trovadores en la Edad Media, una nueva forma de dependencia, la amorosa, empezó a desarrollar nuevos lazos sutiles con que atar en corto la autoestima y la salud mental de las mujeres.

Dado que ellas no podían acceder a ningún tipo de poder político ni económico, salvo si pertenecían a la realeza o la aristocracia, sus deseos solo podían concentrarse en el amor y en el afecto a sus propios hijos. El deseo de amar y ser amadas era la forma que tenían de sentirse vivas. Este deseo, totalmente legítimo y en principio saludable, fue

manipulado en novelas (la mayoría escritas por hombres) y películas, así como en los medios de comunicación, para hacerles creer que la intensa fusión amorosa con el hombre amado y el cumplimiento de todos sus deseos era la forma «correcta» o «perfecta» de amar.

Ya desde la lectura de los cuentos infantiles muchas mujeres empezaron a depender de la posible aparición de un príncipe azul que las liberara del destino sórdido o rutinario que las esperaba. Y esta dependencia ha sido y es todavía una agresión para el crecimiento y para su salud mental, pues acaban pensando que el desarrollo personal y profesional les impedirá conseguir una relación amorosa profunda y con carácter de «fusión total».

### **Las mujeres como seres no libres**

#### **o como «no seres»**

La psicosis, la ansiedad o la depresión pueden tener una causa biológica —falta de determinados receptores— o hereditaria, y en principio pueden afectar por igual a mujeres y hombres.

El gran interrogante es por qué determinados problemas psicológicos se han tratado como si fueran depresiones mayores, o por qué no se han relacionado las carencias metabólicas de ciertas enfermedades, como las endocrinas y sobre todo las tiroideas, con afectaciones biológicas de los neurotransmisores. En muchos casos, la ansiedad y la depresión encubren unas condiciones de vida y trabajo opresoras, una pobreza que se vive en silencio y una nula autonomía personal. En un mundo en el que los seres en general gozan solo de pequeños espacios de libertad, las mujeres han sido los seres con menos libertad, ya que, al no ser hombres, eran consideradas como «no seres». Cuántas mujeres no han dicho en los momentos de agobio: «La próxima vez que nazca quiero ser hombre», como si las relaciones de poder entre sexos fueran un hecho inseparable de la vida, como si fuera imposible que alguna vez eso cambie.

Cuando intentan expresar su malestar vital, muchas veces la medicina les contesta que si están estresadas es porque no se saben organizar, como si el papel de cuidadora de todo el mundo fuera un problema personal suyo. Desde pequeñas se las educa para no quejarse y para no expresar nunca con rabia sus sentimientos. «La agresividad no es femenina», por lo que aprenden a guardarse la rabia en su interior. La sumisión frente a la expresión valiente de los agravios es la primera causa de depresión. De hecho, aquí podemos encontrar la primera causa de la mayoría de los síntomas depresivos entre las mujeres, que históricamente han permanecido calladas. Y al callarlas aún más

intensamente con sedantes y ansiolíticos, la medicina colabora consciente o inconscientemente, a través del amordazamiento bioquímico, con la limitación de su libertad.

## **¿Alejadas del cuerpo y controladas**

### **por su propia mente?**

Muchas mujeres, como le pasaba a María, cuya experiencia hemos relatado al iniciar el capítulo, no saben reconocer sus propias sensaciones, no saben qué les duele ni dónde sienten el malestar. Incluso han desaprendido la relación que existe entre los fármacos que están tomando y sus propios síntomas, por lo que la medicación colabora a engrosar su malestar, más que a hacerlas más libres. Por el contrario, la menstruación a partir de la adolescencia las acerca a su propia biología. ¿Cómo pueden haberse alejado tanto de sus cuerpos?

A responder esta pregunta me ha ayudado María-Milagros Rivera Garretas,<sup>[5]</sup> que en su libro *La diferencia sexual en la historia* explica cómo la modificación del sentido y el valor de la vivencia personal y libre del propio cuerpo ya empezó en la Grecia clásica y ha continuado a través de formas diversas en tiempos históricos distintos. Esta exclusión de las propias vivencias «ha servido a un objetivo concreto y terrible: el facilitar el control y el dominio de los cuerpos por instancias ajenas a la mujer o al hombre, a quien su cuerpo le fue regalado por su madre cuando ella lo trajo al mundo. Ya que el poder es, ante todo, poder sobre los cuerpos».

Para modificar el sentido y el valor de la vivencia personal del propio cuerpo, «se enseñó, en primer lugar, que cada cuerpo humano, que es vivido por quien lo habita como uno, consta en realidad de dos entidades en lucha: el alma y el cuerpo. Se desplazó así la dualidad verdadera, que es la diferencia de ser mujer u hombre, en una dualidad ficticia que no responde a la experiencia [...]. Además de dividir el cuerpo humano en dos, fue introducido, en la vivencia del propio cuerpo, un elemento extraño: la jerarquía. Pues la dualidad ficticia cuerpo/alma dice que esas dos partes no son ni semejantes ni equivalentes, sino que una es superior y la otra inferior».

La superioridad del alma sobre el cuerpo, en principio certificada por motivos religiosos con el advenimiento del cristianismo, se ha visto perpetuada y trastocada con la supuesta superioridad de la mente sobre el cuerpo, atribuyendo a aquella la causa de muchos de los males que padece el cuerpo, como si trabajaran de forma antagónica y en lucha permanente. Esta división ficticia ha contribuido a creer que los psicofármacos



van a «curar» o «mejorar» los malestares psíquicos, sin entender las verdaderas causas de la somatización de las agresiones psicológicas y sociales que sufre el cuerpo.

Nos dice también María-Milagros Rivera: «La somatización es una manera de expresar una verdad sobre el cuerpo convirtiéndolo en texto, a falta de palabras para decirlo. El enmudecimiento del cuerpo humano femenino —y probablemente también masculino— libre ha sido tan grande que algunas psicoanalistas entienden hoy que el cuerpo —el hecho de ser las criaturas humanas cuerpo— es el inconsciente». Y este inconsciente habla a través del cuerpo, del dolor de estómago, de las migrañas de fin de semana y del cansancio al iniciar un día sin esperanzas de mejoría».

Como afirma Rosa Pastor, las tres reglas del patriarcado escriben sobre los cuerpos femeninos, a veces dolorosamente, las estructuras de su poder:<sup>[6]</sup> «La *naturalización* de la diferencia sexual según sus estereotipos, la *fragmentación* de la experiencia y el cuerpo y la *conversión en objeto* constituyen los pilares sobre los que reposa esta simbólica del poder patriarcal». Los cuerpos femeninos están tan fragmentados que ellas no solo no reconocen sus propios síntomas, sino que acuden a diferentes especialistas de forma espontánea pensando que cada dolor de una parte de su cuerpo se ha producido por alguna «causa» diferente. Por desgracia, el papel del médico de cabecera o de familia, que debería diagnosticar qué hay debajo de todo este malestar, queda limitado por la falta de tiempo y de recursos de atención, por lo que con el abuso de la derivación al especialista contribuye a la fragmentación del cuerpo femenino.

### **La construcción de la subjetividad:**

#### **entre una autoestima baja y el modelo ideal**

#### **de perfección materna**

Muchas de las experiencias vitales de las mujeres, ya sea la maternidad, el trabajo o las relaciones amorosas, se viven constantemente con sensación de culpa. De hecho, los sentimientos de CULPA son los grandes agresores de la salud mental de la mujer, ya que su cuerpo y su mente se ven constante atenazados por el deseo de perfección. Una perfección que le permita ser aceptada y querida por los que la rodean.

¿Cabe buscar el origen de esta situación en el Génesis, donde Eva, al dar la fruta prohibida a Adán, se hizo «culpable» de la llegada del mal a la tierra? Pese a la misoginia de Moisés, que quiso culpabilizar al sexo femenino de todos los males de la humanidad, no creemos que se trate de la «maldad» de un solo hombre, sino de la estructura misma del poder patriarcal, que debe demostrar la superioridad del hombre

sobre la mujer acusándola de algo aunque no lo haya cometido. Otras culturas relatan historias parecidas, como la de los pueblos del Sáhara, según la cual la primera mujer envenenó el agua de un pozo, lo que conllevó males para todo el pueblo.

De hecho, la construcción de la subjetividad de la mujer se ha basado más en la prohibición que en la afirmación de sus deseos o de sus vivencias. Casi siempre tiene que caminar en la cuerda floja para quedar bien con todo el mundo y borrar las supuestas maldades que sus antepasadas cometieron. Como dice María Asunción González de Chávez,<sup>[7]</sup> compatibilizar lo que se denomina el «*sincretismo de género* nos obliga a movernos entre lo público y lo privado, entre la tradición y la modernidad, con algunos poderes y derechos limitados y, al mismo tiempo, con déficit y brechas sociales. La autoestima femenina derivada de este sincretismo genérico se caracteriza en parte por la desvalorización, la inseguridad y el temor, la desconfianza en una misma, la timidez, el autoboicot y la dependencia vital respecto de *los otros*. Y también por la sobreexaltación y la sobrevaloración en el cumplimiento de la cosificación enajenante, de la competencia rival o de la adaptación maleable». La necesidad de perfección en la realización de su trabajo, ya consista este en la limpieza de la casa, la elaboración de un discurso o la educación de sus hijos e hijas, constituye un ejemplo de la cosificación enajenante y de la agresión constante de su salud mental.

La sensación de culpa, tan arcaicamente enraizada en la cultura patriarcal, conduce a las mujeres a experimentar en muchos momentos sensaciones, pensamientos y afectos de *escisión vital*. «Cada mujer debe enfrentar en el mundo las contradicciones entre modernidad y tradición y, al mismo tiempo, sus propias contradicciones internas producto de esta *escisión* entre valores, estilos y decisiones personales basadas en la dimensión subjetiva, tradicional o moderna, y en el modo de vivir, que reproducen o replican las contradicciones externas. No es extraño, pues, que la mayoría de las mujeres afirme tener sensación de inestabilidad y experimente a menudo cambios notables de estado de ánimo y de autopercepción».

La batalla que cada mujer debe realizar para mantener su autoestima en alza, y que debe reanudar cada mañana al levantarse, consume muchas de sus energías y pasa por altibajos, y a muchas mujeres sin recursos ni ayudas externas las ha hecho sucumbir y destruirse, cayendo en procesos que son calificados erróneamente de depresión o de neurastenia. Ciertamente, el cansancio se acumula cuando cada día ha de afirmar su existencia como ser humano y todo el entorno familiar y laboral quiere convertirla en un ser inferior, poco inteligente y poco interesante.

Su propia mente le juega malas pasadas, haciéndola sentir culpable por ser ella misma o por no haberse entregado suficientemente a los hijos, o por haber hecho una comida

diferente o sofisticada, o por no tener la ropa planchada, cuando se ha dedicado a estudiar, leer, pasear o disfrutar no haciendo nada. Este cansancio, esta astenia, la hace sentirse a veces como si nunca pudiera llegar a superar esa larga carrera de obstáculos en que se ha convertido su vida.

Sin embargo, son muchas las mujeres que superan poco a poco estos obstáculos y que consiguen caminar sin sentirse partidas o escindidas por dentro. Han construido un fuerte «yo» interno, y así se relacionan con *los otros*. Jean Baker Miller, psicóloga estadounidense, ya definió la construcción de la identidad del yo femenino como la construcción de un yo en relación, no aislado de los demás; un yo que ha nacido, se ha reproducido y se ha desarrollado en contacto con los otros. ¿Tiene esto relación con el hecho de que su cuerpo calloso entre los hemisferios cerebrales presente tres veces más conexiones que el cerebro del sexo masculino? ¿Su psicología y su anatomía se construyeron a la vez, a través del millón de años de evolución de la especie humana?

Yo, personalmente, creo que sí, que su cuerpo y su cerebro evolucionaron conjuntamente, y que se adaptaron a la perfección a las funciones que tenían que realizar: dar vida, dar afecto y crear armonía en su entorno inmediato. Pero esta evolución entró en contradicción con los cerebros y los cuerpos de los hombres guerreros, que podían separar en sus cerebros la afectividad ejercida por su hemisferio derecho, del trabajo, la agresividad, la violencia y la muerte ejercidos por su hemisferio izquierdo. La contradicción entre vida y muerte, entre Eros y Tánatos, se ejerció desde una posición de fuerza viril desde el Código de Hamurabi, en el que se derogaban los derechos que las mujeres habían tenido en la antigüedad.

Socialmente la mente se separó del cuerpo, pero para las mujeres esto era imposible, ya que su propia anatomía no permitía escisiones, y sus cuerpos se continuaron expresando con las contorsiones de la histeria o a través de síntomas somáticos, como mareos, dolor de cabeza, náuseas, vómitos o el asco que les producía esta relación de poder que las desnaturalizaba y que no les permitía crecer ni encontrarse a sí mismas.

La primera de las agresiones a la salud mental de las mujeres ha sido precisamente separar y dividir su cuerpo y su mente, y creer —y querer hacerles creer— que su mente «manda» sobre su cuerpo, cuando quien realmente ha querido mandar durante siglos ha sido el poder machista y androcéntrico. Esta es una cuestión pendiente para las mujeres: saber cómo estos factores sociales vividos en los últimos diez mil años han influido en la construcción de la propia psique sometida. «Lo social “retorna” a lo psíquico, solo para dejar su huella en la voz de la conciencia», como dice Judith Butler, pero que ninguna mujer atribuya a su propia conciencia la sensación de culpa introducida por el ejercicio del poder masculino durante siglos.

## **La difícil reconstrucción de la autoestima**

Si la principal agresión a la salud mental de las mujeres ha sido dividir las y considerarlas inferiores, incluso en su misma función de dar la vida, es obvio que toda promoción de la salud mental debe estar basada en la reconstrucción de su interior, de sus propios deseos, y en la identificación de las agresiones que les llegan del exterior, para que no se crean ni la publicidad, ni los comentarios, ni las declaraciones amorosas engañosas.

Se ha de actuar en varias direcciones simultáneamente. Como dice Marcela Lagarde:[\[8\]](#)

En primer lugar estamos comprometidas para contribuir a reparar a cada mujer con acciones inmediatas y eficaces y para no posponer la satisfacción de las necesidades personales ni hacerlas depender de otras circunstancias.

En segundo término, nos esforzamos por desarrollar en cada una de nosotras la conciencia crítica feminista sobre la vida personal y su relación dialéctica con la dimensión externa de la vida social. Es imprescindible darnos cuenta de que la dominación de género no es solo externa, sino que anida en nosotras mismas, coexiste con nuestros anhelos de bienestar y los hostiga.

En tercer lugar, nos importa contribuir a la fortaleza personal de cada mujer, para que la participación social no sea en desmedro de cada una y podamos intervenir en el mundo para avanzar individual y colectivamente. Es primordial que cada mujer tenga una existencia que la sustente para enfrentar la vida y experimentar el bien vivir.

En fin, estamos decididas a apropiarnos del derecho a pensar por nosotras mismas y democratizar la atención de la subjetividad femenina desde una perspectiva feminista. Por ello, como nos abocamos a transformar radicalmente el mundo, cada una precisa, asimismo, cambiar radicalmente.

Existen formas de trabajar la autoestima que continúan partiendo del enfoque patriarcal que culpa a la mujer de todos sus problemas, y que estimulan solo el voluntarismo psicologista y la tendencia a seguir modelos o guías de autoayuda, ya que eluden plantearse a fondo las causas que subyacen a la negación de valor y estima a lo que hacen, dicen o proponen las mujeres. Al hacer depender los cambios tan solo de la voluntad idealizada de las mujeres, se les hace creer que todo depende de ellas, y a través de incontables cursos, libros, revistas de moda o programas de radio y de televisión se pretende que «ellas mismas» arreglen sus problemas, ya sean de pareja, familiares o laborales. Una vez más las raíces de la destrucción de la autoestima se hacen invisibles para las propias mujeres, y por lo tanto cualquier cambio de actitud será solo un remiendo de la situación. Según Marcela Lagarde, mexicana y profesora de Sociología y Antropología, que ha desarrollado metodología para hacer talleres desde

una perspectiva feminista que desarrollen la autoestima entre las mujeres, estas terapias conductuales, que a menudo se pueden permitir únicamente las clases económicas más acomodadas, solo conducen a una adaptación funcional al entorno, sin que en realidad pase nada que cambie profundamente la situación, e impiden el desarrollo de una conciencia propia, de la conciencia de sí mismas, en definitiva de una conciencia crítica de género. Algunas terapias de autoestima incrementan la invisibilidad de las propias mujeres y las descolocan para cualquier cambio, ya que aumentan su confusión y agreden el equilibrio de su salud mental.

La perspectiva feminista pretende deconstruir los eslabones que han atenazado la autoestima de las mujeres y que las han empujado a creer que, cambiando las condiciones sociales y las situaciones externas a las personas, y fijándose metas sociales y políticas, podrían cambiar su vida personal; o que dándose a la familia, a la pareja y a «los demás» que la rodean encontrarían su propia felicidad porque estarían cumpliendo con su destino. Muchas mujeres que han trabajado durante años de sol a sol para mantener la casa limpia o la familia bien alimentada, y que incluso han militado en formaciones políticas, se han dado cuenta al pasar los años de que habían hipotecado su desarrollo personal y no habían vivido plenamente ni habían disfrutado de sus deseos, ni de su sensualidad y sexualidad. Muchas mujeres que han conseguido llegar a niveles altos de participación política lo han hecho en condiciones de opresión y violencia que las han dañado física y mentalmente, ya que, como dice Lagarde, participar políticamente en condiciones de desigualdad y en minoría, en espacios públicos «con las maneras y estilos, los usos y las costumbres patriarcales, idealizada con el velo de la igualdad, [...] daña a las mujeres».

Lo que he intentado mostrar en mis trabajos es la «dimensión política de las construcciones identitarias». Si, en cambio, se atribuyen a esencias intemporales, no se incorporan las dimensiones económicas y socioculturales y se da una regularización de las identidades, un control de la sexualidad, dentro de lo que para Foucault constituiría una disciplinarización y regulación de los cuerpos. Una producción de cuerpos dóciles y de micropolíticas de poder, a partir de la interconexión de discursos de distinto tipo: médicos, legales, psicológicos u otros, disponibles culturalmente sobre la sexualidad, el cuerpo, el género y demás objetos del discurso.<sup>[9]</sup>

TERESA CABRUJA

El cuerpo de las mujeres ha sufrido muchos procesos a lo largo de la historia y ha sido considerado de muy diversas formas. Un cuerpo regido siempre por normas que no han decidido las mujeres; un cuerpo construido por la mirada y la decisión del Otro, encargado de normativizar a las mujeres, de decirles cómo han de ser, cómo han de vestir, cómo han de estar. Este proceso conduce a muchas mujeres al extrañamiento de su propio cuerpo, como si ya no fuera suyo, porque muchos intereses están decidiendo en él. El cuerpo, su cuerpo, como cuerpo reproductivo capaz de «dar» hijos, capaz de

crear y capaz de someterse a las leyes de la reproducción durante toda su vida. Cuerpo destinado a las tareas del cuidado de toda la familia, de los mayores, de las/os discapacitadas/os y enfermas/os. Un cuerpo para curar y cuidar que acaba enfermando de tanto encargarse de los demás. El cuerpo sexuado que da placer por las noches, y el cuerpo asexuado de las que no quieren que su cuerpo sea tocado ni desean tener el placer de que otras personas las abracen y las besen.

Frente a la manipulación del cuerpo de las mujeres, el de los hombres tampoco se escapa a las reglas del patriarcado, que requiere del varón un cuerpo para competir, entrenado en el campo de la guerra, de la caza o del deporte. Un cuerpo símbolo del poder personal. Un cuerpo pleno de autocontrol, que no se libere ni exprese sentimientos y que demuestre en todo momento que está lleno de potencia y fortaleza. Un cuerpo, en definitiva, con unos genitales cuya fuerza pueda compararse con la de una espada triunfadora, símbolo de la virilidad.

La definición de feminidad y masculinidad por parte de la ideología patriarcal pesa como una losa sobre el cuerpo dependiente de la mirada del Otro, y no lo deja desarrollarse en libertad, por lo que la identidad de las mujeres, ligada a tantos roles que deben cumplirse de forma perfecta, estará unida para siempre a la sensación de CULPA: nadie nunca podría cubrir todos esos roles sin fallar en algo. En realidad, será mucho más mujer cuantas más faltas tenga, ya que los roles predeterminados la convertirán quizás en madre perfecta y abnegada esposa, hija o cuidadora, pero le impedirán saber qué es verdaderamente ser mujer.

### **Cuando el cuerpo es un campo de batalla**

Cada día, por todas partes, millones de mujeres se libran a actos de autodestrucción, controlados o no, ritualizados y rutinarios. Nos privamos en silencio, padecemos hambre, ayunamos y hacemos ejercicio a ultranza, aliando el bienestar emocional con un ideal que está fuera de nuestro alcance [...]. ¿De dónde proceden esos sentimientos de disociación, esa lucha, ese dolor? Creo que se apoyan sobre experiencias de vida personales que han ocasionado una repulsión hacia una misma y hacia el propio cuerpo. Al mismo tiempo, creo que esas experiencias personales en cuestión tienen un sentido político profundo. Esos sentimientos proceden, en mi opinión, de una proyección colectiva de las taras de nuestra sociedad sobre el cuerpo de las mujeres y se arraigan en una tentativa secular de controlar y de colonizar a las mujeres. Nuestros sentimientos colectivos de repulsión, de vergüenza y de alienación son las consecuencias de una guerra; un conflicto llevado a cabo en el territorio de nuestros cuerpos. Ese conflicto, que se despliega en el terreno de lo que nos define como mujeres, se desarrolla a través de la regulación, el control, la supresión y la ocupación de prácticamente todos los aspectos de nuestro ser físico: sexualidad, vestimenta, apariencia, comportamiento, fuerza, salud, reproducción, silueta, tamaño, expresión y movimiento. Los efectos de esa guerra sobre nuestros cuerpos, nuestros pensamientos y nuestros estados de ánimo son similares a los efectos de la violencia sobre el terreno de cualquier otra guerra: sufrimiento, caos, hambruna, mutilación, devastación e incluso muerte.

Aunque la cita es larga, creo que Carla Rice aclara, con la fuerza de la palabra de quien la ha sufrido en su propia carne, la violencia que se ejerce desde tantos elementos del poder. Poder que fragmenta los cuerpos para convertirlos en más dóciles, tanto en la publicidad como en la vida cotidiana. Ya no es una mujer quien vende un coche, sino una forma que insinúa un glúteo, unos labios o un pecho. Un cuerpo dividido y troceado es más fácil de manipular. Existen muchos significados y símbolos distintos del cuerpo de las mujeres, y esos significados y símbolos han ido sometiendo la libertad de las mujeres para impedir que se imaginaran a ellas mismas de otras formas o, mejor dicho, sin normas. «El cuerpo humano, y más el de las mujeres, es el lugar donde se enfrentan, no las guerras de identidad, sino las guerras de las ideas», como nos dice la catedrática de Filosofía de la Universidad de Zaragoza María Teresa González Cortés, que en su libro *Los viajes de Jano* afirma que las mujeres están más cerca de ser consideradas objetos que de ser consideradas personas (sujetos). Se confunde a las mujeres con los objetos mismos, y su cuerpo sirve para estimular el consumo (ropa, cosméticos, coches, bebidas, alimentos, etc.) potenciando el voyerismo, por el que las mujeres solo son visibles para ser miradas (no para ser tocadas). Sus actos y movimientos dependen de las miradas ajenas, de un espectador que las mire, que las repase con la mirada. Seres que dependen de su imagen, pero que no viven por ellas mismas, sino dependientes de la mirada del otro. En ocasiones convertirse en enfermas puede ser también una imagen que compense situaciones penosas que no se han atrevido a reflejar a través de la palabra; una forma de ver consoladas sus contradicciones con la mirada compasiva de los demás.

En el cuerpo de las mujeres, como campo de batalla que es, se concentran muchas otras agresiones, como los abortos selectivos o los feminicidios, la mutilación genital de setenta millones de mujeres, asesinatos como los que ocurren en Ciudad Juárez, el tráfico internacional de mujeres y niñas, la prostitución obligada, los malos tratos físicos y psíquicos, las violaciones, la cirugía estética, los cuerpos borrados por la burka, los cuerpos enfermos por la anorexia o la bulimia y también la atribución de cualquier tipo de malestar a la ansiedad y la depresión.

Estos cuerpos fragmentados hacen imposible a veces la elaboración de historias clínicas médicas que expresen sus síntomas en forma de relato. Los síntomas del malestar, el dolor y la fatiga pueden expresar muchos conflictos y manifestarse con contracturas diversas y dolores erráticos que aparentemente no tienen explicación. Como dice la psicóloga Regina Bayo-Borràs: «Cuando no es posible decir, hay un cuerpo para contar». La fragmentación de los cuerpos y los conflictos vividos sin encontrar un camino no ya de solución, sino de progresión, es una forma más de convertir a las mujeres en víctimas de sus cuerpos, y a sus vidas, en un infierno.

## El papel de la biopolítica en la victimización

Los conceptos de biopolítica y de biopoder fueron acuñados por Michel Foucault y representan las diversas formas por las que los Estados modernos —y yo añado los supuestos descubrimientos científicos y las formas de actuar sobre el cuerpo a partir de la ingeniería genética y de los fármacos que inciden en el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales— acaban sometiendo a los individuos y convirtiéndolos en «cuerpos dóciles», es decir, controlando a la población mediante la regulación corporal y otras disciplinas científicas. Especialidades como la biogenética, la biotecnología y la biología molecular, que constituyen las denominadas ciencias de la vida y se han desarrollado enormemente en los últimos veinte años, pueden ser usadas a favor de la vida y de su calidad o, si no se utilizan con el auxilio de la bioética, como forma de control de la población. Muchas veces, los Gobiernos toman decisiones en políticas públicas que acaban sometiendo a las mujeres a un mayor control y a una mayor victimización. «Los gobiernos pueden equivocarse. Y el mayor mal de un gobierno, lo que hace que sea malo, no reside en la maldad del príncipe, sino en su ignorancia».<sup>[11]</sup> En la actual biopolítica médica el mayor enemigo es ignorar la experiencia de los que trabajan en la clínica diaria y de los expertos que investigan en cualquier campo. Este va a ser el mayor mal del futuro, y el que va a producir más víctimas: el mal de la ignorancia.

Desde la Segunda Guerra Mundial se han producido grandes transformaciones sociales que se han centrado en cambios de conducta y en manipulaciones de lo imaginario y de lo simbólico en relación con el cuerpo humano: el aumento del consumo de masas y del valor positivo del deporte y del ocio, junto al desarrollo de una cultura hedonista que acentúa la importancia de la estética, el placer corporal, la comercialización de la sexualidad, la promoción del cuerpo bello, joven y sano y el consumo de drogas y alcohol para aguantar las horas de movimientos repetitivos en discotecas y en fiestas que duran más de ocho horas de «trabajo» continuado con sus cuerpos. Según Patricia Soley-Beltran, los cuerpos son manipulados por las nuevas realidades sociales a través de informaciones alarmistas de los medios de comunicación y de políticas públicas que se aplican parcialmente, sin una visión global de los problemas. Esas informaciones y esas políticas constituyen la actual biopolítica: el envejecimiento de la población; la pandemia del sida; la «política de la ansiedad», que constantemente identifica amenazas que afectan al cuerpo con el fin de atemorizar a la población, tales como la guerra nuclear o la guerra química, la destrucción del hábitat, los anuncios de futuras epidemias, la gripe aviar o la N1H1, que pese a ser benigna está causando estragos en la moral de la población.



El cuerpo se configura como la intersección entre el espacio interior y exterior; es la intersección de lo físico, lo simbólico, lo material y los condicionantes externos. Como dice Foucault, es el *locus* a través del que se ejercen las relaciones de poder, y las significaciones patriarcales de lo que es feminidad y masculinidad han escondido por ahora el verdadero significado del cuerpo a las mujeres y a los hombres.

**¿Existen diferencias  
en las enfermedades mentales  
de mujeres y hombres?**

Muchos son los profesionales y los medios de comunicación que se preguntan si existen diferencias en el diagnóstico de las enfermedades mentales entre mujeres y hombres. Lo que sabemos, gracias al análisis de los resultados de la asistencia sanitaria, es que es más probable que en primera visita se diagnostiquen trastornos psicósomáticos como ansiedad y depresión a mujeres que a hombres, pero este hecho no quiere decir que exista una diferencia real, porque muchas veces el diagnóstico se hace solo por medio de atribución a través de los síntomas. Aunque las patologías sean iguales, el exceso de diagnóstico de estas patologías entre mujeres contribuye a que ellas reciban un número mayor de psicofármacos que los hombres.

La abrumadora administración de psicofármacos y la psiquiatrización de cualquier problema psicológico o biológico que pueda presentar una mujer constituyen la brecha de género en la salud mental. El 85 % de los psicofármacos se administran a mujeres, mientras que a los hombres solo el 15 %. Esta abrumadora desigualdad revela una profunda desigualdad de género. Por una parte, contribuye a la falta de diagnóstico de los problemas reales que padecen las mujeres. Por otra, la continua sedación y psiquiatrización de las mujeres hace que pierdan recursos para conseguir una mejor autonomía personal que les permita orientar sus vidas y sus mentes frente a las condiciones de trabajo y de vida que las constriñen y les producen malestar.

Además, la rápida medicalización de la salud mental de las mujeres no ha permitido ver que las desigualdades sociales pueden ser el origen de muchos trastornos. La salud de las mujeres tiene condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales. La gran desigualdad se deriva de que, al no existir una ciencia de la diferencia, se ha tratado a las mujeres como si fueran hombres. Además, la doble jornada y la invisibilidad e inferiorización de lo que hacen, desean o piensan ha empeorado su autoestima y las ha hecho más proclives a la depresión.

## **La encrucijada de la salud mental invisible**

La salud mental de las mujeres está constantemente en la encrucijada entre el malestar y el bienestar, y está influenciada por las crisis vitales, pero también, en sentido positivo, por los éxitos con los que se superan dichas crisis. En la atención sanitaria, la dimensión psíquica de la persona —especialmente de las mujeres— ha permanecido invisibilizada, y se han trabajado solo los síntomas físicos, a los que se intentaba encontrar correlaciones con alguna enfermedad orgánica.

La división sexual del trabajo durante miles de años y el confinamiento de las mujeres entre las paredes del ámbito doméstico han hecho que los sentimientos propios y los de los miembros de la familia, así como los límites externos que marcaban su ámbito, constituyeran la vida y la experiencia inmediata de muchas mujeres. En palabras de Giorgio Agamben: «Tanto dentro como fuera de casa la mujer se ha constituido como MEDIO PARA LOS OTROS. Actúa como los otros desean que actúe».

Por ello, para la salud mental de las mujeres ha sido una gran contradicción la sensación estimulada desde la cuna de la falta de valor propio, de no valer nada, unida al mandato de que han de ser perfectas para hacerse perdonar un determinado pecado original. La sensación de culpa flota en muchas de sus actuaciones y es un factor que las limita a la hora de poder tomar decisiones con libertad.

La necesidad de ser una madre ideal y perfecta a tiempo completo, que es un mandato de género, las hace olvidarse de ellas mismas. *Si no me ocupo de los demás, los demás no tiran hacia delante.* Ellas mismas se convierten en omnipotentes y omnipresentes, como si no pudieran hacer otra cosa que trabajar para hacerse perdonar la culpa original. Además, los factores emocionales no se toman en consideración. La mujer es la punta del iceberg del estado de la familia, y su salud psicológica debería ser tomada en cuenta por su posición estratégica en el seno de la misma. Sin ningún soporte social ni psicológico es probable que envíe su malestar a los demás. Los sentimientos de culpa se cruzan con los de rabia, y los dos se entremezclan para enturbiar la capacidad de desarrollarse en libertad.

## **Factores predisponentes a la afectación de la salud mental**

Entre estos factores encontramos experiencias traumáticas personales inscritas en la propia biografía, abandonos, abusos sexuales, violencia. Y factores sociales como emigración, pobreza, trabajos desde la infancia o pérdidas de un ser querido. Mabel Burin dice que los factores de riesgo para la salud mental son el matrimonio, el trabajo de ama de casa, tres o más niños pequeños y la falta de comunicación en la pareja.<sup>[12]</sup>

Otros estudios señalan factores que aumentan el estrés emocional: embarazos adolescentes o hijos no deseados, clase social baja, bajo nivel educativo, ausencia de trabajo remunerado, paro, ausencia de soporte social y laboral, pareja con patología grave y dolencias crónicas o largas.

Son grupos de riesgo para la salud mental las personas enfermas de sida y de cáncer y las madres de niños o niñas deficientes o con trastornos de la alimentación.

Las condiciones de trabajo que implican tareas de atención a las personas o las profesiones que entran en relación con la humanidad doliente precisan de una especial atención a su salud mental: los/las que cuidan, profesionales de la salud, psicólogas, trabajadoras sociales, maestras, así como todas las profesiones fuertemente feminizadas y vulnerables a los síndromes de *burn-out*.

La salud mental requerirá en el futuro un estudio a fondo y sin prejuicios previos ni mandatos patriarcales que lo condicionen, pero es necesario ya desde aquí analizar los factores de riesgo y visibilizarlos. Son riesgos que hacen especialmente vulnerables a las mujeres y que a cambio conducen a la medicalización con ansiolíticos y antidepresivos desde la primera visita asistencial.

### **El reduccionismo diagnóstico es uno de los primeros retos que superar**

No somos personas generizadas un día y organismos sexuados al día siguiente, sino que somos las dos cosas simultáneamente, y este hecho hace que para cada problema de salud tengamos posibilidades diferenciadas.

NANCY KRIEGER<sup>[13]</sup>

Uno de los problemas científicos y asistenciales que dificultan el diagnóstico de los problemas de salud física y mental de las mujeres es el reduccionismo en el momento de diagnosticar, al que dediqué todo un capítulo en mi último libro, *Mujeres, salud y poder*. En el momento del diagnóstico médico, cuando se trata de buscar la causa o las causas de la enfermedad de una persona concreta, o en el diagnóstico epidemiológico, cuando se trata de buscar las causas de la salud o la enfermedad de las poblaciones, es

cuando resulta más difícil ceñirse a los datos y no actuar con prepotencia, como si de antemano el profesional «ya supiera la verdad».

En relación con el diagnóstico médico dirigido a las mujeres, muchas veces se ha actuado más con suposiciones que con datos certeros, es decir, con diagnósticos más o menos probables, lo que, como he descrito hasta ahora, ha hecho invisibles unos problemas y ha magnificado otros. El hecho de que la ciencia médica haya nacido sesgada respecto a la posibilidad de diagnosticar qué les ocurre a las mujeres y el porqué de sus malestares se debe fundamentalmente a una cultura androcéntrica que ha tendido a considerar como inferiores o menos importantes sus problemas de salud. Pero las formas en que se ejercen estos sesgos en el diagnóstico son complejas, por lo que resulta necesario investigar en cada caso concreto, o en cada análisis de la salud de la población, qué etiologías dependen del género o de la posesión de un organismo sexuado.

Si estamos de acuerdo en que las causas de la enfermedad o de las disfunciones de un organismo son biológicas, psicológicas, sociales, laborales, culturales y medioambientales, podemos convenir que reducir todo el malestar a una etiología biológica, o psicológica, o social, es un reduccionismo etiológico que conlleva inferiorizar a las mujeres diagnosticadas. Es muy posible que en un determinado momento de la vida de una persona pesen más sobre su salud los condicionantes sociales, por ejemplo, y que en otros momentos pesen más los condicionantes biológicos. En cualquier caso, el reduccionismo impide una valoración correcta y es el responsable de que se atribuya una etiología psicológica a cualquier demanda de salud planteada por una mujer, lo que acaba determinando un tratamiento psicofarmacológico o psiquiátrico.

El momento del diagnóstico tiene tanto poder que muchas personas lo viven como una sentencia, y esa sentencia ejerce un gran efecto sobre la mente y el cuerpo. Pero ese momento está a veces alejado de la verdad, porque los sesgos en la forma de investigar y en la docencia que han recibido los profesionales de la medicina y de la psiquiatría, los sesgos que han hecho a las mujeres invisibles para la ciencia, las han convertido en elementos inferiores en el campo de la investigación.

Como ya hemos señalado anteriormente, el peor estado de salud de las mujeres se debe a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias. Pero existen también otros límites reduccionistas. Como

explica Mari Luz Esteban: «La cultura biomédica en la que en general nos hemos formado es biologicista, esencialista, naturalizadora, en cuanto que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (una determinada interpretación de la biología) y jerarquiza lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico. Esto, en el caso de las diferencias entre hombre y mujeres, facilita que se puedan justificar las desigualdades sociales a partir de una biología y psicología definida como diferenciales».[\[14\]](#)

Creo que cuando la profesora Esteban hace esta afirmación se refiere al reduccionismo psicológico y reproductivo que ha impedido investigar de forma clara «otra determinada interpretación de la biología», es decir, las enfermedades que son predominantes en el sexo femenino, lo que denominamos morbilidad diferencial, en la que también puede jugar un papel importante la contaminación ambiental o laboral. Esta es una asignatura pendiente para la medicina, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria.

### **El riesgo del reduccionismo**

#### **psicológico o psiquiátrico**

Quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se usaran métodos más ajustados a los problemas o se interpretaran de forma distinta los resultados analíticos que se obtienen en los laboratorios (por ejemplo, muchas enfermedades endocrinas subclínicas y clínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansiosos depresivos, lo que provoca que en algunos casos estas enfermedades sean tratadas con psicofármacos).

Pero hay que dejar constancia del esfuerzo de muchas psicólogas, en especial dentro del campo de la psicología social, que intentan deconstruir desde una perspectiva feminista muchas de las afirmaciones que se han hecho partiendo de una ciencia, unas pruebas y unos cuestionarios contruidos con una mirada androcéntrica. A este respecto, la profesora Teresa Cabruja afirma que es necesario «deconstruir las naturalizaciones y dualismos e incorporar (a la psicología) un análisis de género comprometido ética y políticamente con una genealogía de la epistemología y los movimientos feministas, ya sea para los estudios sobre las subjetividades, las sexualidades o las otredades, donde el heterosexismo y el etnocentrismo, con todas sus intersecciones, especialmente en el contexto de la globalización, dificulten que cuando el “género entre por la puerta del aula, del despacho, de casa o salga a la calle, el compromiso político con las relaciones de poder no salte por la ventana”, contribuyendo, además, a romper otro de los dualismos, el de profesionalismo/despolitización».

A buen seguro, el trabajo de deconstrucción de todos los diagnósticos que han contribuido a inferiorizar a las mujeres lo habremos de realizar equipos multidisciplinarios formados por psicólogas, médicas, diplomadas de enfermería y trabajadoras sociales. Cuando una mujer se acerca al profesional de la medicina con la queja de que está terriblemente cansada o de que «le duele todo» y solicita cada día análisis y pruebas para «que le encuentren» lo que le pasa, se enfrenta a un claro reduccionismo si el profesional, sin levantarse de la silla ni explorar, y con una analítica a la medida de las patologías del hombre, contesta: «Señora, usted no tiene NADA». Porque en este momento la paciente queda reducida a la NADA, al *Homo sacer* de Agamben, que, como está condenado a morir, no tiene ningún derecho a vivir. En este momento su inferioridad es tan manifiesta que está psicológicamente «preparada» para ser manipulada y controlada. Sobre todo cuando se ponen en marcha dos reduccionismos que contribuyen especialmente a la indefensión aprendida de las mujeres: el que suponen la violencia y el género, por una parte, y el de la medicalización de la salud mental por otra. Para entender estas contradicciones, a título de ejemplo y sin ánimo de ser exhaustiva, voy a desarrollar las causas biológicas que se esconden a veces debajo del diagnóstico psiquiátrico de ansiedad y depresión.

### **¿Qué se puede esconder debajo**

#### **del diagnóstico de ansiedad?**

Los cambios que se producen en el cuerpo cuando se padece ansiedad se traducen en alteraciones del ritmo cardíaco o del sistema digestivo, así como en temblores en las extremidades, lo que produce a su vez un incremento de la ansiedad, pues la persona piensa que las alteraciones que padece se deben a algún problema orgánico desconocido e incrementa la secreción de neurotransmisores, generando aún más ansiedad. Estos neurotransmisores se activan en el sistema adrenérgico y disparan la secreción de adrenalina y noradrenalina cuando la amenaza hacia la persona es real, y activan también previamente el sistema dopaminérgico, con la secreción de dopamina, que se segrega ante la posibilidad de la existencia de una agresión o de una situación problemática antes de que esta sea real.

#### **Ansiedad normal y ansiedad patológica**

La ansiedad que podríamos denominar leve se presenta en episodios poco frecuentes — con intensidad baja o media y con un grado de sufrimiento y una limitación de la vida cotidiana acotada— ante estímulos previsibles y comunes. En cambio, la ansiedad a niveles patológicos se caracteriza por sucederse en episodios reiterativos de intensidad

alta y duración excesiva, con alta y desproporcionada reactividad a la amenaza, provocando gran sufrimiento y notable interferencia en la vida diaria.

La ansiedad se puede manifestar con muy diversos síntomas, que se manifiestan en el cuerpo, en la conducta o a nivel cognitivo. Los síntomas que se manifiestan en el cuerpo son las taquicardias, la taquipnea, la sensación de ahogo, los temblores en manos y extremidades, la sensación de desvanecimiento y de pérdida de control sobre el cuerpo, la sudoración excesiva en todo el cuerpo y especialmente en cara, axilas, manos y plantas de los pies, la sequedad de boca y la dilatación de las pupilas de los ojos (midriasis) con visión borrosa. A nivel de conducta la ansiedad se manifiesta con sensación de fatiga intensa con imposibilidad de relajarse, sensación de tensión e inquietud, llanto fácil, impaciencia, rostro con rictus de preocupación y suspiros fáciles. La ansiedad dificulta las capacidades de comunicación, porque la persona solo puede atender a sus propios síntomas y se repiten los pensamientos obsesivos y negativos. Se incrementa la imposibilidad de sintetizar ideas y de expresarlas, lo que se acompaña de tartamudez. Los síntomas cognitivos se manifiestan con dificultades para la atención, la memoria y la concentración, con embotamiento mental o dificultad para dejar la mente en blanco. La sensación de miedo o temor puede ser muy intensa, llegando a producir terror o pánico, que inutilizan las capacidades de la persona.

### **¿Existen enfermedades o carencias biológicas**

#### **que pueden producir ansiedad?**

Muchos de los síntomas de la ansiedad que hemos descrito también se pueden presentar en casos de hipoglucemias (cuando aumenta la insulina y bajan los niveles de azúcar en sangre), en arritmias o enfermedades cardíacas o en caso de insuficiencia de algunas glándulas hormonales. Por ello, antes de aceptar que la ansiedad es solo de origen psicológico, sería recomendable que las personas afectadas se sometieran a una exploración médica completa para descartar otras etiologías.

La más frecuente disfunción es la que se relaciona con el síndrome premenstrual, provocado por un exceso de estrógenos absoluto o relativo cuando existe una deficiencia de progesterona en segunda fase del ciclo menstrual. En los días previos a la menstruación —una semana, y en algunos casos hasta quince días— aparecen cambios de humor, nerviosismo, insomnio e incremento del estado de ansiedad. Existe un efecto directo de los estrógenos en el estímulo de tres neurotransmisores del cerebro, la noradrenalina, las endorfinas y la serotonina, lo que se traduce en un efecto estimulante de la actividad cerebral, que podría llegar a ser enervante y producir estados de ansiedad si a partir del momento de la ovulación no se viese modulado por la acción de

la progesterona que estimula los receptores GABA en el sistema nervioso central, que son receptores sedantes. También pueden producir estados de ansiedad la mayoría de los fármacos que acaban generando un estado con exceso de estrógenos en el cuerpo, como los anticonceptivos hormonales, que se transforman en estrógenos en todos los casos, aunque provengan de estradiol, progestágenos o derivados de hormona masculina.

La segunda causa más frecuente de ansiedad de origen biológico son las anemias o las carencias de hierro. La deficiencia de hierro en el cerebro se traduce en efectos iguales en diferentes regiones del cerebro (núcleo caudado, hipotálamo, núcleos del rafe, córtex cerebral y cerebelo). La sustancia nigra, el núcleo estriado y las zonas del sistema límbico son las más ricas en hierro. La cantidad de hierro existente en estas zonas sobrepasa el 90 % de los requisitos normales de todos los sistemas bioquímicos y afecta a la función de los receptores de dopamina 2 y de los receptores GABA en el cerebro. Por ello, la carencia de hierro afecta al sistema nervioso central desde la primera infancia, con la presencia de dificultades en el aprendizaje verbal; pérdida de capacidad de atención, concentración y aprendizaje; disfunción cerebral mínima (el denominado síndrome de hiperactividad), y pérdida de memoria reciente. También puede darse una sensibilidad de percepción disminuida y un juego con mayor implicación motora, como si no pudieran mediarlo con actividad simbólica. Existe en la carencia de hierro un incremento de fobias y miedos. La deficiencia de zinc también se ha relacionado con estados de hiperactividad en niños y con incremento de ansiedad por alteración en la replicación de neurotransmisores cerebrales.

El estrés físico y mental relacionado con condiciones de trabajo y de vida puede producir consecuencias: insomnio nocturno o sueño con intermitencias e incremento de ansiedad matutina, además de otros síntomas como dolor en la zona del trapecio, taquicardias, dolor abdominal o colon irritable y contracciones musculares involuntarias (fasciculaciones).

El exceso de hormonas tiroideas, como ocurre en el hipertiroidismo, incrementa también los niveles de adrenalina y noradrenalina, y produce un estado de ansiedad que es difícil reducir con ansiolíticos si no se trata la enfermedad de base. Los mismos síntomas pueden ser producidos por la deficiencia de tiroides, incluso con niveles que no modifican las hormonas circulantes sino tan solo la hormona estimulante (TSH) que proviene del cerebro.

**¿Qué se puede esconder bajo  
el diagnóstico de depresión?**



En realidad, toda depresión o ansiedad que requiera la utilización de psicofármacos, ya sean ansiolíticos o antidepresivos, se podría catalogar de biológica, ya que el tratamiento se basa en la posibilidad de bloquear de alguna forma la recaptación o la cantidad disponible de algunos neurotransmisores. De hecho, cuanto más se conocen los procesos bioquímicos de la depresión mayor, de la depresión bipolar o de los ataques de pánico, más medicamentos denominados psicofármacos se introducen en el mercado para interferir en el proceso de formación y recaptación de estos neurotransmisores, demostrando, en los casos en que estos estados mejoran, la base bioquímica de algunos de ellos.

Pero en muchos casos estos psicofármacos se administran sin que se conozca si la/el paciente presenta algún otro tipo de enfermedad, disfunción o carencia, por lo que resultan ineficaces para mejorar la depresión. La separación cuerpo-mente ha llegado a tal punto que incluso los profesionales de la medicina —y no digamos la población en general— creen que una determinada pastilla puede servir para levantar la moral o relajar la ansiedad, independientemente de si su cuerpo padece algún trastorno o carencia, como si en realidad un determinado tipo de funcionamiento cerebral pudiera cambiar la conducta, las sensaciones o los sentimientos en completa separación del funcionamiento del cuerpo.

¿Existen enfermedades, disfunciones endocrinas o carencias que pueden afectar al funcionamiento cerebral o a la formación y el equilibrio de los neurotransmisores? La respuesta desde la mirada de la endocrinología y de la medicina interna es afirmativa: desde las hormonas del ciclo menstrual, estrógenos o progesterona, que actúan en diversas zonas cerebrales e hipotalámicas, y en diferente intensidad según la fase del ciclo, hasta la hormona tiroidea, que por exceso o por defecto siempre modifica la serotonina de forma directa.

### **¿Existen enfermedades o carencias que pueden producir depresión?**

El hipotiroidismo es una de las causas más frecuentes de depresión. En series de pacientes con depresión se encontró hipotiroidismo leve o moderado en un 60 % de casos. Por el efecto de la hormona tiroidea sobre el sistema nervioso central y en particular sobre la serotonina, su carencia está relacionada con el incremento de apetito a segunda hora de la tarde, con la pérdida de memoria y de capacidad de concentración y con la tendencia a la depresión, que presenta resistencia a los psicofármacos habituales y solo se puede corregir con la administración de hormona tiroidea hasta normalizar la función.

También se pueden presentar estados de depresión relacionados con la presencia de dolor crónico severo cuando este no se puede tratar de forma correcta o en los estados de sensibilidad química múltiple. El hecho de padecer un dolor constante y repetido que no mejora ni existen esperanzas de que lo haga altera los niveles de los neurotransmisores y produce depresión. En estos casos, lo más importante es encontrar la causa del dolor y tratarla correctamente. Es cierto que cuando el dolor se hace insoportable se pueden administrar antidepresivos, pero con el tiempo, al conseguir mejorías, se deberían reducir las dosis.

Una tercera causa es la alteración de la glándula paratiroides (ya sea primaria, por un adenoma de la glándula, o secundaria, por déficit de vitamina D, que es la más frecuente). La hormona paratiroidea en sí puede producir estados depresivos severos, ya que altera la entrada de neurotransmisores en las neuronas por su efecto en la ionización del calcio. En personas en las que se ha retardado mucho el diagnóstico del exceso de paratiroides se ha confundido a veces su estado anímico con una psicosis por el estado de delirio y confusión que pueden llegar a presentar, y que se normaliza al extirpar el adenoma paratiroideo o al normalizar su función.

Las anemias crónicas y congénitas, como las anemias por células falciformes o las hemolíticas, o las que se asocian a estados autoinmunes, se acompañan también de exceso de estados depresivos, e incluso se ha descrito un incremento de intentos de suicidio en estudios recientes entre estos pacientes. En un estudio realizado en Holanda en personas mayores de 85 años, el 26,7 % presentaba anemia, y estas personas padecían más dificultades cognitivas, dificultades en las actividades básicas de la vida diaria y mayor presencia de síntomas depresivos. Antes de precipitar un diagnóstico de ansiedad y depresión y tratarlo con psicofármacos deberíamos establecer un diagnóstico de las patologías y carencias antes citadas, ya que en estos casos, si no se trata la enfermedad de base, los psicofármacos pueden incluso empeorar la ansiedad y la depresión en lugar de aliviarla.

### **¿Cuáles son los retos en la**

### **deconstrucción de la psicopatología?**

En primer lugar, es necesario introducir estudios con perspectiva de género en las ciencias de la salud, y se debe mejorar la calidad, el tiempo y los recursos de los profesionales que se dedican a atención primaria y especializada.

También debemos estimular recursos informativos y formativos para empoderar a las mujeres, además de animarlas a que se asocien y formen grupos de ayuda mutua para

adquirir nuevos hábitos saludables y no se fíen de que una pastilla les puede resolver todos los problemas.

Para Giorgio Agamben:

[L]a tesis de Foucault según la cual «lo que hoy está en juego es la vida» —y la política se ha convertido, por eso mismo, en biopolítica— es, en este sentido, sustancialmente exacta. Pero es decisivo el modo en que se entiende esta transformación. En efecto, lo que queda fuera de interrogación en los actuales debates sobre la bioética y la biopolítica es precisamente aquello que merecería ser interrogado por encima de cualquier otra cosa: es decir, el propio concepto biológico de vida [...]. La vida biológica, forma secularizada de la nuda vida, que tiene en común con esta la indecibilidad y la impenetrabilidad, constituye así literalmente las formas de vida reales en forma de supervivencia en cuyo seno se aloja inadvertidamente como oscura amenaza que puede actualizarse repentinamente en la violencia, el extrañamiento, la enfermedad o el accidente. Es el soberano invisible que nos contempla tras las estúpidas máscaras de los poderosos que, consciente o inconscientemente, nos gobiernan en su nombre.<sup>[15]</sup>

Continúa pendiente dar respuesta a la pregunta de qué entendemos por vida, para poder impedir que cualquier forma de poder, venga de donde venga, interfiera en nuestras decisiones y coarte nuestra libertad. Las feministas de la vida, de la igualdad y de la diferencia debemos trabajar junto a los y las intelectuales, filósofos y filósofas y hombres y mujeres de «buena voluntad» para conseguir definir qué acciones emprendemos para mejorar nuestra vida y para impedir que nuestro medio ambiente lesione nuestra salud.

### **El necesario abordaje biológico, psicológico y social**

En todos los abordajes de la salud de los seres humanos hemos de tener en cuenta las relaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social, pero en el terreno de la salud mental de las mujeres eso es especialmente necesario, ya que a fuerza de repetir que la separación de cuerpo y mente era la que causaba sus problemas de salud, se ha convertido a las mujeres en «culpables» de sus propios males.

Muchas de ellas, en su confusión, alentada por siglos de vivencias de sumisión de sus ancestras, han llegado a creer que realmente son culpables, y si no es así, como no pueden quitarse de encima su malestar, aceptan las píldoras de dos en dos, todas las que sean necesarias para no sentir algunos dolores o angustias que constantemente las atormentan.

Para mejorar, se han de abordar los problemas biológicos que pueden producir alteraciones en los neurotransmisores, pero también hay que trabajar la angustia, el

miedo y las inseguridades con un abordaje psicosocial y, a poder ser, feminista de la subjetividad.

Aquí el profesional de la psicología puede ayudarlas individualmente o trabajando en grupo. La terapia grupal se ha demostrado muy eficaz entre mujeres. De hecho, muchas de ellas, al trabajar conjuntamente lavando ropa o en el campo, ya realizaban entre ellas terapias de grupo sin conducción experta.

A la larga, el proceso de crecimiento habrá de ser personal e individualizado, como así ha sido el proceso de destrucción de los propios valores y de la propia autoestima. Aprender a valorarse, hacer que los demás las valoren y no desarrollar ninguna de sus actividades en posición de subordinación ni de sumisión es un primer paso. Desarrollar la autonomía personal, solidaria y gozosa, que es la definición de salud del doctor Jordi Gol i Gurina. Un estado de salud física y mental que, a pesar de las propias enfermedades o discapacidades, permita vivir creciendo de manera independiente y en libertad personal. Solo el camino hacia la libertad personal puede hacer crecer la autoestima, y para este camino no hay normas ni modelos, «se hace camino al andar», como nos dijo el poeta Antonio Machado.

[3] Foucault, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid: Siglo XXI, 1989.

[4] Lagarde, M., *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Madrid: Horas y Horas, 1996.

[5] Rivera Garretas, M.-M., *La diferencia sexual en la historia*, Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia, 2005.

[6] Pastor, R., «Cuerpo y género: representación e imagen corporal», en E. Barberá Heredia, I. Martínez Benlloch y A. Bonilla Campos (coords.), *Psicología y género*, Madrid: Pearson Educación, 2004, p. 223.

[7] González de Chávez Fernández, M. A., *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.

[8] Lagarde, M., *op. cit.*, Madrid: Horas y Horas, 1996.

[9] Cabruja Ubach, T., «¿Quién teme a la psicología feminista?», *Pro-Posições*, 19(2), 2008, pp. 25-46.

[10] Rice, C., «Out from Under Occupation. Transforming Our Relationships with Our Bodies», *Canadian Woman Studies/Les cahiers de la femme*, 14(3), 1994, pp. 44-51.

[11] Foucault, M., *Nacimiento de la biopolítica*, Madrid: Akal, 2009.

[12] Burin, M., *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires: Paidós, 1990.

[13] Krieger, N., «Genders, sexes and health: what are the connections--and why does it matter?», *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 2003, pp. 652-657.

[14] Esteban, M. L. (ed.), *Introducción a la antropología de la salud*, Bilbao: Osalde, 2007.

[15] Agamben, G., *Medios sin fin. Notas sobre la política*, Valencia: Pre-Textos, 2001.

## Adolescencia: la distorsión del propio cuerpo

*Escucha, niña:*

*cuando te alaben llamándote bella*

*o te humillen llamándote fea,*

*no escuches a nadie.*

*Solo quieren encerrarte en el espejo de*

*una soledad diferente.*

*Tú debes vivir, no agradar.*

*La belleza está dentro de la vida.*

*Cuando te leen Caperucita Roja*

*te quieren mostrar el miedo*

*de escoger por ti misma el camino.*

*Estate atenta, niña,*

*los verdaderos lobos son aquellos que*

*mataron tu libertad.*

MARÍA TERESA D'ANTEA

*Lo que tenéis que saber es que mi vida está partida en dos, escindida sin demasiado cuidado. Hay un antes y un después. Antes de ganar peso. Después de ganar peso. Antes de que me violaran. Después de que me violaran.*

ROXANE GAY[16]

**D**iana tiene ahora 18 años, y desde los 14 ha padecido crisis de anorexia y bulimia. Todo empezó en la escuela, cuando a los 14 años un compañero se rio de ella porque tenía las caderas muy anchas. La llamó

«culona» y esta palabra se le grabó en la mente. Cada vez que tenía que comer la volvía a oír, una y otra vez, y empezó a esquivar las cenas y a tirar el desayuno que le preparaba su madre. En el colegio era más difícil eludir la comida, pero siempre había una compañera con más apetito dispuesta a acabar con lo que dejaba en el plato. Empezó a acudir a un gimnasio por las tardes, donde a veces realizaba tres horas de gimnasia extraescolar. Perdió peso; la menstruación empezó a retrasarse, y al cabo de medio año desapareció. Perdió más peso. Medía un metro con sesenta y cinco y llegó a pesar cuarenta y cinco kilos. Los padres de Diana la llevaron a una psicóloga especializada en trastornos alimentarios. Tuvieron unas siete sesiones de terapia y les indicó a ella y a sus padres unas normas de conducta para las horas de las comidas que debían seguirse rigurosamente. Empezó a ganar peso, y recuperó su menstruación, pero se inició un control estricto de su alimentación: si no se comía todo lo que tenía en el plato no podía levantarse de la mesa. Entonces, Diana utilizó una nueva estrategia: se lo comía todo, pero inmediatamente después de comer se levantaba de la mesa y, con disimulo, lo vomitaba. Este proceso duró casi un año, hasta que un día el vómito se acompañó de sangre muy roja y se asustó tanto que fue a contárselo a su madre. Consultado su médico de familia, este diagnosticó una úlcera en el esófago por el exceso de ácido de los vómitos de repetición. Se trató la úlcera, pero al mismo tiempo se inició una psicoterapia a fondo, para intentar averiguar qué se escondía detrás de su mala relación con la comida. La terapia se hizo extensiva a sus padres, y se averiguó que en las disputas domésticas era habitual que el padre descalificara a la madre sistemáticamente por su apariencia física y por estar «demasiado gorda» para su gusto. Diana, a los 18 años, continúa con sus sesiones de terapia cada quince días, pero ha logrado normalizar su peso y ya no padece ataques de bulimia.

## **La adolescencia y el encuentro**

### **con el propio cuerpo, que se ha hecho invisible**

#### **por el bombardeo de imágenes**

La adolescencia es una de las etapas vitales más duras para los niños y niñas, que entran en ella sin darse cuenta y sin que su entorno aprecie los cambios profundos que se dan en su cuerpo y en su mente. Experimentan estos cambios a veces con una gran dureza física y psicológica, y aunque se haya recibido información al respecto, nadie está preparado del todo para los cambios de humor y de sentimientos, para la vorágine de desencuentros con los padres y con los amigos.

Y en esta etapa vital también hay diferencias entre chicos y chicas. En primer lugar, porque los cambios son menos visibles en ellas (no pueden ver cómo crecen y se desarrollan sus ovarios y su útero) y también más incomprensibles, ya que es muy difícil entender que se presente una menstruación cada veintiocho días y que además unos días antes se puedan sentir molestias, irritabilidad o cambios de humor.

Para muchas culturas, sobre todo africanas, la adolescencia de los varones no existe, porque de la infancia se pasa a la vida adulta y a veces guerrera (se necesitan hombres para la guerra), a través de las denominadas ceremonias de iniciación, en las que se realizan rituales más o menos violentos y sangrientos para que el nuevo «hombre» entre en la vida adulta. Para las mujeres tampoco existe un largo tiempo de transición, ya que

muchas se quedan embarazadas desde el primer momento en que se presenta la menstruación.

La prolongación de la etapa adolescente, de los 12 o 13 años hasta a veces pasados los 20 años, es un fenómeno de las sociedades denominadas desarrolladas, que precisamente tienden a violentar e impedir el desarrollo de una parte de su sociedad, los jóvenes, promoviendo el infantilismo e impidiéndoles la participación en la vida adulta. La prolongación de los estudios, sin posibilidad de entrar en una etapa en la que puedan ganarse la vida económicamente, favorece también la infantilización y ralentiza su propia evolución.

### **La violencia invisible sobre la adolescencia**

En las citadas ceremonias de iniciación, la violencia se ejercía de forma ostensible sobre el cuerpo, con tatuajes, circuncisiones rituales o abrasiones corporales extensas. Pudiera parecer que en el resto del mundo el paso por la etapa vital de la adolescencia es algo fácil, sin rasgos de dureza o dificultad, pero nada más lejos de la realidad.

La violencia del propio desconocimiento se instala precozmente, y las respuestas que reciben los y las adolescentes a las primeras preguntas sobre su físico no les acaban de satisfacer. «Ya aprenderás», «ya lo conocerás más adelante», «esto se aprende con la vida», son frases que se acostumbran a oír, pero que no les satisfacen para nada. Callan y aprietan los dientes, y si pueden, intentan olvidar sus inquietudes con alcohol, ruidos o drogas.

Más adelante aprenden la violencia de la indiferencia de su entorno familiar y de su entorno «laboral», o sea, la escuela, que los visibiliza como seres en formación escolar. Cuanto más competitiva es la escuela, más se aleja de su función de soporte al desarrollo de seres humanos diferenciados que precisan potenciar al máximo su inteligencia emocional. Si nadie de su entorno se preocupa de sus sentimientos tienden a aislarse, a encerrarse en su habitación, a taparse los oídos con su música o a navegar por Internet. Se encierran en la indiferencia, pero no se acostumbran a ella, y frente a esta violencia levantan el muro del desapego y utilizan frases hirientes y mal intencionadas.

Por último, experimentan la violencia de la contención, que se hacía ostentosa sobre todo cuando a las niñas las obligaban a moderarse y contenerse, a sentarse con las piernas cruzadas, a que la falda llegase por debajo de las rodillas y a olvidarse de cualquier parte de su cuerpo que se acercara a la zona genital. En la actualidad se hace de modo más sutil, cuando se les obliga a reprimir la rabia, las rebeldías, las opiniones



contrarias al cabeza de familia, las salidas nocturnas o diurnas con las amigas y amigos, la música escuchada al máximo volumen o la diversidad en el modo de vestir o peinar. Sin embargo, cuanto más violencia de contención se impone, más conductas extravagantes se provocan, lo que a la larga lleva a más violencia debido a la invisibilización de la capacidad de decisión.

Las tres violencias —la del desconocimiento, la de la indiferencia y la de la contención— se ejercen de forma más profunda sobre el sexo femenino, precisamente porque a las hijas «hay que atarlas corto» e impedir que hagan lo que desean, porque eso las puede «dañar» para siempre. Y los hijos, en cambio, «cuanto más libres, más hombres». Una vez más, la violencia invisible hace daño.

### **El desconocimiento del propio cuerpo**

Una adolescente se preguntaba: «¿Cómo puedo saber que ya he cambiado? ¿De qué depende que el desarrollo de una persona sea más lento o más rápido? ¿Cuándo empieza y acaba la “edad del pavo”?».

Al parecer, hemos creado tantas expectativas sobre el cambio durante la adolescencia que muchas chicas han creído que su cuerpo iba a transformarse de forma brusca y se convertirían en otras personas, ajenas al hecho de que estos cambios se van a producir durante toda la vida y que el cuerpo está en un constante proceso de remodelación.

Tal como describo en el capítulo sobre morbilidad diferencial, la primera diferencia biológica que se manifiesta abiertamente entre mujeres y hombres es la aparición de la menstruación entre los 9 y los 14 años, hecho que no es menor por la alteración de la salud que supone en un 30 % de los casos, por los problemas que conlleva la medicalización de los ciclos vitales y por la invisibilización del dolor y del malestar que sienten muchas adolescentes. Es el primer momento en que las mujeres se enfrentan masivamente a una primera destrucción de la armonía de los ciclos vitales naturales.

Desde hace once años, una nueva alteración biológica ha caído sobre las niñas de 10 y 11 años, con la recomendación por parte de la salud pública de algunos países de aplicarles la vacuna del papilomavirus humano, que ha presentado efectos secundarios a corto plazo, sin que todavía se sepan las consecuencias a largo plazo. De momento, en los países que han vacunado masivamente se han constatado cambios en la fertilidad de las niñas vacunadas, así como un adelanto de la presentación de cáncer de cérvix en casi diez años.

### **Los estereotipos de género se empiezan**

## **a manifestar en la adolescencia**

Los rasgos de lo que se cree que es la masculinidad y la feminidad, ser hombres o ser mujeres, se manifiestan en actitudes y conductas que no nacen de la reflexión, sino a veces espontáneamente, fruto de los conflictos inconscientes que viven cada niña y cada niño en su paso a la adolescencia. Los jóvenes que creen en los estereotipos «masculinos», como el de superioridad, tienen mayor cantidad de compañeras sexuales, menor nivel de intimidad con ellas y mayor nivel de convicción de que las relaciones sexuales son entre adversarios. Presentan menor coherencia en el uso de preservativos, por su preocupación de que afecten al placer masculino. Asumen un nivel más bajo de responsabilidad en cuanto al embarazo, si bien consideran que este valida la virilidad. Las adolescentes que creen en los estereotipos de «feminidad» adoptan conductas más sumisas, creen que las niñas calladas, inocentes y buenas no negocian el uso de preservativos y piensan que utilizar métodos anticonceptivos hará disminuir su atractivo frente a los chicos, ya que «van a creer que van con todos». Por el contrario, aceptan que los chicos puedan tener múltiples parejas sexuales. En general, buscan menos información sobre la prevención del embarazo y creen que la maternidad es sinónimo de identidad femenina.

La dependencia de la belleza guarda una gran relación con el conflicto emocional de muchas adolescentes. La dependencia de la mirada de los hombres les hace perder autonomía personal y capacidad de decisión, como ocurre con toda dependencia. «La belleza visual —afirma Nancy Etcoff— [\[17\]](#) no domina en nuestro mundo sensual: nos atraen las voces bonitas, los gestos de invitación y los olores excitantes. Nos sentimos arrastrados hacia ciertas personas incluso por sus secreciones hormonales y sistemas inmunológicos, algo que no percibimos de forma consciente. El aspecto físico no lo es todo, ni siquiera en el mundo superficial de la seducción y las miradas. Pero aún queda por resolver el interrogante de la belleza, qué pensamos de ella y por qué». El conflicto entre lo que piensan sobre su propia autoestima y los cánones que provienen de los medios de comunicación hace difícil el crecimiento personal en libertad.

Estos estereotipos juegan un gran papel en la perpetuación de las relaciones de poder dentro de la pareja y consolidan el control de otras manifestaciones sutiles (como veremos en el capítulo sobre violencia): control de la forma en que van vestidas sus compañeras, control de sus móviles y mensajes, control de sus amigas y amigos, y control sobre sus estudios y trabajos. De la esfera sexual se pasa al control de las vidas, justificando la violencia psicológica en aras del ejercicio de una supuesta masculinidad.

## **La salud paga el precio de**

## **mantener la imagen**

La imagen femenina impone el sacrificio de la ambición y la competencia profesional, y el segundo precio es una insufrible tensión psicológica y emocional. En efecto, desarrollar dignamente una doble identidad, la ritual que se ostenta en público y la clandestina que se oculta en el secreto de la vida privada, puede resultar casi imposible y es desde luego muy difícil de soportar. De ahí por ejemplo los síndromes de anorexia y bulimia que asaltan a las adolescentes, cuando comienzan a hacerse conscientes del coste humano que acarrea representar semejante duplicidad.

ENRIQUE GIL CALVO<sup>[18]</sup>

Los trastornos de la alimentación han permanecido invisibles, quizás porque tanto la anorexia como la bulimia o como las formas mixtas son también más frecuentes en mujeres. Los estudios alertan del aumento de casos, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes. La prevalencia en estos grupos oscila entre el 1 % y el 4 %, con una relación mujeres/hombres de 20:1,<sup>[19]</sup> aunque las actitudes anoréxicas que no cumplen todos los criterios de enfermedad son mucho más altas. Las pacientes con trastornos de la alimentación puntúan en las escalas de estereotipos de feminidad con los ítems más altos.<sup>[20]</sup> Pocas patologías tienen de manera más evidente la marca de la presión cultural sobre el ideal de mujer. Nadie duda de la importancia de los mensajes de los medios de comunicación sobre el desarrollo de esta epidemia, pues provocan un choque entre la exigencia de perfección sobre el físico femenino, según determinados patrones estéticos, y la percepción de una realidad siempre alejada de este ideal.

La anorexia aparece en el mundo desarrollado, con su abundancia de alimentos, como síntoma de la represión de los deseos. ¿Por qué niñas y adolescentes sanas dejan de comer y acaban con sus figuras físicas casi como las de un campo de exterminio, sin formas, sin vida, sin energía? ¿Qué les ha pasado? Han obedecido tanto las normas de imagen de los medios de comunicación que han acabado más preocupadas por su peso corporal y la distribución de la grasa que por los futuros estudios que desean realizar o los libros que desean leer.

Existen todavía páginas web que incitan a la anorexia. Los síntomas de la enfermedad han sido tan divulgados por los medios de comunicación, por asociaciones de padres y madres y por los profesionales, que algunas chicas han caído en la enfermedad a través de las charlas divulgativas para prevenirla.

La anorexia se inicia dejando de desayunar o cenar, a veces a partir de un comentario sobre su cuerpo o sobre su obesidad en la escuela o con grupos de amigos. A medida que se restringe la alimentación cambia el metabolismo del cuerpo y empiezan a disminuir las vitaminas y los minerales, así como los niveles hormonales, de tal modo que la cantidad de menstruación disminuye en los primeros meses y, si se sigue

perdiendo peso, llega a desaparecer. La bulimia, en cambio, provoca grandes atracones de comida, de tipo muy diverso y sin ningún orden, de forma compulsiva. Para compensar el exceso de calorías, se provoca el vómito y se estimula el tránsito intestinal con un exceso de laxantes. Las formas mixtas comparten periodos de anorexia con periodos de bulimia, con el objetivo constante de mantener el peso muy por debajo de lo normal.

Las noticias aparecidas en los periódicos sobre el riesgo de las chicas jóvenes a padecer anorexia han preocupado a otras adolescentes que por su metabolismo están delgadas pero tienen mucho apetito y comen bien. El bombardeo informativo les hace creer que están en riesgo de padecer la enfermedad y ocultan su peso al resto de las amigas. Además, si existe en el grupo escolar o de amistades alguna compañera que está en tratamiento por anorexia, el resto de la clase empieza a observar qué es lo que comen unas y otras, y, sin desearlo, se acaban convirtiendo en controladoras de la alimentación de las demás; controlan a las más delgadas, aunque no tengan la enfermedad. En este sentido, hay que recordar que el hecho de que una mujer o una chica esté delgada no significa que sea anoréxica o que tenga una enfermedad; las constituciones hereditarias hacen a unas personas más corpulentas y a otras más delgadas, pero eso forma parte de nuestra propia naturaleza.

Uno de los primeros problemas que tienen los chicos y las chicas que presentan la enfermedad es que no pueden hablar con nadie porque no creen que estén enfermos ni enfermas ni creen que les pase nada de nada. De hecho, parece que en realidad no quieren hablar de las cosas que sienten y les preocupan, prefieren rebelarse contra la posibilidad de sentir deseos, de amar a alguien, y solo desean controlar su cuerpo. Sienten placer controlando el apetito, sintiendo el hambre, experimentando el dolor de no comer en sus entrañas.

Estos chicos y chicas tienen mucha rabia por dentro y sienten asco hacia su propio cuerpo. En realidad, no les gustan los cambios que están sintiendo, que les crezcan los pechos y les salga vello en las axilas y el pubis. No les gusta tener formas de mujer ni de hombre, y quisieran controlar su propio crecimiento y su desarrollo para no tener que sentir otras cosas, como los deseos sexuales o los impulsos internos que creen que no podrían controlar. Les da miedo sentirse vivas y vivos. Quieren ser las primeras en todo, pero no quieren sentirse llenas de vida ni sentir deseos de reír o bailar. Siempre que participan en actos colectivos comparan su cuerpo y sus formas con los de las demás, en el caso de las chicas.

La psicoanalista Silvia Tubert lo explicó muy bien;<sup>[21]</sup> para las adolescentes que presentan anorexia no comer es como un grito de alerta para decirnos: «Escuchad, estoy

aquí, no me gusta cómo soy, tengo miedo a cambiar, no me gusta ser como mi madre, y a mi padre no lo veo nunca y no le puedo preguntar nada». Es muy importante que este grito no se confunda con una enfermedad, que no les pongamos una etiqueta, porque en realidad con este grito nos quieren decir que todavía están vivas, aunque a punto de morir, y que les gustaría hablar de ello, pero que no las obliguemos a comer a la fuerza. No comer es como una excusa para avisarnos de que tienen un grave problema, es como un SOS que envían desde lo más profundo de su corazón.

Si como respuesta a este grito las convertimos en enfermas y las llevamos al médico o al hospital para que las obliguen a comer, pero no encontramos a nadie que las pueda escuchar, las encerramos todavía más en su enfermedad. Por eso es tan importante el papel de las amigas, para que se puedan explicar, y más adelante el papel de la psicóloga, pero no para que esta mande sobre su cuerpo, sino para que pueda escuchar todos sus síntomas. Es como Nell, la protagonista de la película protagonizada por Jodie Foster, que después de morir su madre no puede hablar más porque la angustia la bloquea, solo puede pasearse por el lago a la luz de la luna. Cuando el médico la conoce, ella puede acabar hablando de su angustia y empieza a curarse.

En la adolescencia no es fácil hablar de los problemas que preocupan y angustian, y menos con los padres y las madres, pero tampoco con las amigas y amigos. Si el conflicto se vive muy intensamente no lo acaban de comprender ni las propias personas afectadas. No quieren hablar con nadie de lo que sienten y de lo que les pasa, están muy cerradas por dentro y creen que podrán controlar todos sus miedos y sus angustias si consiguen controlar su apetito y su cuerpo. Prefieren no tener formas ni pechos, quieren tener un cuerpo como el de un niño. Como Peter Pan, que tampoco quería crecer.

Algunas de las afectadas presentan un gran conflicto personal, porque no quieren de ninguna manera parecerse a su madre; ni por fuera, porque presenta sobrepeso o porque está siempre encerrada en casa haciendo la comida o limpiando; ni por dentro, porque no la ven feliz, porque no está enamorada de nada ni de nadie, porque no la ven disfrutar ni apasionarse por ningún trabajo y porque está siempre demasiado triste. Como no quieren ser una mujer como su madre, no quieren ser mujeres. Solo quieren trabajar mucho, sacar muy buenas notas, hacer actividades sin parar y cultivar las características que tradicionalmente se ha dicho que son masculinas: dominio de uno mismo, ejercicio de la voluntad y desarrollo de la propia capacidad intelectual. De hecho, les da miedo vivir, disfrutar, amar y ser amadas. En especial, algunas tienen mucho miedo de que las quieran, porque han visto muchas veces a su madre como objeto de las decisiones del padre o sometida a sus órdenes y deseos, y en el fondo de su corazón quieren que a ellas no les pase lo mismo. Prefieren estar delgadas y feas, si es necesario, para que no las deseen y ningún chico las quiera. Quieren ser ellas quienes

decidan sobre su cuerpo y sobre su vida. Quieren evitar que alguien las pueda engañar como han engañado a sus madres. Quieren ser siempre ellas mismas, aunque para conseguirlo pongan en peligro sus vidas. Algunas chicas con anorexia me han dicho que prefieren morir a estar gordas o a engordar tan solo un kilo.

En ocasiones, chicas que han pasado tiempo sin comer nada y han sido diagnosticadas de anorexia se sienten vacías por dentro y se llenan comiendo mucho, a todas horas, y para no engordar vomitan lo que comen inmediatamente después o toman laxantes. Desean mucho sentirse amadas y sentirse bien, pero creen que no lo conseguirán nunca, porque se ven feas y gordas. Tienen ganas de un poco de satisfacción y se dan un atracón de galletas o de chocolate, pero el placer dura poco tiempo, porque después vienen los remordimientos y las angustias, y vuelven al círculo vicioso de los vómitos. Mientras, se van provocando lesiones en el estómago, en el esófago, en la boca y en los dientes de tanto vomitar. Pierden minerales, cloro y vitaminas, la piel se les pone gris y les salen granos y llagas en la boca. Esta sintomatología, la de la bulimia, también cuesta mucho curarla, porque en realidad las personas afectadas tampoco quieren hablar de lo que les pasa ni de sus miedos.

Creo que estas chicas no han podido decidir muchas cosas por sí mismas, no han podido ser libres, han vivido en ambientes familiares muy rígidos y no han tenido la libertad para sentirse vivas y valoradas por lo que son. No han podido disfrutar, porque han trabajado siempre. No han podido sentir, porque han castigado su cuerpo, y tienen muchas dificultades para amar y formular deseos que impliquen placer.

Muchas veces, las personas que sufren trastornos de alimentación creen que teniendo una enfermedad orgánica serán más «normales», y, de hecho, eso es algo que la sociedad, la medicina y las propias familias favorecen. Tanto las personas afectadas como sus familiares prefieren pensar que existe una enfermedad orgánica que empezar a analizar todos juntos, padre y madre incluidos, qué es lo que no está funcionando en su relación, en sus expectativas y en su afectividad.

Muchas veces los miedos y las frustraciones de las madres pueden repercutir en las decisiones y las actitudes de sus hijas, en la forma de afrontar la sexualidad, en la relación con los chicos o en el trabajo que van a escoger. Muchas madres y padres, para no influir negativamente en sus hijas e hijos, prefieren no hablarles de sus propios sentimientos, de sus deseos, de sus frustraciones. La comunicación en las familias mejoraría si todos estuvieran dispuestos a hablar de sus dudas, de sus miedos y de sus angustias. No es algo dañino, es tan solo un signo de vida. Los únicos que no sufren ni tienen angustia son los que ya están muertos por dentro.

La vida puede ser una gran aventura, como decía al final el protagonista de la película *Capitán Cook*. Una aventura tiene horas buenas y malas, pero no nos hemos de dejar poner etiquetas por nadie, ni nadie nos ha de decir lo que hemos de hacer. Siempre podemos hablar y siempre podemos escuchar. Ser personas es difícil, pero también es apasionante. Cuantas más personas con niveles bajos de angustia dirijan los periódicos, las televisiones y la política de los países, más fácil será vivir y menos enfermedades provocarán los medios de comunicación. También hay muchos libros que nos pueden ayudar, porque en ellos encontramos el pensamiento de muchas personas que también han sufrido y han dudado. Lo más complejo para nuestros adolescentes es que puedan ser cada día ellos mismos, y que disfruten de vivir, conocer y amar.

### **Las enfermedades de transmisión sexual**

*Cada catorce segundos, en el mundo, un adolescente chico o chica se infecta con el virus del sida.*

Por desgracia, esta nueva epidemia de los siglos XX y XXI aún permanece invisible, porque el mayor número de personas infectadas se encuentra en África, en Asia y en países poco desarrollados. Existen zonas de África donde algunos hombres todavía consideran que pueden curarse de la enfermedad si mantienen relaciones sexuales con chicas vírgenes. Debido a esta atroz falacia, muchas chicas son infectadas con el virus del sida en sus primeras relaciones, que además, al ser forzadas, producen más heridas que favorecen la propagación de la infección.

Pero aparte de esta infección, las relaciones sexuales sin preservativo pueden favorecer otros tipos de infecciones, como herpes, papilomavirus, gonorrea, sífilis y la muy frecuente infección por clamidias, que no solo provoca trastornos e inflamación en la zona vaginal, sino que se transmite a todo el organismo produciendo artritis y, a largo plazo, esterilidad. En Cataluña, por ejemplo, esta es una de las infecciones que se están triplicando entre adolescentes del sexo femenino, que al no estar informadas al respecto padecen la enfermedad y sus secuelas de forma invisible.

La inexperiencia y la desinformación pueden producir problemas de salud en la adolescencia que tendrán secuelas, y que suelen ser más graves y crónicos entre mujeres. Para prevenirlos es muy importante la educación sexual en las escuelas y en los ambientes de ocio de los jóvenes. También es muy importante trabajar la asertividad de las chicas, para que puedan proponer la utilización del preservativo sin que esto suponga ninguna situación humillante para ellas, así como que puedan mantener relaciones sexuales con un sí claro que no deje lugar a dudas. Hay que mentalizarlas para que, si no tienen pareja y mantienen relaciones sexuales con varias personas, utilicen siempre preservativo, ya sea masculino o femenino.

## Los embarazos adolescentes.

### Consecuencias invisibles que lastran una vida

*Cada año, en el mundo, catorce millones de adolescentes dan a luz.*

Los embarazos como consecuencia de una relación sexual en la que no se tomaron precauciones es una de las situaciones más graves que puede vivir una adolescente. Sea cual sea la decisión que tome tendrá consecuencias en su vida, tanto si decide dar a luz y no tiene medios para cuidar y criar a su hijo, lo que condicionará todo su futuro, como si decide abortar, para lo cual deberá recibir ayuda psicológica que le permita afrontar esta dolorosa decisión de la forma más libre posible.

«¿Es más importante sentirse libre que sentirse amada?», pregunta una adolescente en una encuesta libre. Para muchas adolescentes esta es todavía una de las preguntas que planean en su mente, ya que la vivencia del amor como dependencia ha sido introducida en sus vidas desde la infancia, a través de cuentos, películas y medios de comunicación. «Si nadie te quiere no vales nada» es uno de los miedos primarios, quizás desde el momento en que somos apartados del seno materno, y este miedo condiciona muchas de las consecuencias negativas de las relaciones y de la sexualidad. Pero la sensación de ser libre —ser capaz de decidir en cada momento sobre tu propio cuerpo, sobre tu placer, sobre tu trabajo, sobre lo que deseas dar— es una sensación tan potente que para muchas adolescentes es ya más importante que sentirse amada. Desean amar cuando se presente la ocasión, pero no van a vivir pendientes de la mirada de los chicos como único norte para valorarse. Saben que, si lo desean, tarde o temprano encontrarán una persona a la que amar, y que la vida les ofrecerá más posibilidades si mantienen su propia libertad. Al contrario de lo que dictaban los estereotipos de género, mantenerse lo más libre y autónoma posible al tomar decisiones es una condición necesaria para poder amar y ser amada.

---

[16] Gay, R., *Hambre*, Madrid: Capitán Swing, 2017.

[17] Etcoff, N., *La supervivencia de los más guapos. La ciencia de la belleza*, Barcelona: Debate, 2000.

[18] Gil Calvo, E., *Medias miradas. Un análisis cultural de la imagen femenina*, Barcelona: Anagrama, 2000.

[19] Gil Canalda, M. I. et al., «Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I)», *Atención Primaria*, 31(3), 2003, pp. 178-180.



[20] Behar, R., M. de la Barrera y J. Michelotti, «Identidad de género y trastornos de la alimentación», *Revista Médica de Chile*, 129, 2001, pp. 1003-1011.

[21] Tubert, S., *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*, Madrid: Síntesis, 2001.

## La violencia invisible

que acaba matando:

física, psicológica

y simbólica

*El día es gris cuando tú estás y el sol vuelve a salir cuando te vas / y la penita de mi corazón yo me la tengo que tragar con el fogón. / Mi carita de niña linda se ha ido envejeciendo en el silencio. Y cada vez que me dices «¡Putta!», se hace tu cerebro más pequeño. Una vez más, no, por favor, que estoy cansada y no puedo con el corazón. Una vez más, no, mi amor, por favor, no grites, que los niños duermen. Voy a volverme como el fuego, voy a quemar tu puño de acero, y del morao de mis mejillas saldrá el valor pa' cobrarme las heridas. **Malo, malo, malo eres, no se daña a quien se quiere, ¡no!** / ¡Tonto, tonto, tonto eres, no te pienses mejor que las mujeres!*

BEBE[22]

*La mujer maltratada parte de la premisa de que ha de convivir necesariamente con un hombre, sea este su marido o un compañero más o menos estable, porque vivir con un hombre es la única forma de vida posible para una mujer, si quiere considerarla verdaderamente vida. La mujer se autorrepresenta a sí misma no como un individuo total, sino como un complemento, y en tanto que tal no es nada ni nadie sin aquel que tiene que darle su verdadera significación.*

VICTORIA SAU[23]

**M**arcela tenía 17 años cuando se casó con Luis. Se había quedado embarazada; estaba muy enamorada y ambos decidieron tener el hijo. Sus familias les ayudaron, y ambos siguieron trabajando en sus respectivos empleos. Aparentemente todo fue bien, pero su hijo nació con algunos problemas de salud. Tuvo infecciones de orina muy repetidas y, al final, tuvieron que ingresarlo en un centro hospitalario, hasta que se demostró que tenía una malformación en los uréteres. Podía operarse, pero debían esperar a que fuese el mejor momento para el niño. Marcela tuvo que dejar su trabajo para poder quedarse en la clínica con él, y pasaron con el sueldo de Luis. La operación fue bien, pero exigió cuidados en la convalecencia. Al año, Marcela volvió a quedarse embarazada. El segundo embarazo motivó muchas consultas médicas por dolor en diversas partes del cuerpo. Finalmente llegó el día del parto; tuvieron una niña. A los seis meses, Marcela, derivada por su médico de familia, consultó en un centro hospitalario de medicina interna quejándose de un gran cansancio y de dolor en la columna y en todo el cuerpo. Los análisis revelaron que tenía un trastorno severo del metabolismo del calcio, con exceso de parathormona, pero que no precisaba intervención. La paciente se quejaba de mucho dolor y mucho cansancio, y entraba a la consulta siempre acompañada de su marido. Un día que estaban esperando delante de la consulta de la especialista en medicina interna, la enfermera salió un momento para recoger unos documentos y observó horrorizada cómo Luis estaba abofeteando a Marcela. La doctora internista, al ser alertada, paró la agresión y citó a la pareja por separado. Marcela explicó por primera vez a una profesional

que desde que se casaron su marido la agredía de vez en cuando, pero que a partir del nacimiento de la segunda hija las agresiones, humillaciones y descalificaciones aumentaron de forma progresiva. Ella se encontraba cada vez peor, pero creía que su dolor y su cansancio no tenían nada que ver con las agresiones. Alegó que estaba muy enamorada de Luis y que no quería separarse de él, además no tenía trabajo y no podía mantener a sus hijos. La médica internista contactó con el especialista de primaria y se inició un proceso de acompañamiento de la paciente con una psicóloga y con una trabajadora familiar. Luis negó todas las agresiones y no quiso recibir ningún tipo de ayuda, pero no volvió a agredirla, aunque sí a humillarla y despreciarla delante de los niños. Marcela encontró trabajo y se separó dos años después. Tenía 23 años y dos hijos, y había recuperado parte de su autoestima.

## **¿La violencia contra las mujeres**

### **es diferente que los otros tipos de violencia?**

En las sociedades humanas existen muchos tipos de violencia que se pueden manifestar en diversas circunstancias, y señalo lo de sociedades humanas porque en las animales solo la lucha por la comida o por la defensa de las crías y del territorio genera violencia entre especies.

Entre los humanos existen agresiones y violencia por:

→ Imposibilidad de controlar las acciones o los impulsos, debilidad o trastorno psicológico, deseo sexual «incontrolable», agresividad generada por grupos después de haber bebido o de haberse drogado, *etc.*

→ Violencia instrumental para obtener un beneficio, robar o controlar un territorio.

→ Violencia expresiva, la que se produce cuando se pierde el control y la sangre fría como resultado de una explosión de cólera: para resolver una disputa, para no perder un territorio, para mejorar la situación económica y social o para manifestar quién tiene el poder sobre un territorio o sobre un grupo.

La violencia contra las mujeres presenta unas características y motivaciones diferentes que la violencia interpersonal o la instrumental. Aunque se haya querido incluir la violencia sexual dentro de la criminología tradicional como la que proviene de personas enfermas o agresivas por naturaleza, la violencia contra las mujeres se incluye en la que es ejercida precisamente como forma de establecer la relación de poder, de control y de dominio de algunos hombres sobre sus mujeres.

La agresión a las mujeres ha estado presente desde el inicio de la sociedad patriarcal como forma de sumisión de aquellas. Según el médico forense Miguel Lorente, sería la primera forma de agresión utilizada por los seres humanos de forma sistemática para

conseguir objetivos no relacionados con necesidades instintivas como la caza, la defensa personal o la conquista de territorios.

Luis Bonino, psicoterapeuta especializado en problemáticas masculinas y director del Centro de Estudios de la Condición Masculina, de Madrid, define la violencia contra las mujeres en la pareja como «toda forma de coacción o imposición ilegítima por la que se intenta mantener la jerarquía impuesta por la cultura sexista, forzando a que la mujer haga lo que no quiere, no haga lo que quiere o se convenza de que lo que fija el varón es lo que se debe hacer. Supone sentirse con derecho a un poder sobre la mujer (abuso de poder) que autoriza a violar, invadir o transgredir sus límites, con el objetivo de vencer sus resistencias y tener control, dominio y posesión sobre ella para conservar el poder en la relación y encarrilarla según sus propios intereses y deseos».

La violencia contra las mujeres en el seno de una relación de pareja o amorosa no es lo mismo que cualquier otro tipo de violencia, porque obedece a mecanismos y pulsiones de poder y posesión que han marcado desde el inicio las relaciones entre hombres y mujeres en las culturas de las sociedades patriarcales.

### **La violencia contra las mujeres ha sido invisible**

#### **porque se ha considerado un asunto privado**

La violencia contra las mujeres es un asunto público que hasta hace poco se ha mantenido en privado, pero que actualmente se ha manifestado en la calle gracias a la ayuda inestimable de los medios de comunicación, que han permitido hacer visible lo que ocurría de forma soterrada en miles de alcobas y hogares de aparentes buenas familias. Los asesinatos de parejas, exparejas y amantes se suceden de forma constante a diario.

Toda la sociedad ha permitido desde hace siglos que se apartaran de la vida pública hechos que serían inadmisibles si se analizaran no desde la óptica del que cree tener derecho sobre la mujer, sino objetiva y fríamente. La sociedad patriarcal ha favorecido la utilización de la violencia por parte del hombre sobre la mujer como mecanismo de control y de sumisión, perpetuando una situación de desigualdad en la que la mujer queda sometida a las órdenes del hombre.

El hombre se cree con derecho a controlarla y a utilizarla para que cumpla sus deseos. Se trata de una relación en la que no existen ni el respeto ni la igualdad de oportunidades. El agresor minimiza y justifica la agresión, sacándose de encima la responsabilidad. De hecho, el sistema patriarcal ha animado la violencia de los hombres

contra las mujeres haciendo suyo el refrán árabe «Cuando llegues a tu casa dale una bofetada a tu mujer. Ella ya sabe por qué lo haces». El agresor cree que actúa de forma legítima para mantener el orden familiar (y social).

Durante años, las mujeres han tratado de buscar explicaciones a la violencia «normalizándola» y «racionalizándola» a través del conjunto de normas y valores aprendidos de sus propias madres y de su propio entorno. Los roles sociales y las posiciones socioculturales que las catalogan como seres inferiores y sin valor las acaban llevando a la autoinculpación, ya que creen que es un error de su conducta el que provoca «las airadas reacciones» de sus parejas.

### **La violencia contra las mujeres ya no es algo privado**

La declaración de las Naciones Unidas de 1994 define la violencia contra las mujeres como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos y la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

Ya con esta definición podemos observar que la violencia directa hacia las mujeres es solo la punta de un gran iceberg, y que debajo se esconden la violencia estructural y la violencia simbólica o cultural, que se retroalimentan mutuamente, creando un caldo de cultivo con el que se perpetúa de forma sutil e invisible la violencia directa.

La Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, que establece los diferentes tipos de violencia que se ejercen contra ellas, define la violencia simbólica como aquella «que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad» (artículo 5). Para el sociólogo francés Pierre Bourdieu (2000), esta se instituye cuando el dominado utiliza para imaginarse a sí mismo —y a la relación que tiene con el dominador— los instrumentos de conocimiento que son producto de esa dominación. Así, la relación establecida aparece como natural. En esta línea, podemos afirmar que la violencia simbólica tiene su expresión en el imaginario cultural colectivo, en el lenguaje, en los estereotipos con los que se define qué es ser mujer u hombre, en la identidad y en los cuerpos sexuados. Y aunque pueda ser invisible —o tal vez a causa de ello—, hace legítimas prácticas que son relaciones de poder desiguales que se han establecido cultural e históricamente entre mujeres y hombres.

### **Las mil caras de la violencia contra las mujeres**

«La violencia contra la mujer constituye una conculcación generalizada, aunque no suficientemente reconocida, de sus derechos humanos».

«La violencia contra las mujeres abarca todo tipo de situaciones sociales y económicas y está profundamente enraizada en las culturas de todo el mundo, hasta tal punto que millones de mujeres la consideran un modo de vida».

«Una de cada cuatro mujeres ha sido objeto de sevicias durante el embarazo».

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (FNUAP), 2000

Señalaré a continuación algunos datos que dan una idea de los diversos aspectos con los que se ejerce la violencia contra las mujeres:

- Más de cien millones de niñas no han llegado a nacer a causa de abortos selectivos o feminicidios en las zonas del sur de Asia.
- La violencia contra las mujeres dentro de las relaciones de pareja crece en todo el mundo al disminuir la sumisión.
  - El 25 % de casos de violencia de género se inician durante el embarazo.
    - Cada ocho minutos muere una mujer en Rusia.
    - Más de veinte mujeres mueren cada día en México.
- Existe un incremento de violaciones y agresiones, que en su mayoría no se denuncian.
  - Cada año se incorporan al mercado del sexo dos millones de niñas de 5 a 15 años.
    - Cuatro millones de mujeres y niñas son compradas y vendidas con destino al matrimonio, la prostitución o la esclavitud (Asia, Europa oriental, América Latina).
    - Más de quince millones de niñas y adolescentes han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas, y nueve de cada diez denuncian abuso sexual por personas de su entorno. (Unicef, 2017).
    - Las mujeres y las niñas representan el 71 % de las víctimas de trata; tres de cada cuatro víctimas de explotación sexual son niñas. (Unodc, 2016).
- Se cometen cinco mil asesinatos anuales de mujeres jóvenes a manos de sus familiares para «restaurar la honra de la familia», principalmente en Asia oriental y meridional y en África septentrional.

- Mutilación genital: más de doscientos millones de niñas han sufrido ablación de clítoris, la mayoría antes de los 5 años. (Unicef, 2018).
- Las mujeres han sido las principales víctimas de violación en conflictos y guerras. El cuerpo de las mujeres ha sido utilizado para dañar con más fuerza al enemigo.

Veamos los titulares de prensa que ha recogido Ana Bernal-Triviño<sup>[24]</sup> en su nuevo libro: «Más de 20.000 víctimas de violaciones en la guerra de Bosnia reclaman justicia»; «Más de 800.000 mujeres fueron víctimas de violencia sexual en el conflicto armado de Colombia»; «El drama oculto de las violaciones masivas durante la caída de Berlín»; «Mujeres violadas delante de sus hijos y decapitaciones en el Congo»; «Usadas, abusadas y violadas: las mujeres explotadas en Siria a cambio de asistencia humanitaria».

### **La violencia contra las mujeres**

#### **es inherente al sistema patriarcal**

La violencia contra las mujeres es una violencia estructural, porque tiene su origen y se fundamenta en las normas y valores sociales y culturales que determinan el orden social patriarcal establecido desde hace miles de años, pero no viene determinada por la naturaleza humana.

Las agresiones contra las mujeres se ven como acontecimientos aislados, cuando en realidad están basadas en la desigualdad social entre mujeres y hombres, y en el control de los hombres sobre el otro sexo. El hombre debe aportar estabilidad, control, seguridad y orden, y la mujer ha de ofrecer obediencia y sumisión. En todos los casos de violencia contra las mujeres existe una actitud sociocultural que pretende, de forma consciente o inconsciente, perpetuar el papel asignado a hombres y mujeres por el poder patriarcal.

En general las agresiones, psicológicas o físicas, son continuadas en el tiempo, consiguiendo un aislamiento progresivo de las mujeres agredidas. La duración media antes de que la mujer presente denuncia es de siete años, aunque puede oscilar entre dos y veinte años. El objetivo a medio y largo plazo del agresor es asentar su posición de dominio o superioridad, oprimiendo a la víctima y presentándose como amenaza frente a futuras situaciones, de tal modo que la mujer se mantenga siempre en la misma posición de sometimiento y no intente escapar, ni pedir ayuda, ni recurrir también a la violencia.

## **Cuando el lenguaje hace invisible**

### **la violencia contra las mujeres**

El lenguaje colabora muchas veces con las intenciones del patriarcado. En las primeras definiciones, la violencia contra las mujeres recibió el nombre de «violencia doméstica», pese a que no son precisamente las paredes o los muebles de una casa los que agreden. Se trataba de una forma de esconder la realidad; una forma de encubrir al agresor a través del lenguaje.

Lo mismo ha ocurrido con la denominación «violencia de género». Al hablar de violencia de género, estamos diluyendo la realidad y el significado (motivaciones y objetivos) de la agresión a la mujer en el mar de la violencia interpersonal. Se trata de una violencia que realiza un hombre (género masculino) sobre la mujer (género femenino) con el objetivo de perpetuar una serie de roles y estereotipos creados con la finalidad de continuar con la situación de desigualdad, inferioridad y sumisión que tiene la mujer en nuestra sociedad y que es consustancial a los géneros. Con la palabra *género* se intenta encubrir una vez más al agresor, ya que parece que la violencia sea ejercida por algo que no tiene nombre y apellidos, ni historia, ni responsabilidad.

En sentido estricto, la violencia contra las mujeres no es una agresión contra el género femenino según el concepto de feminidad imperante en la sociedad patriarcal, sino más bien al contrario. Se trata de agredir y matar a las mujeres que no sigan las normas o el esquema de género, a las que no se comporten como se han de comportar, a las que no se mantengan sumisas o no acepten el patrocinio y la autoridad impuesta por el hombre. En cierta forma, la violencia contra las mujeres se practica para defender al género femenino tal y como ha sido concebido y creado por la sociedad androcéntrica. Para defender el poder del género masculino frente al femenino. Mata el poder y quien lo ejerce. Mata el deseo de poseer por encima del deseo de amar.

### **La detección de la violencia contra las mujeres**

#### **en el ámbito de la medicina ha sido una asignatura pendiente o invisible**

La violencia contra las mujeres se está haciendo cada día más visible, aunque sus orígenes se remontan al inicio del patriarcado. La posesión de la mujer como objeto sexual y criada doméstica se remonta más de cuatro mil años atrás. Las palizas, vejaciones y humillaciones constantes han sido consideradas como «normales» por muchas culturas, y así sigue ocurriendo en Asia, África o América Latina. En los llamados países desarrollados, y a pesar de que la ley prohíbe los malos tratos, el



creciente número de denuncias pone de manifiesto que continúa siendo una práctica habitual que puede acabar en muerte cuando se intenta abandonar la relación posesiva y destructiva.

### **Incremento de la mortalidad en todo el mundo**

En pleno siglo XXI, la mortalidad por violencia contra las mujeres se está incrementando en los países occidentales, y en especial, desde el año 1997, en España.

El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia elaboró un informe con datos del año 2000 evaluando los casos de mortalidad por cada millón de mujeres mayores de 14 años. Los resultados fueron los siguientes (se ha de tener en cuenta que estos datos solo evalúan muertes por violencia doméstica y no otros asesinatos de mujeres): Rumania: 21,6 casos por millón de mujeres; Finlandia: 8,6; Noruega: 6,5; Luxemburgo: 5,5; Dinamarca: 5,4; Suecia: 4,5; y España: 2,4. Sin embargo, en el año 2003, las cifras de mujeres asesinadas en manos de su pareja o de sus excompañeros en España se dobló. España es el país donde muere un mayor porcentaje de mujeres separadas o en proceso de separación. Durante el año 2001, el 67 % de las mujeres que murieron estaban en proceso de separación. En Canadá solo ocurre en un 27 %, y en Chile en un 17 %. Hay que tener en cuenta que en España no existe una red de servicios sociales potente que dé soporte a las mujeres que inician una separación o que presentan una denuncia.

### **Incremento de las denuncias**

Desde que la lucha de los movimientos de mujeres y sociales consiguió que se consideraran también como objeto de posible denuncia los malos tratos psicológicos y las amenazas, el crecimiento anual de las denuncias ha sido de más de un 10 %. En España se presentaron durante el año 2003 más de cincuenta mil denuncias, lo que supuso un crecimiento del 16 % respecto al año anterior. Este incremento pone de manifiesto que un mayor número de mujeres no acepta la sumisión ni la opresión que supone un atmósfera de convivencia basada en relaciones de poder y no de respeto, amor y tolerancia, pero también evidencia la crisis de los servicios de protección a las víctimas y la necesidad de incrementar la oferta de servicios sociales, psicológicos y jurídicos de soporte, apoyo y seguimiento a las mujeres que denuncian. La mortalidad se incrementa precisamente durante el periodo que va desde la denuncia hasta la sentencia de separación definitiva. La falta de servicios sociales, de centros de urgencia y de plazas de acogida para el apoyo y rehabilitación de las mujeres (junto con sus hijos) que lo necesiten hace que muchas de ellas, sobre todo en zonas rurales o con dificultades económicas, retiren las denuncias dos o tres días después de haberlas presentado.

La decisión de presentar denuncia se debe a veces a una agresión más violenta que en otras ocasiones o a que la mujer ve amenazada la vida y el bienestar de sus hijos. Solo en situaciones límite se atreve a salir del círculo vicioso de la violencia que hacía invisible su sufrimiento. El médico forense Miguel Lorente<sup>[25]</sup> ha relatado con minuciosidad cómo se comportan muchas mujeres que acuden a presentar la denuncia. A la pregunta de si su marido o su pareja les pega, muchas mujeres responden: «LO NORMAL, pero esta vez se ha pasado», para justificar que se presente delante del médico con graves heridas o fracturas. ¿Cuántos años de agresiones invisibles para la sociedad esconde esta sencilla frase? ¿Cuánto sufrimiento? Será difícil de comprobar. Desgraciadamente, en algunas culturas, la violencia física y psíquica ha formado parte de la vida cotidiana de muchas mujeres, que no podían ni imaginar una vida diferente.

### **La violencia contra las mujeres como**

#### **causa de muchas enfermedades permanece invisible para la medicina**

La violencia psicológica o física dilatada en el tiempo destruye lentamente los recursos físicos y morales de las personas que la sufren. Las primeras repercusiones se manifestarán a nivel conductual y cognitivo, con confusión mental, pérdida de memoria y de capacidad de concentración, olvidos frecuentes, pérdida de claridad al expresarse o cambio del orden de las palabras y frases.

A largo plazo se pueden manifestar estados de ansiedad y depresión, que son tratados con sedantes, lo que aumenta la indefensión de estas mujeres, que acuden a los servicios médicos para pedir ayuda para sus síntomas sin que ellas mismas sepan que sus dolencias son causadas por la situación que viven. Si la visita médica es rápida y no da espacio para profundizar y para que la mujer pueda expresarse a fondo por el poco tiempo que tienen los profesionales para realizarla, es más que probable que las causas de esta ansiedad o depresión permanezcan ocultas e invisibles para la medicina.

Otras mujeres acuden a la consulta con ahogos, vértigos, dolores de cabeza, ardores de estómago, diarreas, náuseas y vómitos, o dolores musculares y contracturas que incluso pueden ser confundidos con fibromialgia si no se hace una investigación dirigida. Dado que los abusos sistemáticos a mujeres casadas o que viven en pareja en Estados Unidos se estima que es de entre un 8 % y un 11 %<sup>[26]</sup> —aunque la American Medical Association estima que entre un 30 % y un 50 % de mujeres casadas han sufrido violación o vejaciones por parte de sus parejas por lo menos una vez en su vida— y que el actual número de denuncias solo representa la punta del iceberg (un 5 %) de los malos tratos reales, podemos afirmar que es posible que un 30 % de las mujeres que

acuden a la consulta médica por problemas psicosomáticos estén sometidas a malos tratos físicos o psicológicos.

### **La destrucción de la persona durante años causa daños profundos en la salud mental**

La violencia entre personas que conviven se puede ejercer por mecanismos sutiles que van minando lentamente las defensas y la autoestima. Aunque la violencia psicológica se puede ejercer tanto por hombres como por mujeres, es el sujeto de la pareja que no tiene recursos económicos, sociales o emocionales para alejarse del agresor el que sufre esta violencia como algo insoportable. Y, mayoritariamente, quien está en inferioridad de condiciones económicas y sociales es la mujer.

### **Las fases de la violencia**

La violencia se manifiesta a veces como formando parte de un proceso de destrucción sistemática del enemigo, y como tal batalla vamos a describirla, aunque naturalmente el proceso de la violencia sufre altibajos y pasa por fases de reconciliación (luna de miel), que sumen aún más a la víctima en la confusión cuando se rompen por cualquier circunstancia que no puede entender.

En la primera fase, el agresor **IMPIDE LA COMUNICACIÓN PARA MANTENER EL CONTROL Y LA SUPERIORIDAD**. Es la etapa de «desinformar al enemigo». En esta fase el agresor ignora a veces lo que ella le dice, tiene sordera selectiva, y olvida también selectivamente lo que él ha dicho. Revela lo menos posible de sí mismo, se hace adicto a Internet o al fútbol cuando ella lo necesita, no se responsabiliza en la casa, no hace planes conjuntamente, cambia de tema si ella insiste. Minimiza la incomunicación diciendo «eres una exagerada» o «tienes que aceptarme como soy; si no, es que no me quieres». La culpa de buscar pelea y le hace sentir que el problema es suyo por ser «demasiado sensible» y «sacarlo todo de quicio».

La víctima insiste en la comunicación, cree que el otro no la ha oído, piensa que es despistado o que sus aficiones y responsabilidades le absorben. Se siente irritada, confusa, sola y poco apoyada, pero piensa que la culpa es suya porque no se explica lo suficiente. Siente que algo va mal, pero no sabe qué es. Está cada vez más desconcertada y triste, y piensa que es una exagerada. Descubre que él no es así con sus amigos o jefes, pero en su confusión cree que es un «superhombre» y que debe tener razón cuando le exige que cambie de actitud.

En la segunda fase, el agresor quiere **DEMOSTRAR QUE ELLA ES INFERIOR Y ÉL SUPERIOR** (Cenicienta y Supermán). Es la etapa de «invadir el territorio enemigo

solapadamente». En esta fase el agresor intenta demostrar que la percepción que ella tiene de la realidad es falsa, y niega su versión compitiendo con ella cuando tiene una opinión propia, negando sus emociones y sus gustos («¿Cómo te puede gustar esto?») o afirmando categóricamente que su problema es que no tiene sentido del humor. La define como un ser inferior carente de cualidades. Le critica cómo cocina, cómo cuida a sus hijos, cómo va vestida. Si se arregla, la descalifica; si no se arregla, la avergüenza. Sabotea sus conversaciones con otros, distrayéndola o burlándose directamente de lo que dice.

Ella no se atreve a hablar. Está acobardada y se siente insegura de sus pensamientos y sus sentimientos. Cree que lo que va mal es ella, e intenta cambiar reprimiendo los sentimientos de rabia que le produce la situación, con lo que pierde capacidad de respuesta. Su autoestima está por los suelos y se siente incompetente en todo lo que hace. Por mucho que se esfuerce, nunca consigue la aprobación de él, que no la valora en nada. Teme la presencia de amigos o personas de fuera del núcleo familiar porque esta situación aumentará las descalificaciones y las agresiones haga lo que haga.

En la tercera fase, el agresor quiere **IMPEDIR QUE LA VÍCTIMA RECIBA INFORMACIÓN O AYUDA DEL EXTERIOR**. Es la etapa de «cercar al enemigo». En esta fase el agresor le hace perder las amistades, demostrando celos de cada amigo de ella o montándole broncas cada vez que sale con alguien. Le hace perder el trabajo o le impide trabajar, para crearle mayor dependencia y empobrecerla económica y socialmente. Le hace perder la familia, criticando cualquier relación que ella mantenga con sus familiares, aunque se muestra encantador cuando está con ellos. Le controla toda la vida: el dinero, las salidas e incluso las visitas al médico.

Ella se siente tan mal consigo misma que acepta progresivamente el aislamiento, porque no desea que la vean tal como está. Empieza a sentirse deprimida, a sufrir dolores en diversas partes del cuerpo; se ahoga, siente fobias y ganas de llorar sin saber por qué. Acepta la posibilidad de dejar su trabajo, ya que cree que no lo podrá realizar correctamente por culpa de su estado. No espera encontrar comprensión en su familia, sabe que le dirán que es una mujer y que debe aguantar. Vive míseramente, empieza a sentir miedo en todas partes y esconde su cuerpo. No puede casi hablar, y si visita al médico en esta etapa es muy probable que este confunda su estado con una depresión.

En la última fase el agresor pretende **DESTRUIR A LA VÍCTIMA**. Es la etapa en la que la crueldad verbal se hace extrema y se busca «acabar con el enemigo». En esta fase el agresor la insulta cruelmente, también delante de los hijos. Al cabo de unos minutos niega los insultos que acaba de proferir y la culpa de su cólera, diciéndole que se está volviendo loca. Ya no le habla como a una persona, solo le da órdenes.

Ella descubre la crueldad de él, se siente culpable y avergonzada. Los hijos no la respetan, y esto acaba de destruir la poca autoestima que le queda. Intenta someterse a los deseos de él, anticiparse a ellos. Empieza a pensar que para vivir así es mejor morir... O puede que empiece a pensar en denunciarlo.

Si en esta etapa recibe ayuda o la pide, puede que la desesperación le dé fuerzas para salir del círculo opresivo y del pozo sin fondo en el que se ve sumergida.

### **¿Cómo reconoce una mujer que está viviendo una situación de violencia?**

Identificar situaciones de violencia psicológica no es fácil, porque, como hemos visto en el apartado anterior, la destrucción psicológica de un ser humano puede durar mucho tiempo y genera tanta confusión que la misma víctima no sabe identificar qué es lo que le está pasando.

Existe un cuestionario, realizado por grupos de mujeres que atienden casos de malos tratos sistemáticos, que está sirviendo para identificar si se está ejerciendo violencia psicológica contra una mujer. Solo con que se conteste que sí a un punto ya se deberá investigar si existe realmente una situación de malos tratos. Con dos preguntas afirmativas, de las cuales al menos una debe pertenecer al grupo de preguntas 3-15, se puede ya afirmar que la mujer está sufriendo malos tratos psicológicos.

---

**Puedes contestar a las siguientes preguntas si sospechas  
que estás sufriendo malos tratos psicológicos:**

---

- 01 ¿Te dice continuamente que todo es de él porque es él quien gana el dinero?
- 
- 02 ¿Tienes que justificar cómo administras el dinero? ¿Te acusa de manirrota?
- 
- 03 ¿Te hace sentir tonta, inútil, débil, ignorante?
- 
- 04 ¿Te culpa de todo lo que sucede?
- 
- 05 ¿Te insulta, te grita, te da órdenes, te humilla o se burla de ti?
- 
- 06 ¿Nada le parece bien de lo que haces o dices?
- 
- 07 ¿Ignora tu presencia, no te habla o hace como si no existieses?
- 
- 08 ¿Te obliga a hacer sexualmente todo lo que él quiere?
- 
- 09 ¿No respeta ni satisface tus gustos?
- 
- 10 ¿Te sientes obligada a tener relaciones sexuales aunque no te apetezca?
- 
- 11 ¿Te llama frígida o puta, según las circunstancias?
- 
- 12 ¿Te impide ver a familiares, amigas o vecinas?
- 
- 13 ¿No le gusta que trabajes o estudies?
- 
- 14 ¿Amenaza con quitarte a los niños, con echarte de casa, pegarte o matarte?
- 
- 15 ¿Golpea o rompe cosas de la casa en medio de las discusiones?
- 

Si alguna mujer contesta más de tres preguntas afirmativamente debe pedir ayuda psicológica en los centros o puntos de atención a la mujer que muchos servicios sociales de los ayuntamientos han puesto a disposición de las mujeres y que están teniendo una alta demanda de consultas. Las informadoras y trabajadoras sociales preparadas aconsejarán atención jurídica o psicológica, según los problemas que detecten, y en los casos graves pueden derivar el caso a los servicios de la policía de atención a las víctimas.

**Interiorización de la violencia  
por la víctima de los malos tratos**

Una de las preguntas que se están haciendo los profesionales del ámbito jurídico, policial y médico, y que debería abrir nuevos caminos de reflexión, es cómo la mujer que ha sufrido malos tratos durante años percibe la violencia ejercida por su agresor. ¿Por qué ha aguantado tanto? ¿Por un amor mal entendido? ¿Por dependencia económica? ¿Por aislamiento social? ¿Por ausencia de alternativas? ¿Por falta de ayuda y de posibilidades de huida?

Luis Bonino señala que los «hombres que ejercen comportamientos abusivos» proceden con técnicas de acción u omisión de abuso y avasallamiento paulatino, degradando progresivamente a la víctima, hasta que esta, al final, se ve incapaz de defenderse o interioriza la indefensión y la resignación que ha visto en las mujeres de su familia. «La discriminación, ignorancia, desposesión, quebrantamiento, anulación y congelamiento de la identidad de las mujeres son los resultados comunes de esta estrategia, que puede terminar en su destrucción cuando el varón pierde la posibilidad de someterla».

**La violencia contra las mujeres  
es un problema de salud pública**

El incremento de muertes por violencia contra las mujeres en muchos países del mundo, entre ellos España, pone de manifiesto que en estos momentos existe en los países desarrollados mayor mortalidad por esta causa que por cáncer de cérvix. Además, el hecho de que muchas de las mujeres agredidas sufran graves secuelas de por vida — como dificultades para mantenerse por ellas mismas o tener que vivir en silla de ruedas cuando las lesiones han afectado a la zona medular, lo que produce una invalidez permanente de la que todavía no se conocen cifras cuantificadas— hace que la morbilidad relacionada con este tipo de violencia constituya un problema de salud pública, como ya ha sido aceptado en algunos Parlamentos de Centroamérica y en el de Cataluña.

Como problema de salud pública, deberían implementarse medidas para que se pueda realizar una prevención adecuada, tanto para detectar precozmente las situaciones de violencia en las consultas médicas, como para que la prevención y asistencia de las personas afectadas se haga de forma coordinada con los servicios sociales y con la policía de cada localidad. En este ámbito es muy importante la formación de todos los profesionales que van a formar parte del circuito de detección de la violencia. Es necesario, asimismo, desterrar la creencia en falsos mitos, como el que atribuye a las hormonas masculinas o al alcohol la agresividad, olvidando que el perfil más habitual del agresor es el de un varón «normal», tradicional, machista y misógino, como dice

Luis Bonino, que advierte además de la necesidad de revisar las falsas afirmaciones sobre la falta de habilidades o los problemas de relación del sexo masculino.

Cualquier muestra de superioridad respecto a las víctimas o de ejercicio de poder sobre ellas perpetúa la agresividad que han padecido y conlleva un falso análisis de la situación. Creer que las víctimas lo son por ser «tontas», «inferiores», «incultas» o incluso «ladinas» solo refuerza los insultos del agresor. El personal que participa en los procesos de atención a las víctimas requerirá formación en el análisis de las raíces profundas de la violencia y de los obstáculos que dificultan su reversión. Es necesario revisar las propias creencias respecto a las mujeres y sus relaciones interpersonales con los hombres. Los lugares comunes y los prejuicios enturbian a menudo las mentes y las opiniones de profesionales del mundo judicial, que acusan públicamente a las mujeres en general de hacer falsas denuncias, cuando a los movimientos feministas les ha costado más de veinte años conseguir que se le reconociera a la mujer el derecho a poder denunciar desde las primeras amenazas, vejaciones y humillaciones, aunque no hubiera delitos de sangre. La violencia simbólica se puede introducir en la mente de todas y todos, y es muy difícil hacerla visible. Al ser un problema social ampliamente enraizado y con graves consecuencias para la salud física y mental, debería ser considerado un problema de salud pública.

### **Cómo detectar la violencia desde la atención primaria**

Las y los profesionales de la sanidad, la psicología y el trabajo social tienen un importantísimo papel que jugar en la detección, atención y derivación adecuada de la víctima, evitando prolongar los malos tratos con una mala atención del sistema. La detección en los servicios de urgencias o cuando una mujer acude al espacio de visitas urgentes de los centros de atención primaria pasa por la concienciación de los profesionales de salud sobre la realidad de este problema. Durante muchos años, las mujeres alegaban caídas fortuitas por las escaleras o golpes contra algún mueble para justificar los cardenales o la rotura de algún hueso. Muchos médicos sospechaban otros problemas, pero no hacían la pregunta necesaria para ahorrarse complicaciones posteriores o para no provocarles más «problemas» a la víctima.

Es precisamente cuando la víctima acude a urgencias después de una paliza o una agresión que es más posible detectar la violencia oculta, pues la mujer está muy asustada y tiene miedo de volver a su casa. Este es el momento de ayudarla, orientándola o solicitando la intervención de la policía o del ministerio fiscal.



Pero la violencia doméstica es también un reto y un compromiso para los médicos de familia, que deberían detectarla precozmente en sus consultas. ¿Por qué no la detectan? En palabras de la doctora Carmen Fernández Alonso,<sup>[27]</sup> coordinadora del Grupo de Violencia Familiar de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, no lo detectan «porque las mujeres no lo dicen y hay muchas razones para su silencio, y porque los médicos no lo preguntamos por inseguridad, por no saber cómo hacerlo, por falta de tiempo, por sobrecarga, por miedo a ofender a la paciente, por los compromisos legales que puede suponer la notificación del caso o por falta de sensibilidad hacia el problema y los prejuicios hacia la mujer maltratada».

La atención primaria ha intentado abordar diversas estrategias para detectar las situaciones de violencia, desde cuestionarios específicos que deben ser rellenados por las usuarias antes de entrar en la consulta hasta abordajes por parte del personal de enfermería. El principal problema en atención primaria es el tiempo de consulta, que es escaso y poco adecuado para la intimidad y las confidencias. Ello hace más difícil dar el espacio necesario para que la mujer que ha recibido malos tratos pueda expresar sus problemas.

Es mejor preguntar que no hacerlo, aunque a veces una pregunta demasiado directa puede impedir que se abra un espacio de contacto y comunicación, y por descontado debe hacerse con la mujer sola o por lo menos sin la presencia de su pareja (que en determinada fase de la convivencia puede aparentar solicitud hacia los problemas de la mujer para confundirla más).

Me parece muy interesante, por lo que tiene de novedosa y eficaz, la experiencia de la doctora Imma Sala<sup>[28]</sup> y sus colaboradoras del Centro Municipal de Orientación y Planificación Familiar de Sant Boi de Llobregat, que después de plantearse la posibilidad de pasar un cuestionario con diez preguntas (que era demasiado engorroso para el poco tiempo del que disponían en la consulta), llegaron a la conclusión de que era preferible hacer pocas preguntas, pero que estas fueran claves.

Partiendo de la base, conocida por la bibliografía existente, de que las víctimas pueden presentar una conducta de indefensión aprendida por haber padecido malos tratos en la infancia y la adolescencia, se le pregunta a la paciente:

→ ¿Tus padres tienen, o han tenido, buenas relaciones entre ellos como pareja?

→ ¿Cómo calificarías tu relación con tus padres?

poner flecha ¿Y con tus hermanos?

Las mismas preguntas se le hacen en relación con su compañero.

En relación con la sexualidad se pregunta:

→ ¿Tus relaciones son consentidas?

→ ¿Tu compañero es celoso?

Con estas preguntas, realizadas con la actitud adecuada, quedaron sorprendidas del grado de aproximación a la existencia de malos tratos que obtuvieron. Comparando las primeras visitas atendidas en el año 2001 —cuando todavía no aplicaban esta metodología— con las del 2002, constataron que durante el primer año detectaron un 6,36 % de casos de malos tratos, y con la nueva metodología un 16,05 %.

Los profesionales de atención primaria deben ser conscientes de que los malos tratos existen y estar sensibilizados para detectarlos. Asimismo, deben existir protocolos de detección y circuitos de derivación adecuados.

### **Las secuelas de las que han padecido abusos sexuales**

Se ha estimado que en Norteamérica una de cada cuatro mujeres ha sufrido agresiones sexuales en la infancia y que una de cada cinco ha padecido un asalto sexual en la vida adulta. Las secuelas de los abusos sexuales afectan a muchas áreas de la vida de las personas, interfiriendo a largo plazo en las relaciones afectivas e interpersonales y causando alteraciones físicas, mentales y espirituales.<sup>[29]</sup> Las secuelas del abuso sexual se pueden manifestar como ansiedad, depresión, síntomas psicósomáticos, trastornos de la alimentación, hipocondría, disociación, disfunción sexual, dolor de espalda y dolor lumbar, fibromialgia, abuso de sustancias, automutilaciones, intentos de suicidio, victimización repetida, aumento de riesgo de enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida), dificultad en las relaciones interpersonales y trastornos de identidad y autoestima.

Estudios del equipo de la doctora Lucy Candib (Universidad de Massachusetts, Worcester) han demostrado que las pacientes con historia de abusos sexuales tienen más síntomas físicos y psiquiátricos, así como un mayor número de alteraciones en los cuestionarios de calidad de vida proporcionales a la gravedad y repetición de los abusos y agresiones. En estudios de prevalencia sobre personas con abusos sexuales que demandan asistencia por esta u otras causas en atención primaria se ha observado que entre un 16 % y un 40 % de mujeres habían sufrido algún tipo de victimización sexual

en la infancia, y que entre un 13 % y un 29 % habían sido violadas o habían sufrido intentos de violación en la vida adulta.

En todos los estudios se da soporte a la hipótesis de que existe relación entre la gravedad de los abusos sexuales y los síntomas físicos y mentales que han presentado las mujeres durante los años posteriores. Esta afectación incluye el malestar generalizado, que se expresa en la vida adulta como una profunda insatisfacción de la que es difícil conocer la causa. Son precisas a veces muchas entrevistas médicas que aumenten la confianza de la persona afectada para que, después de haber expresado toda su sintomatología física o mental, acabe explicando la historia de abusos o agresiones que había permanecido encerrada en su interior. Los profesionales de atención primaria deben ser sensibles a la posibilidad de antecedentes de abuso en sus pacientes, así como entablar interrogatorios sobre su historia pasada con rigor y delicadeza, para detectar estas situaciones cuando se encuentren delante de historias clínicas con una sintomatología compleja de la que no encuentren una causa clara. En los momentos actuales, a pesar de que una de cada cuatro mujeres puede haber padecido abusos sexuales, esta situación permanece invisible para la medicina.

### **El riesgo de presentar denuncia**

#### **si no hay unos servicios adecuados que ofrezcan apoyo y rehabilitación a las víctimas**

Es evidente que un momento delicado de la acción de los profesionales de salud es el de determinar cuándo una mujer está preparada para presentar una denuncia, lo que conlleva saber hacia dónde deben derivarla si han detectado malos tratos psicológicos y la mujer no sabe a dónde debe ir.

Si no existe un soporte social, jurídico, policial y asistencial es muy difícil que la mujer presente denuncia, por temor a una nueva agresión o por temor a lo que les pueda pasar a sus hijos. Por ello, la acción de los profesionales de la salud se ve muy facilitada si previamente se han adecuado circuitos de derivación de las mujeres afectadas según el grado de gravedad y las condiciones sociales. Si estos no existen, a veces es mejor realizar un acompañamiento de la mujer afectada hasta encontrar el momento adecuado para presentar la denuncia.

Si hay lesiones físicas es diferente, porque el médico tiene la obligación de hacer un parte de lesiones que será visto de oficio en los juzgados, por lo que en estos casos es mejor aconsejar a la mujer que presente la denuncia. En algunas ciudades, como Gerona o Barcelona, para evitar que la mujer sea doblemente victimizada por tener que explicar

varias veces su historia es el mismo médico forense el que se desplaza hasta el centro sanitario para reconocer las lesiones y evitar más daño psicológico a las víctimas.

El papel de los trabajadores y trabajadoras sociales es esencial en esta etapa, así como el de los ayuntamientos, adecuando pisos de urgencia para poder atender convenientemente a las mujeres y sus hijos después de una agresión, hasta que la víctima, con más calma y pudiendo ser asesorada por los servicios psicológicos, pueda tomar una decisión lo más libre posible.

### **La lucha contra la violencia hacia las mujeres debe implicar a toda la sociedad**

La ley contra la violencia de género aprobada por el Parlamento español durante el año 2005 es una de las más avanzadas del mundo en este ámbito, pero además de leyes se precisa una buena coordinación de la policía con la fiscalía, para ejecutar las órdenes de alejamiento y prevenir las agresiones; teléfonos especiales para pedir ayuda; casas o pisos de acogida para los momentos de emergencia y lugares de larga estancia que permitan recuperar la autoestima perdida, rehacer la moral y emprender una nueva vida.

Faltan también recursos económicos, pisos con alquileres bajos y formación profesional adaptada a las posibilidades de encontrar un trabajo digno.

Desde los diferentes departamentos de las instituciones de gobierno se deben establecer políticas de prevención y de rehabilitación de la víctima. Asimismo, la justicia debe encargarse de la rehabilitación del agresor en los casos en que sea posible. Son necesarias también políticas de sensibilización social en escuelas y centros cívicos, y entre profesionales de la sanidad, trabajadores sociales y la población en general. Aunque al principio el desarrollo de estas políticas pueda parecer estéril, porque las raíces de la violencia contra las mujeres están muy arraigadas en la cultura y en las mentes de algunos hombres, los elementos de cambio cultural solo podrán hacerse realidad con una implicación constante y sostenida de todos los estamentos de la sociedad.

### **¿Es la violencia contra las mujeres**

#### **un mal de nuestro tiempo?**

Aunque existen algunas personas que piensan que la violencia contra las mujeres forma parte de la naturaleza humana, creemos que esto no es así. Si las mujeres fueron diosas en tiempos pretéritos, cuando las poblaciones eran nómadas y compartían la vida y la

comida buscándola día a día, y cuando la maternidad era considerada una excelencia por permitir la reproducción de la especie, no creemos que las vejaciones y humillaciones pudieran formar parte habitual de la vida cotidiana.

El paso a la posesión de la tierra y las guerras tribales que generó alejaron a la mujer del poder y de los lugares de decisión, convirtiéndola en objeto de cambio, de trueque, de violación —para castigar a los enemigos—, o simplemente en objeto sexual para el mantenimiento de las casas y de las tierras. Las múltiples formas de violencia masculina ejercidas durante años, y la normalización de su ejercicio, han hecho confundir tanto los hechos reales que, incluso cuando se ha querido promulgar una ley que desarrollara una discriminación positiva hacia las que habían sido agredidas durante años, el poder mediático y cavernario de muchos varones, alentado por determinados grupos políticos, ha llegado a asegurar que los hombres están tan maltratados o discriminados como las mujeres. Afirmar que las relaciones se han mantenido en un plano de igualdad y que no hay necesidad de endurecer las penas del Código Penal porque todas las violencias son igual de malas es no haber entendido nada sobre las raíces de la violencia de género y es hacer aún más invisibles sus causas. Estas declaraciones se han hecho además partiendo de las mismas posiciones de poder que han justificado la violencia, y en algunos casos han sido realizadas también por mujeres feministas.

El inicio del patriarcado provocó el inicio de la violencia contra las mujeres, pero no está escrito en ninguna parte que esta situación deba durar para siempre, aunque, dada la gran cantidad de violencia simbólica y real que nuestras mentes y nuestros cuerpos han debido asimilar durante siglos, deberemos continuar profundizando en análisis como los que han hecho Esperanza Bosch y Victoria Ferrer,<sup>[30]</sup> dando voz a todas las invisibles que han sido silenciadas. El Código Penal no puede lograr cambios culturales, pero puede disuadir a algún asesino de perpetrar su acto, y dado que tanto en el norte como en el sur vivimos en países donde cada cinco días una mujer es asesinada por su expareja o su examante, toda mejora de mortalidad será bienvenida.

El sexismo sutil e invisible ha impregnado todos los campos, relaciones e instituciones de nuestra sociedad, así como la cultura de la mayoría de los pueblos, y no solo se ha concretado con la violencia en las relaciones de pareja. El sexismo cultural como forma sutil de violencia psicológica o social forma parte de las experiencias cotidianas de la mayoría de las mujeres. Y si las experiencias no se cuentan no se conocen. Se ha de agradecer por ello el trabajo de Laura Bates, con su proyecto sobre el sexismo cotidiano, que ha permitido recopilar más de 150.000 experiencias diarias sobre sexismo en múltiples momentos de la vida diaria. «La gente que nos discrimina, que nos grita por la calle, que nos mete mano en el trabajo, que nos ataca, que nos acosa y nos agrede son intimidadores. Y los intimidadores solo florecen en un ambiente donde sus víctimas

están debilitadas a causa del aislamiento».[31] Salir del aislamiento de las experiencias negativas es ya un paso positivo para iniciar el cambio cultural total sobre el sexismo, que la sociedad actual necesita en todos los ámbitos.

### **Violencia en la asistencia sanitaria**

En la asistencia sanitaria, la violencia se puede manifestar tanto en la no realización o la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (las causas en los aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales) como en el momento de la realización del acto médico o sanitario, ya que se pueden expresar estereotipos de género que minimicen la escucha de los problemas que plantean las pacientes, colaborando así en su victimización.

¿Qué violencias se establecen en la investigación biomédica? Por un lado, está el hecho de que continúen perpetuándose los estereotipos de género, tratando todo lo que se refiere a la mujer como inferior o poco importante, o silenciando las quejas o los síntomas que expresan en el mismo acto médico. Por otro lado, está el intento de controlar, manipular o introducir fármacos en el cuerpo de la mujer sin que haya evidencias científicas de que estos puedan producir mejoras en su salud.

Asimismo, la falta de mujeres en las cohortes de investigación de los principales estudios de mortalidad y de factores de riesgo de diferentes enfermedades (como las cardiovasculares o los distintos tipos de cáncer, no solo el de mama) produce ausencia de ciencia y, en cierto modo, ejerce una forma de violencia, como el no valorar las condiciones de vida y trabajo y la sobrecarga psicosocial. No se investigan de forma rigurosa todas las enfermedades que afectan prioritariamente a las mujeres, como tampoco los fármacos, las vacunas y las terapias preventivas que se les aplican.

Hemos podido analizar cuatro tipos de violencia en el acto médico sanitario que se ven favorecidos por los estereotipos de género. En primer lugar, la limitación de la comunicación, que hace más invisibles las quejas y los síntomas de las mujeres. En segundo lugar, la relación de superioridad e inferioridad mantenida durante todo el acto médico, que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo favorece la inferioridad). En tercer lugar, el aislamiento del exterior, por el que la mujer no puede tomar decisiones autónomas y por lo tanto se la puede poseer y controlar de forma más directa. Y, por último, la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, que pasa a ser una enferma o un enfermo en lugar de tener una enfermedad o de estar enfermo o enferma. Estas cuatro violencias se pueden comparar con las que se establecen en las relaciones de pareja, en las que también existe un

proceso de limitación de la comunicación, una relación de superioridad, el aislamiento del exterior y la destrucción de la persona, convirtiendo a un ser humano en una víctima que no puede tomar decisiones.

### **La percepción de las mujeres sobre el abuso en la asistencia sanitaria**

El abuso en la asistencia sanitaria es un aspecto bastante nuevo y resulta complicado de determinar. Han sido una vez más los países nórdicos, y en concreto Suecia, los que han tomado la delantera en este asunto. Desde hace años han emprendido el estudio de las relaciones en el acto médico, analizando los derechos de los pacientes a la autonomía personal, a la no perversión, a la justicia y a la integridad. La principal investigadora es Katarina Swahnberg, que ha trabajado en diversos cuestionarios para determinar cómo se ejercen las microviolencias en el acto médico y la percepción de las sensaciones de abuso en el mismo. En los estudios que ha realizado desde el año 2003 ha podido concluir que los abusos se presentan con una frecuencia del 24 % de casos en Dinamarca, del 25 % en Finlandia, del 28 % en Islandia, del 13 % en Noruega y del 20 % en Suecia.

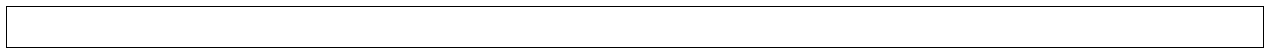
El NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ) encontró que un tercio de las pacientes que habían experimentado abusos en la asistencia sanitaria tenían antecedentes de abusos sexuales o físicos y emocionales durante la infancia, por lo que se podrían considerar revictimizadas. Pero los dos tercios restantes eran víctimas por primera vez, por lo que Katarina Swahnberg emprendió un estudio para hacer un mapa de la prevalencia de abusos y variables asociadas entre nuevas víctimas y pacientes revictimizadas. Para ello envió un cuestionario a cinco clínicas de ginecología. La tasa de respuesta fue del 77 %, involucrando a 3.641 mujeres. La prevalencia total de haber sentido abusos en la asistencia sanitaria a lo largo de toda la vida se situó entre un 13 % y un 28 %. Entre las nuevas víctimas, las variables asociadas fueron: alto nivel de educación, quejas físicas, síntomas de estrés postraumático y problemas de sueño. La pobre salud autopercibida se asoció fuertemente con abusos en los tres grupos de mujeres.

También desarrollaron un cuestionario sobre la violación de los principios éticos, para lo cual pusieron en marcha un estudio para saber cuántas mujeres habían sentido que se violaban los principios éticos cuando eran atendidas por los servicios sanitarios y qué relación tenían estas percepciones con los abusos descritos en el cuestionario de los abusos (NorAQ).

### **La violación de los principios éticos**

El estudio de las percepciones de las personas asistidas a partir del Violation of Ethical Principles study (ViolEP), que es un cuestionario que evalúa la violación de los principios éticos, detectó que la mayoría de las mujeres que contestaron a la encuesta (un 73 %) había experimentado que los profesionales sanitarios habían desobedecido algunos de los principios éticos, como la autonomía, la justicia, la integridad y el respeto sin perversión, que deben presidir siempre las relaciones sanitarias. Asimismo, la existencia de antecedentes personales de abusos sexuales, físicos o emocionales en la infancia se ha valorado como un factor de riesgo para ser victimizado en la asistencia sanitaria.

Las mujeres que contestaron al cuestionario relataban cotas más altas de sufrimiento en relación con la violación del principio de respeto físico y sexual, y el de integridad. Casi todas las mujeres que informaron abusos en la asistencia sanitaria habían percibido violaciones de los principios éticos. Pero unas ciento veinte mujeres que no habían puntuado en el cuestionario de abusos general dieron respuestas afirmativas cuando vieron que se trataba de la violación de principios éticos. Las pacientes no perciben como una violación de los principios éticos conductas que por frecuentes ya consideran «normales», como que no se las escuche en el acto médico o que no se les dé tiempo para considerar diversas opciones terapéuticas o exploratorias.



[22] Extracto de la canción «Malo», de la cantante española.

[23] Sau, V., *Ser mujer. El fin de una imagen tradicional*, Barcelona: Icaria, 1993.

[24] Bernal-Triviño, A., *No manipuléis el feminismo*, Barcelona: Espasa, 2019, p. 28.

[25] Lorente, M., *Mi marido me pega lo normal*, Barcelona: Crítica, 2001.

[26] Plichta, S. B. y C. S. Weisman, «Spouse or partner abuse, use of health services, and unmet need for medical care in U.S. women», *Journal of Women's Health*, 4(1), 1995, pp. 45-53.

[27] Fernández Alonso, M. C., «Violencia doméstica: reto y compromiso para el médico de familia», *Atención Primaria*, 32(4), 2003, pp. 193-194.

[28] Sala, I., R. Ros y O. Mosteiro, «Detección del maltrato familiar e intradoméstico mediante la anamnesis», *La salud de las mujeres: IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, Instituto de la Mujer, 39, 2003, pp. 44-46.

[29] Dickinson, L. M., F. V. deGruy, W. P. Dickinson y L. M. Candib, «Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse in primary care», *Archives of Family Medicine*, 8, 1999, pp. 35-43.



[30] Bosch, E. y V. A. Ferrer, *La voz de las invisibles*, Madrid: Cátedra, 2002.

[31] Bates, L., *Sexismo cotidiano*, Madrid: Capitán Swing, 2017, p. 318.

**La sexualidad invisible bajo siete velos** *La sexualidad de la mujer está muy unida a la afectividad, al amar y sentirse amada, tanto si son mujeres de prácticas heterosexuales como lesbianas.*

FINA SANZ<sup>[32]</sup>

*Las mujeres con las que he estado me besan, y yo a ellas; nos abrazamos y nos tocamos con suavidad. El mero hecho de juntar nuestros cuerpos y sentir su calor hace que arda toda yo. Una mujer se sentaba sobre mi pelvis, dándome la espalda, y me estimulaba la vagina y el clítoris con los dedos, con mucha suavidad, lentamente y sin preocuparse en absoluto por si me excitaba o no, sino más como una exploración, lo cual me daba a mí la libertad de tomarme mi tiempo y hacer lo mismo.*

Testimonio de UNA MUJER<sup>[33]</sup>

*Ya sabemos que hay mucho idiota o ignorante suelto que aún piensa que la mujer que necesita estimularse con la mano (o con lo que sea) mientras realiza el coito es sexualmente inmadura, porque el mito del orgasmo maduro que se inventó Freud ha asentado sus reales en nuestra sociedad hasta adquirir la categoría de verdad revelada.*

*Se nos ocurren varias razones para la glorificación del mito: la preferencia masculina por la penetración; la consideración del pene, en una cultura androcéntrica, como el elemento central y obligatorio del sexo o el miedo de algunos hombres que temen llegar a ser sexualmente prescindibles cuando las mujeres descubran que las trancas y/o las barrancas no son tan importantes como a ellas les habían hecho creer. Pero (repetimos por enésima vez) el sexo no está en el cuerpo, sino en la cabeza, de la misma manera que la belleza reside en el interior, y ningún hombre es prescindible para la mujer que lo quiera.*

LUCÍA ETXEBARRIA<sup>[34]</sup>

**La sexualidad manipulada ¿Qué no se ha dicho sobre esta sociedad burguesa, hipócrita, pudibunda, avara de sus placeres, empeñada en no reconocerlos ni nombrarlos? ¿Qué no se ha dicho sobre la pesada herencia que ha recibido del cristianismo el sexo-pecado? ¿Y sobre la manera como el siglo XIX ha utilizado esta herencia con fines económicos: el trabajo antes que el placer, la reproducción de las fuerzas antes que el puro gasto de energías? ¿Y si todo esto no fuera lo esencial? ¿Y si hubiera en el centro de la política del sexo unos mecanismos muy diferentes, no de rechazo y ocultación sino de incitación? ¿Y si el poder no tuviera como función esencial decir no, prohibir y castigar, sino ligar según una espiral indefinida la coerción, el placer y la verdad?**<sup>[35]</sup>

MICHAEL FOUCAULT

Así como Michel Foucault ha hecho de toda su obra una máquina para interrogar a nuestra cultura, es necesario abrir una reflexión profunda acerca de la sexualidad, y sobre todo de la sexualidad femenina, que ha permanecido invisible, manipulada y tergiversada a lo largo de los tiempos, desconocida para las propias mujeres y explicada y manoseada por un mundo de hombres que creían que *su* sexualidad era y es el único modelo de dar y recibir placer. También para los hombres ha permanecido oculta la razón por la que han despertado tanto interés todos los aspectos relativos a la sexualidad desde principios del siglo XVI, como si nunca antes los hombres y mujeres hubieran tenido sexo o lo hubieran utilizado.

La *Historia de la sexualidad* de Foucault nos habla de cómo la sociedad occidental se dedicó a registrar «científicamente» sus placeres, convirtiendo en ciencia sexual lo que en la época griega podría ser el arte erótico. La sexualidad se convirtió así en una serie de normas sobre «lo prohibido» para hacer invisible el placer o para encontrar placer en saber sobre él o en reprimirlo. Cada vez de forma más íntima, el discurso sobre la sexualidad se mezcla con el discurso del poder. El Estado ejerce de administrador de los cuerpos, y las reglas sociales de la sociedad victoriana y las reglas pastorales de todas las iglesias intentan limitar los placeres del cuerpo, mientras al mismo tiempo desean escuchar y repetir hasta los más íntimos detalles en los confesionarios o en las consultas de los analistas.

«Lo propio de las sociedades modernas —explica Foucault en 1976— no es que hayan obligado al sexo a permanecer en la sombra, sino que ellas se hayan destinado a hablar del sexo siempre, haciéndolo valer, poniéndolo de relieve como *el* secreto. Hace ya varios cientos de años, fue colocado en el centro de una formidable *petición de saber*. Petición doble, pues estamos constreñidos a saber qué pasa con él, mientras se sospecha que él sabe qué es lo que pasa con nosotros».

Desde el confesionario hasta el diván del analista, la sexualidad, ya sea para reprimirla o para ensalzarla, se convierte en el eje de todos los discursos. ¿Pero qué sexualidad? ¿Acaso nadie piensa que haya una o varias formas de vivirla? ¿Acaso alguien puede pensar que la sexualidad de las mujeres podría tener condicionantes, vivencias y sensaciones diferentes a la masculina? ¿La sexualidad masculina se reduce tan solo a la manipulación de sus genitales?

La sexualidad femenina, la gran desconocida, ha permanecido invisible, normativizada, encerrada o envuelta y disimulada bajo siete velos. Ni las danzas más eróticas han logrado desvelar su profunda invisibilidad. La sexualidad de las mujeres ha permanecido oculta durante siglos para ellas mismas y, por descontado, para el mundo

de hombres y de científicos que pretendían conocerla, «explicarla», «estimularla» y ponerle normas con el fin de «adecuarla» a la sexualidad masculina.

### **Cuando el cuerpo de la mujer**

**se hace invisible para ella misma No sabemos la percepción que de su cuerpo tenían las mujeres de la antigüedad, aunque disponemos de la pista que nos ofrecen las esculturas antiguas, incluso las de la época neolítica, tanto de las regiones europeas como las encontradas en la zona de México. Su cuerpo tiene dos claras manifestaciones: los caracteres sexuales secundarios, con mamas y vulva ostensibles y claras, y la expresión del embarazo, con barrigas hinchadas y grandes pechos colgando.**

El cuerpo mostrado por el imaginario colectivo era el cuerpo real que cumplía las funciones fisiológicas de la preparación para la reproducción y para el parto. Todavía es un cuerpo que vive cambios de forma inconsciente, pero en armonía con las funciones fisiológicas para las que estaba preparado.

Cuando los pueblos empezaron a guerrear, los cuerpos de las mujeres se convirtieron en moneda de trueque o instrumentos de guerra, pues al violarlas se infringía más daño a los enemigos. En aquel entonces, y también durante la Edad Media, la belleza física era un elemento de riesgo de ser compradas como esclavas o poseídas como botín de guerra.

Durante siglos, y sin comprender todavía por qué tenían la menstruación o por qué su cuerpo estaba unido a la reproducción, algunas mujeres sabias estudiaron el arte de las plantas medicinales y el influjo benéfico hormonal que estas podían ejercer. Seguramente, estas mujeres empezaron a entender sus cuerpos y los principios de la farmacopea, pero la mayoría fueron quemadas como brujas, por lo que sus conocimientos no llegaron a la nueva generación.

Huérfanas de información, las mujeres que vivieron durante el siglo XIX experimentaron el principio del alejamiento sistemático de sus cuerpos y de sus vivencias. La «medicina oficial», absolutamente androcéntrica, no entendió ni sus síntomas ni sus malestares. Sin posibilidad de expresar sus deseos y su sexualidad ni de verbalizar lo que les ocurría, porque los profesionales no las escuchaban, concentraron en su cuerpo toda la energía que no podían expresar. Los denominados ataques de histeria fueron la primera manifestación corporal de los bloqueos emocionales y del sufrimiento concentrado en sus cuerpos. El cuerpo se volvía rígido y la espalda sufría una contractura en arco, con la cabeza y las extremidades formando las dos puntas.

La razón por la que los primeros psiquiatras lo denominaron histeria solo se explica por el predominio femenino de quien lo padecía. De hecho, *histerus* es «útero» en latín. Pero la denominación ha fructificado tanto que durante años se utilizó para cualquier manifestación que se escapara de las «normas establecidas», y aun ahora las mujeres se califican a sí mismas de histéricas cuando simplemente están agobiadas por todos los trabajos que deben realizar o por tener que seguir los modelos físicos y sociales que les quieren imponer. Michel Foucault analizó el proceso de histerización del cuerpo de la mujer: Triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado —calificado y descalificado— como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la Madre, con su imagen negativa que es la «mujer nerviosa», constituye la forma más visible de esta histerización.[\[36\]](#)

**La mutilación genital: arrancar el placer** Se calcula que 120 millones de mujeres en el mundo han sufrido una mutilación genital, y la ONU advierte de que dos millones de niñas corren el riesgo de ser sometidas a este ritual, principalmente en veintiocho países de África. La mutilación genital no tiene para la antropóloga Adriana Kaplan un origen religioso, sino un sentido ritual cuya tradición se remonta a la época faraónica. Existen varios tipos de mutilación: el tipo 1, en que se extirpa solo el clítoris; el tipo 2, en que se realiza la ablación del clítoris y los labios menores; y el tipo 3, donde la agresión de la infibulación es más extensa y se cose además con espinos. Estos tipos de mutilación tienen graves consecuencias a corto plazo por las infecciones que se producen, ya que se realizan en la casa, con material sucio y en condiciones de higiene pésimas. Además, las que sobreviven tienen graves problemas, tanto para las relaciones sexuales como para, en el caso del tipo 3, dar a luz, pues en el momento del parto sufren desgarros y hemorragias, y después fístulas que supuran y sangran durante años.

¿Cómo una agresión ancestral puede continuar aplicándose en nuestros días? La fuerza de la tradición y la ignorancia, así como la sumisión de las mujeres a las leyes de los poblados, ha hecho muy difícil incluso la información sobre el tema. Existen en la actualidad muchos grupos de mujeres trabajando en los pueblos y promoviendo debates entre los jefes de las tribus. En el Fórum Universal de las Culturas de Barcelona, mujeres de veinte países se comprometieron a conseguir leyes de sus respectivos Gobiernos para erradicar esta práctica. Convencidas de que las leyes solas no cambiarán las costumbres, muchas de ellas han denunciado públicamente que fueron mutiladas,

contribuyendo a hacer visible una agresión ancestral basada en el control de la sexualidad de las mujeres de una forma sangrante y agresiva, pero sumamente eficaz. Siglos antes de que la ciencia lo reconociera como posible fuente de placer, ya se extirpaba el clítoris, junto a los labios vaginales, como símbolo de una sociedad en la que solo el falo podía sentir placer.

La mutilación de las mujeres africanas y de algunos países de Oriente Medio ha supuesto para ellas la extirpación traumática de sus centros físicos de placer, pero, como veremos a continuación, en el mundo denominado «desarrollado» las mujeres han sido acosadas, violentadas y discriminadas para extirpar de sus mentes su «clítoris mental», o sea, cualquier tipo de deseo o pensamiento que pudiera relacionar su cuerpo con el placer.

### La sexualidad de las mujeres

**bajo siete velos: frías o putas La sexualidad femenina, desconocida hasta para las propias mujeres, fue controlada, diagnosticada y catalogada en la última mitad del siglo XIX y en la primera del siglo XX. Un gran dispositivo ideológico, apoyado por médicos, psiquiatras y pedagogos, estableció una serie de normas que oscurecieron todavía más la sexualidad femenina y complicaron la posibilidad de la visibilización y el reconocimiento.**

Para algunos libros de ginecología, como el del doctor Botella, que circulaba por la universidad española de la década de 1960, la mujer era fría por naturaleza y no podía sentir ningún tipo de placer. Por lo tanto, la anorgasmia era un «estado natural» de las mujeres. Según este ginecólogo, las mujeres que sentían algún tipo de placer en el acto sexual tenían una alteración endocrina, con un incremento de la hormona masculina (testosterona) circulante. Precisamente el hecho de tener hormona masculina es lo que les permitía sentir algo de placer en el clítoris, ya que solo con las hormonas femeninas no podían sentir nada. Como podemos ver, la «ciencia» introducía aún más velos para el conocimiento de la sexualidad femenina.

Freud también colaboró —¿de forma inconsciente?— en el oscurecimiento de la sexualidad femenina sacralizando el orgasmo vaginal como el único orgasmo «maduro que se podía tener» o centrándose en la envidia o la carencia del pene como centro de los conflictos inconscientes. De una u otra forma, el falo estaba presente en el cerebro femenino.

Esta falsa verdad asumió durante la segunda mitad del siglo XX categoría de «verdad revelada», como nos dice Lucía Etxebarria al inicio de este capítulo. Muchas mujeres

que iniciaron el descubrimiento de su sexualidad en las décadas de 1950 y 1960 acudieron angustiadas a las consultas de los psiquiatras y psicólogos por no conseguir el orgasmo con la penetración. A partir de este momento, un segundo control ideológico se ejerció sobre la sexualidad femenina. El orgasmo debía ser vaginal, de lo contrario la mujer era inmadura o tenía problemas no resueltos que merecían una exploración a fondo. La sexualidad femenina entró en el camino de hacerse invisible por medio de la psicologización o psiquiatrización de las sensaciones y de los sentimientos.

En un tercer intento de invisibilización, todas las mujeres que sí sentían algo y que deseaban tener relaciones sexuales, ya fuera con personas del mismo sexo o del contrario, fueron consideradas por algunas religiones y por ciertas normas sociales casi como prostitutas. Según el pensamiento dominante de la segunda mitad del siglo XX, las mujeres «normales» no podían tener deseo propio, debían adaptarse al deseo de sus parejas. Si las mujeres «normales» eran frías, las que tenían deseo sexual no podían ser más que putas. Así calificaban muchas madres a sus hijas cuando estas llegaban tarde por la noche después de una fiesta. Y lo que es peor: así se calificaron muchas mujeres a sí mismas cuando su sexualidad y sus deseos no se correspondían con los de sus amigas o los de su entorno personal. Las mujeres han vivido durante años una verdadera manipulación de su sexualidad, sobre todo las que hacían caso a las corrientes culturales dominantes y no a sus propios impulsos y deseos.

Algunas mujeres, a pesar de sentir deseo, tenían dificultades para llegar al orgasmo, en ocasiones después de haber mantenido relaciones placenteras durante algún tiempo. ¿Existen problemas biológicos que puedan interferir en la sexualidad?

**Disfunciones sexuales femeninas Los datos existentes muestran que la sexualidad femenina es más complicada, a nivel biológico, que la de los varones; se desarrolla de manera más difusa y se activa mediante claves que le son propias. La utilización, durante mucho tiempo, del funcionamiento sexual del varón como el patrón regulador normativo ha traído como resultado una visión de la sexualidad femenina más empobrecida y disfuncional.<sup>[37]</sup>**

MARÍA JOSÉ CARRASCO

Las disfunciones más frecuentes son la falta de deseo, el deseo escaso o hipoactivo y la disfunción orgásmica. Hay que tener en cuenta que algunas enfermedades médicas, algunos medicamentos o simplemente el cansancio pueden producir falta de libido o disfunción orgásmica. Las cifras pueden oscilar entre un 12 % y un 35 %, en función de lo que cada estudio entienda por disfunción.

Entre las enfermedades que afectan al funcionamiento sexual están la diabetes mellitus, alteraciones de la función tiroidea, artritis, esclerosis múltiple, lesiones medulares. Entre las que pueden producir dispareunia (dolor en el momento de la penetración) están: vaginitis atrófica, vulvodinia por infecciones o ingesta de antibióticos, endometriosis e infecciones vaginales por tricomonas, candidas o infección de las glándulas de Bartholino (bartolinitis).

Entre los medicamentos que inhiben el deseo sexual están los anticonceptivos hormonales, los sedantes, los antidepresivos (en especial los que inhiben la recaptación de la serotonina), los antihipertensivos (sobre todo los que afectan a la dopamina) y los antihistamínicos utilizados para combatir los síntomas de alergia. Algunos antibióticos de amplio espectro favorecen la presencia de micosis en la vagina y pueden provocar vaginismo y dispareunia.

Como explica María José Carrasco, en las disfunciones sexuales, además de los factores biológicos siempre hay que estudiar los factores psicológicos y sociales, enmarcando la situación en la etapa vital de la mujer (embarazo, lactancia o menopausia). Entre los factores psicológicos que predisponen a la disfunción encontramos los mensajes negativos sobre la sexualidad, los antecedentes de abusos sexuales, un clima familiar sin afectividad o la información sexual inadecuada y aversiva. Y entre los factores precipitantes están las experiencias traumáticas, las situaciones de estrés, el cansancio, trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión, el miedo a perder el control, la infertilidad o el rechazo del propio cuerpo.

La intensa búsqueda de una posible viagra para las mujeres ha fracasado en cada nuevo intento, pero este fracaso reconfigura las concepciones sobre qué es la disfunción sexual femenina. Marta I. González García, profesora de Filosofía de la Ciencia y Tecnología de la Universidad de Oviedo, relata este proceso y su significado en su libro *La medicalización del sexo. El viagra femenino*. En él concluye que «los intentos de biomedicalización de la sexualidad femenina, lejos de ofrecer respuestas convincentes a la pregunta del deseo de las mujeres, confirman una vez más la iluminadora idea de Kate Millet: lo personal sigue siendo político».<sup>[38]</sup>

El abordaje de las disfunciones sexuales femeninas debe hacerse, como en el caso de las masculinas, con un enfoque pluridimensional y multidisciplinar en el que se evalúen los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y se exploren los conflictos entre las parejas y los conflictos con la expresión de la propia sexualidad.

**El cuerpo como elemento de comunicación Los seres humanos han vivido muchos más años fuera de su cuerpo —pendientes de su apariencia, de sus posesiones y de su**



**poder— que en contacto con su interior. Pero todo lo que vemos, olemos y tocamos lo hacemos a través del cuerpo que poseemos. Cuando hablo del cuerpo lo hago uniendo de forma indisoluble la mente, la energía y nuestra expresión física con todos los funcionamientos sutiles de nuestras células.**

Algunos pensadores han creído que podían pensar «sin tener en cuenta su cuerpo», ignorando que sus pensamientos han sido condicionados por sus potencias o sus miserias físicas y psíquicas. La mente puede condicionar el cuerpo, pero el cuerpo también puede hacer lo mismo con la mente. Vivir ajenos al propio cuerpo —actitud muy propia del sexo masculino en el mundo competitivo occidental— predispone a las enfermedades y a la muerte, porque hace que no se adopten métodos preventivos. El hecho de que los genitales masculinos sean externos ha inducido a pensar a algunos hombres que su sexualidad está unida solo a la apariencia, la agresión y la penetración.

Para las mujeres, la relación con el propio cuerpo está presente desde la adolescencia a través del ciclo menstrual: aunque tengan tendencia a alejarse de él, la aparición de la menstruación les recuerda cada mes que su cuerpo está unido al proceso de la reproducción. Pero su imaginario ha quedado demasiado supeditado a esa función, y sus vivencias demasiado marcadas por el cuidado de los enfermos y los niños, la infinitud de comidas que han preparado a lo largo de siglos y el cansancio resultante de todo ello. Muchas mujeres no sienten todavía su cuerpo unido al deseo, al placer y a la sexualidad. Los abandonan o deciden vivir fuera de ellos, «como los hombres», porque resulta muy pesado vivir en contacto con su interior. Empiezan a fumar y beber «como ellos», esperando que estas adicciones les den fuerza y les permitan olvidarse de sus cuerpos y de sus problemas. No se dan cuenta de que solo viviendo a flor de piel, en el umbral que separa nuestro yo interno de nuestro yo exterior, podemos mantener la conexión necesaria para construir un cuerpo y una mente llenos de energía, que recarguen sus pilas a diario y que no se vean debilitados por adicciones indeseables.

Sin la vitalidad personal que da lugar al deseo no es posible experimentar el placer de los sentidos ni una sexualidad plena. Pero si el cuerpo se mantiene invisible incluso para las propias mujeres, difícilmente estas podrán plantearse vivir plenamente su sexualidad.

**El erotismo y la sexualidad femenina Todos los expertos y expertas en temas de sexualidad están de acuerdo en que la sexualidad femenina, en estos momentos históricos, es mucho más compleja que la masculina. Para el psicoanalista Jacques Lacan, simplemente «no se puede conocer». Sin embargo, existen algunas mujeres que se han atrevido a descubrir uno de los siete velos que todavía la cubren.**

Para la psicóloga Fina Sanz, «una de las características más relevantes que se aprecian en la erótica femenina es su *corporalidad o globalidad*, frente a la genitalización masculina. Estos dos conceptos expresan formas de percibir las sensaciones corporales, aunque pueden extenderse más allá de lo que se entiende por sexual. Supone también una mirada al exterior, una visión del mundo a partir de las propias vivencias e incluso una cierta estructuración mental».[\[39\]](#)

Si la mujer percibe las sensaciones corporales de forma diferente al hombre, ¿se debe a que biológicamente sus sentidos tienen una sensibilidad diferente, como expliqué en el libro *Mujeres y hombres. Salud y diferencias?*[\[40\]](#) Dado que el placer y el deseo sexual se producen en el cerebro, ¿es la diferencia neurológica entre el cerebro masculino y femenino, con muchas más conexiones entre los dos hemisferios en las mujeres, la que hace que sientan de forma diferente?

Masters y Johnson fueron la pareja de psiquiatras americanos que describió anatómica y funcionalmente qué pasaba en el orgasmo femenino y masculino. Constataron que el orgasmo femenino, después de la excitación, tenía una fase de meseta mucho más larga que el masculino, hasta acabar en las pulsiones orgásmicas. Pero además descubrieron que la mujer era capaz de tener varios orgasmos seguidos durante una relación. La mujer multiorgásmica suponía un buen contraste para los que habían considerado que las mujeres eran frías.

Durante la década de 1970 se empezó a decir también que «no había mujeres frías, sino hombres inexpertos», como si el placer solo dependiera de habilidades técnicas o de posturas más o menos complicadas durante el coito. Proliferaron gran cantidad de libros y de artículos sobre técnicas sexuales modernas y afrodisíacos. Sin embargo, estoy de acuerdo con Fina Sanz[\[41\]](#) cuando dice que «la capacidad de placer depende de la disponibilidad personal más que del virtuosismo ajeno». Es fácil culpabilizar a las parejas, ya sean hombres o mujeres, cuando no hay deseo propio ni disponibilidad. Las mujeres necesitan que la relación sexual se acompañe de una cierta afectividad, o como mínimo que no sea impuesta por el dominio del OTRO, sino que nazca del deseo mutuo.

Hace más de ciento diez años, una mujer se atrevió a iniciar el recorrido de la exploración sobre el propio erotismo, constatando que en las mujeres los actos que realizan no pueden ir disociados de lo que sienten y piensan. Me refiero a Lou Andreas-Salomé,[\[42\]](#) que en 1900 escribía: «En la mujer, ser y obrar coinciden, y todas las acciones individuales no son sino un sereno y satisfecho acto de ser en sí mismo, y así, para la mujer en la vida cuenta lo que es, no ya lo que hace». Y continúa: En esa diferencia de los sexos radica y se oculta un singular doble aspecto de su relación que convierte a la

mujer a la vez en dependiente y en independiente del hombre, como lo es él de ella. La mujer es por ello el ser humano más físico de ambos, pues vive mucho más inmediatamente ligada a su propia *phycis* y en ella se evidencia más claramente que en él el fin último de un hecho que también es válido para él: que toda la vida, incluso la vida espiritual, no es más que una floración, transformada y refinada de la gran raíz del existir sexualmente condicionado, una sexualidad sublimada, por así decirlo. Y justamente por ello la vida sexual en la mujer aparece en su pleno sentido físico, no como un simple impulso aislado, sino como algo que lo penetra y anima todo, que se identifica con las manifestaciones totales de la mujer y precisamente por ello no se muestra tan localizado, especializado en su empuje como ocurre en el hombre.

Quizás esta apreciación sea muy idealista para el mundo actual, que ha querido separar totalmente sexualidad y afectividad, pero, en todo caso, abre un camino a la exploración personal del propio deseo y no invisibiliza ninguna de las sensaciones y pulsiones que sienten muchas mujeres a la hora de expresar su deseo sexual. Creo que el estudio sobre las experiencias sexuales de mujeres mayores realizado por Anna Freixas<sup>[43]</sup> rompe invisibilidades y confirma que muchas mujeres viven con calidad su sexualidad a todas las edades. Las respuestas de las más de setecientas mujeres encuestadas demuestran que hay una erótica de las mujeres en la posmenopausia. Sin normas, sin reglas y con libertad.

### **La dependencia amorosa**

#### **como mordaza del propio placer**

Leemos ya en *El arte de amar*, de Ovidio,<sup>[44]</sup> que «la mujer no sabe resistir las llamas ni las flechas crueles de Cupido; flechas que, a mi juicio, hieren menos hondas en el corazón del hombre. Este engaña muchas veces; las tiernas muchachas, si las estudias, verás que son pérfidas muy pocas».

La vivencia de la experiencia amorosa es diferente para mujeres y hombres, ¿pero el hecho de que el amor y la afectividad jueguen un papel central en la vida de las mujeres es algo esencial o tan solo cultural? ¿Es algo beneficioso para su salud física y mental y para el desarrollo de su sexualidad?

La dependencia amorosa actúa muchas veces como un velo que oprime la sexualidad femenina. Para Ana Távora Rivero, psiquiatra del equipo de Salud Mental de Santa Fe (Granada) que trabaja con grupos de mujeres: «Las mujeres aprendemos que lo importante es que nos quieran, y, en mayor o menor medida, cada una hacemos nuestro este mandato, aplicándolo de una forma más legitimada o menos, pero en definitiva

pensando que si tu marido, tu jefa, tus pacientes o tus amigas no te quieren, tú no vales, no eres [...]. Las mujeres más *modernas o emancipadas* nos encontramos claramente con el conflicto entre atender a tu proceso de individualización, del que tienes clara conciencia, y el miedo a quedarte sola. Muchos hombres siguen queriendo mujeres que den prioridad a la relación con ellos y que estén dispuestas a renunciar a ellas mismas para estar pendientes de reforzarlos en su debilidad, de explicarles sus emociones o de completarlos funcionalmente. De forma que por momentos la relación te pone ante la decisión de elegir entre tu desarrollo como sujeto o la renuncia a este proceso por permanecer con el otro».

Esta es una de las trampas que genera el deseo de afectividad en muchas mujeres. ¿Es mejor vivir sola que mal acompañada o sin una afectividad que se corresponda con la que tú ofreces? El miedo a la soledad, que muchas mujeres arguyen para continuar en relaciones de pareja que son abusivas y destructivas para ellas, es en realidad una trampa, porque muchas convienen en afirmar que están profundamente solas aunque estén aparentemente acompañadas, ya que sus parejas ni las entienden, ni las atienden, ni las escuchan. En muchos casos ni tan solo les hablan.

La malograda Carmen Alborch, en su libro *Solas*,<sup>[45]</sup> nos hablaba de los gozos y las sombras de una manera de vivir con amistades, con proyectos, pero solas en el ámbito personal y doméstico. En algunos casos, después de una separación dolorosa y alienante, el miedo a perder la independencia va acompañado del miedo a un nuevo vínculo amoroso. Pero otras mujeres, a las que se les cae la casa encima a las siete de la tarde, harían cualquier cosa para no estar solas, aunque fuera a través de una relación pobre y mezquina. Pero si escarbamos en el fondo de todas, el verdadero miedo es a la incomunicación. «La existencia no está amenazada por el aislamiento, sino por ciertas formas de comunicación empobrecedoras y alienantes».

Para un «yo en relación», como Baker Miller<sup>[46]</sup> define la psicología femenina, es mejor estar sola que mal acompañada, porque sola puedes decidir si entras o sales, si contactas, si te relacionas o no. Si estás mal acompañada no existe libertad ni autonomía para tomar decisiones. Si estás mal acompañada no tienes deseos, ni fantasías, ni erotismo. Para sentir placer, los cuerpos y las mentes han de ser lo más autónomos posible: toda dependencia mata de raíz las fuentes del deseo y del placer.

**El amor y las relaciones afectivas Para muchas mujeres, cansadas de haber amado demasiado, la renuncia al sexo y al amor supone una salida momentánea, pues al vivir en un desierto de afectividad su deseo se ha atrofiado.**

Incluso entre mujeres profesionales o políticas es poco habitual que se hable de amor o de relaciones. En cambio, es frecuente que en las cenas de negocios los hombres comenten sus proezas sexuales y propongan «acabar bien la fiesta» acudiendo a una prostituta. Véase como terminaban las reuniones del comité de empresa del sindicato alemán de la fábrica Volkswagen, con fletes de vuelos internacionales en los que se incluían la bebida y el sexo pagado.

Para la psicóloga Victoria Sau, profesora emérita de Psicología Diferencial:[\[47\]](#)

El amor vive en la clandestinidad a la espera de que la matriz de las relaciones humanas cambie. Mientras, los varones viven en el miedo a amar y el temor manifiesto a que las mujeres no los amen. La garantía de ser amados sin necesidad de tener que corresponder es la parte de paradigma que se refiere a lo masculino. Las mujeres, inquietas porque aun amando demasiado no acaban de sentirse correspondidas, no saben qué hacer a menudo con un amor que no produce los efectos deseados y que se les plantea como una ambigüedad: solicitadas para que amen a los hombres, se las critica a la vez por pedir demasiado a las relaciones con ellos. Esta es la parte del paradigma que se refiere a lo femenino. El odio corresponde a la barbarie; el amor, a la cultura. Pero en un diseño de sociedad tan primario como el patriarcal el amor se niega o se ridiculiza. A pesar de todo, es el sentimiento humano por excelencia, del que las mujeres son portadoras y por ello ridiculizadas, así como aquellos varones capaces de experimentarlo. Perder el miedo al amor es perder el miedo al otro como diferente pero igual en dignidad, en derechos. Es el salto cualitativo que separa un paradigma de otro paradigma. Y en ello estamos.

Para hacer visible la sexualidad femenina, para hacerla comprensible incluso para las propias mujeres, no podemos separarla de la afectividad y del amor. El yo femenino se construye en relación con la sexualidad en el nudo gordiano, en el centro de la subjetividad. Quien se niegue la sexualidad a sí misma, morirá un poco cada día y no conseguirá revitalizar sus propias conexiones internas y su propia energía.

José Antonio Marina,[\[48\]](#) premio Nacional de Ensayo, reconoce en su libro *El rompecabezas de la sexualidad* el papel jugado por las mujeres en dar un nuevo enfoque humano a la sexualidad: «Nos equivocamos al decir que nuestro gran valor es la libertad. No, nuestro gran valor es la autonomía, es decir, la capacidad para elegir nuestro plan de vida y para realizarlo. Ese plan de vida no tiene por qué estar desvinculado. Ciertamente en una relación amorosa yo pierdo parte de mi libertad, pero puedo reforzar mi autonomía, aumentar mis posibilidades, despertar poderes dormidos o embrionarios. Es muy interesante el modo en que algunas pensadoras feministas han reformulado el concepto de autonomía. Sostienen que hay un concepto masculino y otro femenino. La autonomía masculina enfatiza la autosuficiencia y la independencia. Es una autonomía narcisista. La autonomía femenina es una autonomía relacional. No se culmina en la autosuficiencia, sino en la colaboración. “Yo soy quien soy” sería una consigna masculina. “Yo soy quien soy más las relaciones que he establecido” sería la consigna femenina. Por eso sus expectativas sobre la sexualidad

son diferentes, por eso, como he repetido tantas veces, la sentimentalización de la sexualidad ha sido invento suyo. Por eso debemos los hombres aprender tanto de ellas».

Creo que la gran aportación de la sexualidad femenina no es solo la puesta en valor de la vertiente afectiva o sentimental en las relaciones interpersonales, sino también el redescubrimiento del otro como ser humano complejo, con biografía, historia, poesía y matices. Un descubrimiento no limitante del ser humano, sin etiquetas, sin normas, sin prejuicios y sin apriorismos. Solo así podremos descubrir algún día qué es la sexualidad femenina y desvelar uno a uno los siete velos que la cubren y en parte la atenazan.

Teresa de Lauretis<sup>[49]</sup> propone un trabajo común para quienes estén interesados en políticas públicas y encuentros personales que no limiten el desarrollo de la propia subjetividad sino que la fructifiquen: «A quien interese articular un proyecto común de política de las mujeres a través de nuestras variadas y múltiples diferencias propongo entonces volver a pensar la subjetividad en una dimensión material en sentido amplio, donde la sexualidad es el nudo central, el lugar en donde lo corpóreo, lo psíquico y lo social se entrecruzan para constituir la subjetividad y los límites del yo [...]. Propongo volver a pensar la subjetividad femenina teniendo en cuenta qué *prácticas* comporta y qué *necesidades* sostiene el deseo cuando obra desde un *cuerpo* de mujer».

Volver a encontrar entre todas las mujeres cuáles son las prácticas que nos reconfortan, luchando contra las que nos limitan, puede ser un buen camino para combatir la invisibilización de la sexualidad femenina. De hecho, el patriarcado conoce bien la potencia de la sexualidad de las mujeres, por eso todavía se practica la mutilación genital femenina a setenta millones de mujeres en el mundo, con la ablación del clítoris y los labios menores de la vulva, en una forma de tortura feroz que lo que busca es abolir cualquier posibilidad de placer entre las mujeres y reforzar su control.

---

[32] Sanz, F., *Psicoerotismo femenino y masculino*, Barcelona: Kairós, 2003.

[33] Hite, S., *El orgasmo femenino. Teorías sobre la sexualidad humana*, Barcelona: Ediciones B., 2002.

[34] Etxebarria, L., *Magazine*, *La Vanguardia*, 17 de julio de 2005, p. 87.

[35] Foucault, M., «L'Occident et la vérité du sexe», *Le Monde*, 5 de noviembre de 1976, p. 24.

[36] Foucault, M., *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Madrid: Siglo XXI, 1999.

[37] Carrasco, M. J., *Disfunciones sexuales femeninas*, Madrid: Editorial Síntesis, 2001.

- [38] González García, M. I., *La medicalización del sexo*, Madrid: Catarata, 2015.
- [39] Sanz, F., *op. cit.*, Barcelona: Kairós, 2003.
- [40] Valls-Llobet, C., *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*, Barcelona: Folio, 1996.
- [41] Sanz, F., *Los vínculos amorosos*, Barcelona: Kairós, 2005.
- [42] Andreas-Salomé, L., *El erotismo*, Palma de Mallorca: José J. Olañeta, 1993.
- [43] Freixas, A., *Sin reglas*, Madrid: Capitán Swing, 2018.
- [44] Ovidio, *El arte de amar*, Madrid: Edaf, 1966.
- [45] Alborch, C., *Solas*, Madrid: Temas de Hoy, 1999.
- [46] Baker Miller, J., *Hacia una nueva psicología de la mujer*, Barcelona: Paidós, 1992.
- [47] Sau, V., *op. cit.*, Barcelona: Icaria, 1993, p. 92.
- [48] Marina, J. A., *El rompecabezas de la sexualidad*, Barcelona: Anagrama, 2002.
- [49] De Lauretis, T., *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Madrid: Horas y Horas, 2000.

# La maternidad

## excluida con riesgos

### invisibles

*La maternidad no existe porque está restringida a lo biológico (concepción, embarazo, parto y crianza) y se le niega su dimensión humana y su proyección económica, política y social.*

VICTORIA SAU[50]

*En Un cuarto propio Virginia Woolf desvela con amor muchos ámbitos de lo femenino libre de su tiempo y de la historia de la literatura. Uno de estos ámbitos es el de la relación que las mujeres tenemos con la fecundidad, en todos los sentidos del término. Otro es el de las relaciones entre mujeres.*

*La relación femenina con la fecundidad deriva de la capacidad de ser dos que el cuerpo de mujer señala, sin determinar nada. Es una relación que incluye y, a la vez, desborda la maternidad. Esto quiere decir que se realiza —o sea, se vuelve real— en el traer al mundo, dándola a luz, vida humana nueva y también en el suscitar cualquier mujer incesantemente, tanto en los hombres como en otras mujeres, esa luz, ese algo divino, nuevo y original que suele ser llamado creación o creatividad. ¿Por qué? Porque ella es una mujer. ¿Cómo? Siéndolo libre y fielmente, tanto que ella puede acabar olvidando que lo es.*

MARÍA-MILAGROS RIVERA GARRETAS[51]

## Mortalidad de mujeres durante el parto:

### primera causa de muerte prematura

### de las mujeres en el mundo

El total de embarazos anuales en el mundo se reparte entre unos veintiocho millones en los países desarrollados y 182 millones en los países en vías de desarrollo.

La maternidad con malas condiciones de higiene de chicas jóvenes y casi adolescentes en África y Asia constituye la primera causa de mortalidad prematura entre mujeres. El embarazo y el parto causan 515.000 muertes anuales en el mundo, el 99 % de las cuales ocurren en los países en vías de desarrollo.

La muerte de más de trescientas mujeres diarias por esta causa ha permanecido invisible, a pesar de los esfuerzos del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de



numerosas ONG que trabajan en África, Asia y América Latina. El riesgo de muerte durante el embarazo, el parto o el aborto es más elevado en África, donde una de cada quince mujeres embarazadas acaba muriendo, seguida de Asia, donde la mortalidad es de una mujer cada ciento cinco, y de América Latina, con una muerte cada ciento cincuenta embarazos.

Esta prolongada situación, denunciada en la Conferencia de El Cairo y en la de Pekín, constituye una absoluta vergüenza para la pretendida prevención en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres.

Una tercera parte de todos los embarazos en el mundo no han sido deseados o planificados, por lo que es de prever que haya dificultades económicas o psicológicas para afrontar la llegada de un nuevo ser en familias supernumerosas y en condiciones de extrema pobreza, desnutrición y malas condiciones higiénicas. Los embarazos entre chicas adolescentes se incrementan en todo el mundo, tal como demuestran las cifras: 14 % de las chicas de 15 a 17 años en África subsahariana, 10 % en Asia central y meridional, 8 % en América Latina y Caribe, y menos de un 3 % en Europa y Asia oriental. Suponen que ochenta millones de seres humanos nacen ya en condiciones precarias y con pocas esperanzas de una vida digna y con calidad.

Asimismo, hay que tener en cuenta las mujeres que tienen que reproducirse sin ninguna autonomía ni seguridad, como nos explica la periodista Mona Eltahawy<sup>[52]</sup> en su libro *El himen y el hiyab*. Desde la Primavera Árabe en 2010, las mujeres de Egipto, Arabia Saudí, Túnez, Libia, Yemen y otras naciones han iniciado una lucha contra los regímenes opresores y contra un sistema político que las reprime hasta en los ámbitos más sutiles de su vida personal. «Tendremos que ajustar cuentas con nuestra cultura y nuestra religión, con los gobernantes militares e islamistas, dos caras de la misma moneda. Este ajuste de cuentas es básicamente feminista. Y es lo que nos hará libres. Las mujeres — nuestra rabia, nuestra tenacidad, nuestro atrevimiento y nuestra audacia — liberaremos a nuestros países», afirma Mona.

### **Déficit de atención sanitaria**

#### **en los países en vías de desarrollo**

Se puede comprobar con los indicadores de mortalidad, morbilidad y calidad de atención que la cifra de quinientas mil muertes anuales no ha descendido, sino que se ha incrementado en los últimos años. De las mujeres que mueren, el 24 % lo hacen durante el embarazo; el 16 % durante el parto; y el 61 % en el puerperio por hemorragia, hipertensión y sepsis. En la mayoría de los países no existen centros de derivación en

caso de complicaciones y el hospital más cercano se encuentra a más de cincuenta kilómetros de distancia. Existe además la injusticia flagrante de que la sanidad en muchos de estos países no es gratuita ni universal, por lo que las mujeres, y sus familias si las tienen, deben pagar desde las gasas hasta los hilos de sutura.

Más de 38 millones de mujeres embarazadas no reciben ninguna atención prenatal cada año. Solo la mitad de las mujeres reciben inyecciones antitetánicas, y tan solo un 53 % de los partos son atendidos por un profesional. Más de 52,4 millones de mujeres cada año dan a luz sin ayuda de ningún profesional.

Además, veinte millones de abortos se realizan anualmente en malas condiciones de higiene y con peligro para la vida de las madres. Setenta y ocho mil mujeres mueren cada año por esta causa.

Las principales causas de mortalidad materna en el mundo son: un 25 % por hemorragia grave; un 20 % por causas indirectas (como anemia, malaria, enfermedad cardíaca, nutrición); un 15 % por infección; un 13 % por aborto en condiciones de riesgo; un 12 % por eclampsia, que es una crisis hipertensiva durante el parto que precisa atención médica hospitalaria; un 8 % por dificultades en el parto; y un 8 % por otras causas directas: embarazo ectópico, embolismo, anestesia. En general, la mayoría de las causas de mortalidad serían evitables con una atención sanitaria correcta realizada por profesionales. No hay muchas excusas para continuar tolerando este medio millón de muertes de madres, ya que en los países desarrollados la mortalidad materna ha disminuido a cifras muy bajas por la calidad de la atención.

He querido empezar este capítulo con estas cifras impactantes porque, en un mundo globalizado, no podemos permitirnos obviar una realidad que debería avergonzarnos como especie pero que, a fuerza de invisibilizarla, nos estamos acostumbrando a tolerar.

### **La salud pregestacional invisible**

Desarrollar protocolos para analizar la salud pregestacional podría conseguir una mejor calidad de vida de hijos y madres, así como una menor morbilidad en el parto.

Pero ¿qué quiere decir analizar la salud pregestacional? Pues estudiar muy bien la salud de los padres y de las madres antes de concebir un nuevo hijo, pues si esperamos a que este haya nacido, los condicionantes de vida, de trabajo o de adicciones que tenga una persona en el momento de la concepción ya habrán influido en el desarrollo del embrión.

Para garantizar una buena salud pregestacional se requiere tener en cuenta todo lo que puede afectar a la calidad de los óvulos y los espermatozoides. En primer lugar, hay que detectar a tiempo las infecciones de transmisión sexual. Para avanzar en este terreno es necesaria más ciencia, pero sobre todo se necesitan más centros de información para jóvenes, para que tomen conciencia de los riesgos de adquirir estas infecciones si no utilizan el preservativo en sus primeras relaciones sexuales.

Además, existen otras patologías y carencias clínicas y subclínicas que deberían ser detectadas antes de la concepción, como las carencias de ácido fólico, de vitamina B12 y de zinc. Todas ellas pueden influir en la presencia de malformaciones congénitas, sobre todo en el caso del ácido fólico. Lo que no se ha demostrado es que administrar suplementos para cubrir estas carencias cuando el embarazo ya ha empezado aporte algún beneficio, pues los primeros quince días son vitales para que el embrión se forme sin graves malformaciones.

También es muy importante para el desarrollo del cerebro del feto mantener unos niveles adecuados de hormona tiroidea en la madre, ya que se ha demostrado que incluso los hipotiroidismos subclínicos y las deficiencias de yodo pueden afectar al coeficiente intelectual de los hijos en el futuro. Asimismo, las anemias o las carencias de reservas de hierro, que se transmiten de madres a hijos, pueden interferir en el desarrollo físico e intelectual de los recién nacidos o favorecer el síndrome de hiperactividad cuando ya han nacido. Dado el conocimiento científico actual, un análisis del estado metabólico de madres y padres antes de la concepción, acompañado de la corrección de las carencias metabólicas si las hubiere, podría ser una fórmula de prevención de malformaciones y de mejora de la calidad de vida de los futuros niños y niñas.

### **La invisibilidad de las estrategias**

#### **de prevención de los trastornos del embarazo**

Una de las complicaciones más graves del embarazo y el parto son los trastornos hipertensivos que acompañan la eclampsia y la preeclampsia gravídica. Hace veinte años se creía que eran problemas impredecibles y que no existían formas de prevención. Pero varios estudios epidemiológicos han constatado una relación entre las mujeres que presentaban hipertensión gestacional y eclampsia y la baja ingesta de calcio.

También se ha relacionado el incremento de eclampsia gravídica y la ausencia de dilatación por falta de contracciones durante el parto con deficiencias de la hormona tiroidea. La ausencia de contracciones obliga a inducir los partos a través de la

introducción por vía endovenosa de la hormona oxitocina, pero este procedimiento es inútil si lo que falta es la hormona tiroidea, por lo que el parto acaba en cesárea.

Existe poca ciencia en lo referente a la prevención de los procesos que interfieren en la dinámica del parto, y la que hay está poco difundida, por lo que ante la primera dificultad se opta por intervenciones agresivas, como la inducción o la cesárea. Dado que en algunas ciudades, como Barcelona, el índice de cesáreas está incrementándose (se practica a uno de cada tres niños nacidos en clínicas privadas), sería interesante desarrollar estrategias de prevención, aunando esfuerzos entre la salud pública, los especialistas de obstetricia y la atención primaria para analizar si una prevención pregestacional tiene alguna influencia en la disminución del número de intervenciones agresivas.

Mona Lydon-Rochelle,<sup>[53]</sup> del Centro para la Investigación de Salud de las Mujeres, de la Universidad de Washington (Seattle), demostró que si existía una cesárea previa, el riesgo de hacer una ruptura uterina era más alto si se inducía el parto, especialmente si se hacía con prostaglandinas. Una mujer a la que le han practicado una cesárea en el primer parto tendrá más probabilidades de que sus siguientes partos se realicen también con cesárea, lo que incrementa las intervenciones y la morbilidad.

### **La atención durante el parto**

De las primeras mujeres, que parían solas en los bosques posicionándose en cuclillas para mejorar la acción de prensa sobre la pelvis y que rompían el cordón umbilical con los dientes, hemos «evolucionado» a la situación actual, en la que las mujeres son atadas, y bien atadas, a las camillas de parto para que no puedan hacer ningún movimiento. De este modo resulta complicado seguir el consejo de las matronas y obstetras de empujar cada vez con más fuerza, pues la posición en que se coloca a las parteras dificulta la acción de prensa.

En contraste con los 54 millones de mujeres que paren sin ninguna ayuda profesional — aunque suponemos que con la colaboración de madres, hermanas, amigas y abuelas —, las mujeres de los denominados países desarrollados han convertido a veces el parto en un proceso absolutamente medicalizado: desde el rasurado obligatorio del vello pubiano, que se ha demostrado absolutamente innecesario, hasta las inducciones innecesarias para acelerar el proceso o las ataduras y la prohibición de deambular al iniciarse las contracciones, acción que facilitaría la dilatación por el efecto de la presión del hijo sobre la pelvis y el cuello uterino. La falta de dilatación y de acompañamiento hace que en el momento de la expulsión sea práctica casi habitual que se corte con tijeras el tejido perineal, la llamada episiotomía, y que después sea reconstruido con los

denominados «puntos», que para muchas mujeres son la molestia más acusada después del parto.

### **Lactancia materna**

La aparición de la leche artificial después de la Segunda Guerra Mundial provocó un retroceso de la lactancia materna, con la excusa de que muchos niños y niñas serían mejor alimentados con la leche artificial, ya que engordarían más rápido. Se utilizaron muchas estrategias para introducir esta nueva práctica, como la de difundir que la lactancia afectaba a la futura belleza escultural de las madres o que gracias a la leche artificial podrían descansar más y recuperarse más rápido de los partos.

Sin embargo, los movimientos pro lactancia materna y los grupos de pediatras que la potencian han recogido gran número de evidencias de que la lactancia materna mejora las defensas contra las infecciones de los tres primeros meses y es el mejor alimento para los hijos, además de ser una forma de crear vínculos emocionales y afectivos. La introducción de leche artificial en África durante la década de 1970 por algunas casas comerciales, con afán de cooperar, supuso un incremento de la mortalidad entre los niños y niñas debido a una carencia de las enzimas capaces de digerir la leche de vaca entre los nacidos en este continente.

Algunas personas temen que la lactancia pueda quedar afectada si toman alguna medicación o la interrumpen si han de tomarla. Pero la excreción de los fármacos por la leche materna depende de la farmacocinética de los mismos, así como del tipo de medicación y de su solubilidad en las grasas. La mayoría de los fármacos que toman las madres lactantes son excretados por la leche materna, pero el riesgo para los lactantes es limitado. Hay algunas excepciones, como la quimioterapia, pero desgraciadamente este es otro campo en el que la invisibilidad por falta de estudios epidemiológicos es patente. Un excelente estudio de Shinya Ito,<sup>[54]</sup> de la Universidad de Toronto, ha señalado cuáles son los medicamentos de elección en dosis normales en las madres lactantes. Como analgésicos: el acetaminofeno y el ibuprofeno. Como antidepresivos: la sertralina y los antidepresivos tricíclicos. Como antiepilépticos: la carbamazepina, la fenitoína y el ácido valproico. Como antihistamínico: la loratadina. Como antimicrobianos: la penicilina, la cefalosporina, los aminoglucósidos y los macrólidos. Como medicamentos endocrinos: el propiltiouracilo, la insulina y la levotiroxina. Como glucocorticoides: la prednisolona y la prednisona. Dada la cantidad de fármacos de elección, solo en contadas ocasiones se deberá prescindir de la lactancia materna por razones de medicación de las madres. La recomendación en los países desarrollados es mantener la leche materna como dieta básica hasta los seis meses, y como complemento mientras la madre tenga leche. En zonas con graves problemas de nutrición, la lactancia

se prolonga hasta los dos años, pues la leche materna es la única forma de evitar las diarreas y las infecciones.

### **La invisible patología posparto**

Una de cada cuatro mujeres presenta una tiroiditis posparto que se manifiesta ostensiblemente o subclínicamente unos cuarenta días después del parto, cuando se recupera la inmunidad frenada durante el embarazo. En este momento se produce un rebote de las enfermedades autoinmunes, ya que el embarazo supone una suspensión de la inmunidad para que el cuerpo de la madre no rechace biológicamente al feto ni lo vea como un cuerpo extraño. Si antes del embarazo existían enfermedades como el lupus eritematoso o la artritis reumatoide se puede presentar un rebrote de los anticuerpos. Esto ocurre también a partir de la cuarentena posparto, incrementándose los niveles de anticuerpos contra la glándula tiroidea (anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomiales). Estas tiroiditis se pueden manifestar en forma aguda, con la visualización brusca de la glándula, que se manifiesta grande, enrojecida y en forma de mariposa en la base del cuello. Esta forma aguda se puede manifestar con fiebre. También existe una forma más silente y sutil, en la que los anticuerpos se presentan progresivamente y provocan una disfunción de la glándula. En todos los casos se producirá sensación de cansancio, tristeza y depresión por afectación de los neurotransmisores, sobre todo debido al déficit de serotonina, que es directamente dependiente de los niveles de tiroxina. Este proceso, presente en el 25 % de mujeres después del parto, pasa absolutamente desapercibido en la mayoría de los casos en los países desarrollados, confundándose con la depresión posparto. Por descontado, no se conoce su prevalencia en los países en vías de desarrollo que no tienen atención profesional ni durante el parto ni tampoco después.

Las anemias, las ferropenias, la falta de ayuda doméstica y el cansancio por la fase de lactancia, sobre todo si no existe corresponsabilidad doméstica, contribuyen a la sensación que tienen algunas mujeres de que no podrán con la tarea de criar a sus hijos, favoreciendo en parte la presencia de la depresión posparto. Esta entidad, invisible durante años, ha sumido a muchas mujeres en una desesperada soledad, porque su tristeza y su cansancio se atribuían a un rechazo del hijo, como si de un ser extraño se tratara, y al mismo tiempo su depresión les impedía cuidarlo como en el fondo deseaban, lo que les provocaba sentimientos de culpa cada vez más conflictivos. La depresión posparto se reconoce como una entidad, pero no queda claro cuándo tiene lugar debido a las condiciones vitales y las relaciones conflictivas de pareja, a la soledad personal frente a la tarea, o a alteraciones endocrinas o estados carenciales que han permanecido invisibilizados porque tampoco se han investigado.

## **Esterilidad y medio ambiente**

En las sociedad industriales se está incrementando la esterilidad, tanto la femenina como la masculina. Por ello ha aumentado el número de adopciones desde los países llamados desarrollados hacia los niños huérfanos de países en vías de desarrollo. La causa la podemos situar en la disrupción endocrina de muchos productos de nuestro entorno, como los denominados xenoestrógenos y las dioxinas, que también parecen ser responsables del incremento del cáncer de mama, tal como describiré en el noveno capítulo.

Los insecticidas con cloro en la molécula, los bisfenoles policlorinados presentes en los plásticos, los hidrocarburos procedentes de la combustión de gasolina que desprenden los tubos de escape de los coches, las pastillas anticonceptivas y la THS actúan en el organismo humano como estrógenos. Estos estrógenos extraños se llaman xenoestrógenos, e interfieren en la endocrinología de los seres humanos. En los hombres disminuyen el número de espermatozoides y atrofian el testículo; en las mujeres interfieren en la menstruación, haciéndola más abundante y de ciclos más cortos, y favorecen la aparición de coágulos durante la regla y de nódulos mamarios con incremento de mama fibroquística. Al existir una competencia entre la hormona que permite anidar, que es la progesterona, y la hormona ambiental, que es el estrógeno, se producen condiciones negativas para la ovulación o para el anidamiento en caso de que se haya producido ya un embrión.

El incremento de la esterilidad en la sociedad industrial es otro fenómeno para estudiar. Deben exigirse fondos para su prevención, ya que las nuevas tecnologías reproductivas solo consiguen embarazos en un 15 % de intentos, y además no se están estudiando las causas. Se alega que «las mujeres tienen los hijos cada vez más tarde», como citaba un titular de prensa como causa de esterilidad, ocultando que la esterilidad masculina ya es mayor que la femenina.

¿Qué hacemos en nuestra sociedad? ¿Aumentamos las clínicas especializadas en nuevas tecnologías de reproducción y bombardeamos a las mujeres con más hormonas para que ovulen en competición con las hormonas ambientales, que es lo que de hecho se está haciendo? Actualmente, se están fijando límites al número de intentos para estimular embarazos por las consecuencias que pueda tener en el incremento de cáncer de ovario. El deseo de la reproducción debería motivarnos para exigir un medio ambiente cada vez más saludable y menos contaminado.

## **El sexo de la biotecnología**

El nacimiento de un niño puede adquirir los rasgos de la fabricación de productos industriales, de tal manera que evacúa la sexualidad y reduce la paternidad a un factor meramente genético. Se puede programar, controlar los cuerpos y su funcionamiento a favor de la *eficacia*, pero todo esto conduce a la desobjetivización, a la alienación, a la ilusión de satisfacer los deseos a escala industrial, a la abolición de la palabra, del símbolo, de la temporalidad, es decir, de todo aquello que nos hace humanos.

SILVIA TUBERT[55]

La crítica de los movimientos feministas a las nuevas tecnologías llenó muchas páginas de libros y revistas durante la década de 1990. Su toque de atención pudo dar la palabra al dolor y al sometimiento de muchas mujeres a las que se aplicaban las técnicas de reproducción, que convertía el deseo de ser madres en un *continuum* de inyecciones, visitas programadas, ecografías, inseminación y administración de hormonas para el anidamiento. Algunas mujeres que han pasado por la experiencia han sufrido mucho psicológicamente, y a menudo se han sentido, en sus propias palabras, «más conejas que seres humanos en fase de procrear». Lo que no acertamos a ver en aquellos años fue la poca eficacia del procedimiento: solo un 20 % de éxitos en las mejores series, o sea, un 80 % de fracasos.

Una vez más no se tiene en cuenta la presencia de una posible morbilidad diferencial que interfiera en la concepción. En muchos casos se intenta la inseminación sin haber hecho un buen diagnóstico diferencial de las causas de esterilidad, ignorando que la naturaleza es sabia y a veces no permite el embarazo a las mujeres con carencias metabólicas u hormonales para evitar las consecuencias negativas del futuro embarazo.

Como dice Verena Stolcke:[56]

La clonación de humanos «sin placer y sin espermatozoides», como apuntaba Francis Jacob, constituirá seguramente durante años una operación compleja de la biotecnología [...], pero lo decisivo es que nuestra concepción biológica del parentesco, junto con ese peso de convicciones eugenésicas alimentado por el determinismo genético vigente, son un suelo fértil para estos avances biotecnológicos. No sería la primera vez que lo que en un momento pareciera ser pura ciencia ficción se transformase después en realidad [...]. Las nuevas y novísimas tecnologías reproductivas constituyen uno de los puntos críticos donde convergen el determinismo genético al uso con los supuestos culturales y políticos vigentes. Las diferencias de sexo y sus consecuencias para la procreación constituyen el substrato que el pensamiento simbólico trabaja y transforma, engendrando una multiplicidad de sistemas de concepción y de parentesco históricos. Pero el desarrollo de las biotecnologías no es un mero fenómeno cultural debido al afán típicamente occidental por conocer y controlar los secretos de la vida. El determinismo genético impulsa el avance de las biotecnologías que, no obstante, transforman ese substrato material. El abrir una nueva brecha tecnológica puede tener graves consecuencias en especial para las mujeres, debido a las posibilidades que esas novedosísimas técnicas prometen para la procreación humana alentadas por intereses y deseos configurados por las relaciones de poder y de género vigentes.

Se extiende la falsa creencia de que con tecnología y con dinero para pagarla se podrá hacer todo, incluso escoger el sexo de los hijos por venir. Se hace invisible el deseo e



incluso se quiere modificar el azar, que ya regula la proporción entre varones y hembras en la naturaleza. No solo deseamos tener un ser humano por hijo, sino que se desea programar su sexo, su vida, sus estudios y, al parecer, también cómo debe ser y cómo debe pensar. De aquí a la clonación como forma de perpetuar la especie de una parte del planeta mientras en la otra parte se mueren de hambre solo hay un paso. De estos procesos de decisión se ha excluido a las mujeres como género, evitando llevar el debate a la sociedad. ¿Podemos pasar a decidir la clonación de nuestros propios cuerpos? Todos debemos participar en este debate, para que nadie pueda decir que deciden por ellos. La ciencia y la ética deben ir de la mano de la responsabilidad ciudadana.

### **La violencia contra las mujeres**

Otro gran problema que puede presentarse durante el embarazo es la presencia de manifestaciones de violencia en el seno de la pareja. Es un problema soterrado. Muchas madres han empezado a ser apaleadas precisamente cuando se han quedado embarazadas, porque el embarazo provoca en un hombre poseedor celos del niño que va a nacer: se siente postergado y desea que su dominio prevalezca.

Las mujeres que han sufrido ataques sexuales en la infancia tienen tres veces más probabilidades de quedar embarazadas antes de los 18 años, de entablar relaciones con hombres maltratadores, de caer en la prostitución, de contagiarse enfermedades y de consumir drogas, sobre todo si no pudieron ser atendidas física y psicológicamente cuando sufrieron las agresiones.

Entre las mujeres que están sometidas a situaciones de violencia existe una mayor tendencia a no utilizar los servicios de planificación, a quedarse embarazadas sin desearlo y a abortar en malas condiciones. También sufren un mayor número de embarazos de alto riesgo y con complicaciones: aborto espontáneo, parto prematuro, sufrimiento fetal y bajo peso del recién nacido.

Entre las mujeres que han sido agredidas sexualmente existe un incremento de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el sida. En Estados Unidos, el 30 % de las mujeres violadas sufre el contagio de alguna enfermedad a través de la violación. Además se producen problemas ginecológicos persistentes: dolor pelviano crónico, dismenorrea, metrorragias, síndrome premenstrual y disfunción sexual; así como problemas psicológicos graves, miedo a relaciones sexuales y pérdida de placer.

### **Interrupción voluntaria de los embarazos**

La culpabilización de las víctimas es una forma sutil de invisibilizar sus problemas. Se presiona a las mujeres para que se sientan culpables tanto si no tienen hijos como si han de recurrir a un aborto por no tener otra posibilidad. Como escribieron Maria Mies y Vandana Shiva en 1991:[\[57\]](#)

La táctica de victimización se aplica a las mujeres que quieren abortar o que aceptan las modernas tecnologías de reproducción. Tentativas como las de articular por ejemplo una Ley de protección del embrión, aprobada en Alemania en 1991, se basan en el supuesto de que las mujeres son los enemigos potenciales de sus embriones; y en que el Estado debe proteger al embrión contra la agresión de las mujeres. Las relaciones patriarcales entre hombre y mujer, un entorno social hostil hacia la infancia, la incompatibilidad de un empleo remunerado con la maternidad, el utilitarismo y el materialismo despiadados de la sociedad moderna, la obsesión por el crecimiento de la sociedad, quedan absueltos de toda responsabilidad. Ahora se toma a las mujeres, que hasta el momento han sido las únicas protectoras de la vida humana, por las peores enemigas de esta [...]. El Estado no interviene en los procesos de destrucción de estas simbiosis vitales a manos del capitalismo industrial o la tecnología moderna; el Estado acepta tanto la tecnología de destrucción como la utilización capitalista de la misma. Sin embargo culpa y castiga a la mujer —a todas las mujeres— por el abuso real o potencial de tecnologías supuestamente progresivas.

Se culpabiliza a las mujeres y a la vez se impide que sean responsables y tomen decisiones sobre sus vidas. Mientras se despide a las mujeres que se quedan embarazadas o no se contrata a las que están en edad reproductiva, la sociedad mira hipócritamente hacia otro lado. Si se quedan embarazadas solo es responsabilidad de las propias mujeres; si no pueden tener hijos o no tienen posibilidades de cuidarlos es su culpa, y se las considera enemigas de la vida.

Se las condena y se las culpabiliza atacándolas por querer decidir libremente sobre sus cuerpos y sobre sus vidas. La acusación del tribunal de próceres masculinos, de rancio talante conservador, es que desean el «aborto libre», sin comprender en su ceguera de jueces ajenos a la realidad que no hay ningún aborto que sea libre, porque todos están sometidos a terribles presiones y a circunstancias nefastas en las que no hay esperanza.

A muchas mujeres les gustaría ser libres para decidir lo que hacen o no con sus vidas y con su futuro, y los que se afanan en declararlas culpables en nombre de la vida deberían dedicar sus esfuerzos a conseguir las condiciones materiales que eliminen el entorno de miseria, pobreza y mugre, creando un entorno que permita realmente a esas mujeres empezar a vivir una vida plena de verdad. Estoy de acuerdo con Esther Vivas[\[58\]](#) cuando, partiendo del principio de que todo lo personal es político, reclama poder politizar la maternidad en el sentido emancipador. El papel fundamental de la maternidad en la reproducción social se ha obviado, dejando solas a las mujeres frente a las decisiones complejas pero haciéndolas sentir siempre culpables de las mismas.

### **La anticoncepción y la prevención**

## de los embarazos

Dados el coste y los efectos secundarios de los tratamientos con anticonceptivos hormonales y el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, la primera opción anticonceptiva recomendada para la población es en este momento la utilización de preservativos. Pero en algunos países la controversia ha sido promovida por los que desean promulgar en primer lugar la abstinencia sexual y, solo en última instancia, la utilización de preservativos.

Por ello se habla de la estrategia CNN (en inglés, condones, jeringuilla y negociación) frente a la estrategia ABC (abstinencia, fidelidad y condones). Esta última encuentra importantes apoyos en países donde el peso de la cultura tradicional dificulta enormemente hablar o formar a los adolescentes en temas de sexo y drogas, como Estados Unidos. Pero esta estrategia no es la preferida por los especialistas en prevención de otros países occidentales, como afirma el doctor Joan Tallada, presidente del Grupo de Trabajo sobre Tratamiento del VIH de Barcelona, que aboga por la aproximación CNN. «La estrategia CNN se basa en la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones, apoya una aproximación no prejuzgada de la sexualidad y del uso de sustancias no autorizadas, e incorpora la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de los programas. Se trata de ayudar a la gente a partir de lo que hace, no de lo que creemos que debería hacer».

A largo plazo, y cuando ya se han tenido todos los hijos que una familia desea tener, existe la opción de esterilización por ligadura de trompas, la cual no aumenta el riesgo de trastornos menstruales.[\[59\]](#)

Existe también la posibilidad de utilizar dispositivos intrauterinos (DIU). Los últimos dispositivos de cobre no incrementan la esterilidad entre mujeres que no han tenido hijos. También se ha comercializado un anillo flexible y transparente que se usa una vez al mes y que disminuye los efectos secundarios, como el aumento de peso y la posibilidad de olvidar la píldora.

Para evitar embarazos entre jóvenes y adolescentes en casos como el de la rotura del preservativo, se puede utilizar la «píldora del día después», que impide que se produzca la formación del embrión y el anidamiento. No es por lo tanto estrictamente un método abortivo, sino preventivo. Su distribución gratuita en muchos países va acompañada de campañas de formación e información en los últimos cursos de la enseñanza secundaria y en los lugares de ocio y centros cívicos.

## Controversias culturales en salud reproductiva

Entre los factores culturales que influyen en la salud reproductiva en los países en vías de desarrollo destaca el escaso acceso a la información y a la atención a la salud, por falta de infraestructuras, pero también por tabúes directos, analfabetismo y falta de contacto con otras mujeres. Las mujeres dependen de las decisiones de terceros para ser atendidas, y algunas culturas prohíben que los hombres efectúen reconocimientos médicos a personas del sexo femenino. Muchas mujeres, sobre todo en culturas islámicas, no se atreven a expresar sus síntomas (trastornos menstruales), y cuando finalmente se atreven no son escuchados hasta que son muy graves. En muchos países en vías de desarrollo las mujeres no pueden hablar abiertamente de la planificación familiar y la anticoncepción; deben hacerlo clandestinamente.

Mitos y conceptos erróneos perpetúan las estructuras de poder y debilitan a las mujeres. Por ejemplo, en la India creen que las embarazadas deben comer poco para que el feto sea pequeño y los partos más fáciles. La ignorancia y el temor a lo desconocido refuerzan los comportamientos y las actitudes tradicionales, dificultando los cambios tanto para los hombres como para las mujeres.

### **Factores culturales y natalidad**

#### **en los países desarrollados. El conflicto**

#### **de ser o no ser madres**

En la actualidad, además, el conflicto frecuente entre identificaciones, maternas y paternas, cargadas de ambivalencia y culpabilidad; entre identidades, roles y exigencias contradictorias; entre el desvalor de lo femenino/materno/emocional y la exaltación de lo masculino/productivo/racional, está llevando a que muchas mujeres ni siquiera puedan gozar con su maternidad, tan presas están con «todo lo que estoy dejando de hacer» en el ámbito de lo doméstico, de lo laboral, de lo cultural [...]. Así, la insatisfacción y la frustración en uno y/u otros ámbitos preside la vida de tantas «nuevas» mujeres, que intentan acometer todo sin libidinizar nada, sujetas a sus nuevos deberes y a su viejo (aunque modernizado) ideal del yo. Carente de una valoración-existencia social y de una representación de sí misma en tanto mujer, sus esfuerzos para acomodarse a los nuevos ideales le están comportando duros conflictos intrapsíquicos, que derivan en problemas relacionales, somatizaciones de diversa índole, estrés, sentimientos de inadecuación, desconcierto y la mencionada dificultad para recabar satisfacciones y gratificaciones en diversos ámbitos.

MARÍA ASUNCIÓN GONZÁLEZ DE CHÁVEZ<sup>[60]</sup>

En el último tercio del siglo XX empezaron a descender las tasas de natalidad. Según D. J. van de Kaa, la «segunda revolución demográfica» ha sido el crecimiento cero. La inflexión negativa se inició a partir de 1981, a resultas de la cual España presenta la tasa de natalidad más baja del mundo.

Las características socioeconómicas de la baja fecundidad se manifiestan antes en las provincias con mayor desarrollo económico, en los centros urbanos antes que en los rurales, y en las clases altas y medias antes que en las bajas.

El nivel de estudios también influye en la fecundidad. La mayoría de las mujeres de entre 18 y 33 años no tienen hijos. Y el 69 % de mujeres con estudios superiores no tienen hijos, mientras que solo el 10 % de mujeres con estudios primarios no tienen hijos; entre estas, el 33 % tiene tres o cuatro hijos.

El retraso de la maternidad entre las mujeres profesionales hace que a muchas se les pase la oportunidad sin haber podido tomar una decisión ligeramente libre. En realidad, en los países desarrollados, a muchas mujeres les han robado la maternidad. Noemí López Trujillo<sup>[61]</sup> nos relata las dudas de una generación de mujeres condenadas a una vida precaria y llena de incertezas. El retraso de la maternidad se hace endémico porque la situación económica inestable no les permite tomar la decisión de quedarse embarazadas cuando desearían.

Las mujeres que se identifican con un modelo tradicional de familia (mujer como esposa-madre-cuidadora y varón como sostén económico) tienen más hijos que las que se identifican con un modelo igualitario (varón y mujer contribuyen a los ingresos familiares). La mayoría de las mujeres que consideran que «no está bien que el varón se quede en casa cuidando de los hijos mientras la mujer se va a trabajar» tienen tres o cuatro hijos. La mayoría de las mujeres que se identifican con el modelo igualitario y creen que las obligaciones de la familia son difícilmente compatibles con una carrera laboral o profesional no tienen hijos.

España e Italia son los países con la tasa de fecundidad más baja del mundo. Entre las causas podemos destacar la baja participación de los varones en las tareas familiares y la escasa corresponsabilidad de la pareja en las tareas del cuidado.

La baja laboral por embarazo, que oscila entre los noventa días de Portugal, las veintiocho semanas de Dinamarca y las dieciséis de España, es una medida que puede favorecer la fecundidad si va acompañada de una remuneración económica. También estimula la fecundidad el mantenimiento del puesto de trabajo, con excedencias que, según los países, oscilan entre uno y tres años.

El incremento de la responsabilidad paterna se puede estimular con la baja por paternidad, obligatoria en los países nórdicos. En España se ha conseguido recientemente la baja de paternidad de doce semanas.

Este análisis de la situación de las mujeres en relación con la salud reproductiva y la maternidad constata un factor común en todos los países del mundo: la ausencia de la paternidad como valor sociocultural, lo que impide a las mujeres que se dediquen con todas sus fuerzas y con toda su ternura a la maternidad.

[50] Sau, V., *El vacío de la maternidad*, Barcelona: Icaria, 1995.

[51] Rivera Garretas, M.-M., prólogo de la traducción de *Un cuarto propio*, de Virginia Woolf, Madrid: Horas y Horas, 2003.

[52] Eltahawy, M., *El himen y el hiyab*, Madrid: Capitán Swing, 2018.

[53] Lydon-Rochelle, M. *et al.*, «Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery», *New England Journal of Medicine*, 345(1), 2001, pp. 3-8.

[54] Ito, S., «Drug therapy for breast-feeding women», *New England Journal of Medicine*, 343(2), 2000, pp. 118-126.

[55] Tubert, S., *Mujeres sin sombra*, Madrid: Siglo XXI, 1991.

[56] Durán, A. y J. Riechmann (eds.), *Genes en el laboratorio y la fábrica*, Madrid: Trotta, 1998, pp. 97-117.

[57] Mies, M. y V. Shiva, *Ecofeminismo*, Barcelona: Icaria, 1991.

[58] Vivas, E., *Mamá desobediente*, Madrid: Capitán Swing, 2019.

[59] Peterson, H. *et al.*, por el U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group, «The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization», *New England Journal of Medicine*, 343(23), 2000, pp. 1681-1687.

[60] González de Chávez Fernández, M. A., *Mujeres y hombres, identidad y conflictos*, Madrid: Biblioteca Nueva, 2015.

[61] López Trujillo, N., *El vientre vacío*, Madrid: Capitán Swing, 2019.

## Dar vida a los años.

### El envejecimiento medicalizado

*Mi amiga Penny, a los doce años, al recibir un paño  
del tamaño de una funda para la tabla de planchar, exclamó:  
¿Y a partir de ahora tendré que hacer esto hasta que me muera?  
No —dijo su madre—, se acaba al llegar a la media edad.  
Bueno —dijo Penny—, al menos hay algo que esperar con ilusión.  
Hoy, agachada, retorciéndome, con endemoniadas pinzas  
de cangrejo  
clavadas en el vientre, os digo que bailaré en secreto  
y derramaré una copa de vino sobre la tierra  
cuando el tiempo acabe definitivamente con este goteo,  
y quemaré los últimos tampones como cirios votivos.*

MARGE PIERCY<sup>[62]</sup>

El envejecimiento no es un proceso que pueda mirarse desde el único prisma de la edad. Tiene otros matices de gran relevancia colectiva e individual. No es lo mismo envejecer siendo mujer que siendo hombre, como tampoco tiene el mismo significado hacerlo siendo miembro de un país desarrollado o no desarrollado. Tampoco supone lo mismo hacerse mayor habiendo disfrutado de una buena educación, con acceso a la cultura y a los sistemas de salud, con actividad profesional y relaciones afectivas e interpersonales, que hacerse viejo o vieja desde los límites del sistema. Así pues, el tema fundamental no es vivir más años, sino cómo vivirlos, en términos de salud, economía, bienestar, inserción social y significado personal, cultural y político. Envejecer es un logro, un triunfo, no un cataclismo.

Los estereotipos negativos acerca de la vejez en las sociedades occidentales afectan de manera especial a las mujeres. Estas son percibidas como mayores antes que los hombres, siendo invisibles mucho antes que ellos, tanto en la vida social como en los medios de comunicación. Además, las mujeres mayores suelen ser evaluadas de manera más negativa que los hombres de su misma edad, especialmente en lo que a la apariencia física se refiere.

ANNA FREIXAS<sup>[63]</sup>

La abuela me enseña que el saber no se enseña, que lo segrega el mundo, que es antes corporal que intelectual.

NATALIA IZQUIERDO LÓPEZ<sup>[64]</sup>

Mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen.

SUSAN SONTAG

Existía mucha sabiduría en la vida de nuestras abuelas, que sin recursos y sin casi visitas al médico sobrevivieron a múltiples partos y a graves dificultades de alimentación, y en ocasiones, vieron morir a uno o varios de sus hijos o hijas. Claro que muchas otras mujeres se quedaron por el camino: murieron en el parto o después de las denominadas «fiebres puerperales». ¿Fueron las más fuertes y las mejor alimentadas las que lograron llegar a edades superiores a los 60 años?

No lo sabemos con certeza, pero sí conocemos, por estudios realizados a partir de los huesos de mujeres que murieron a finales del siglo XIX o principios del XX, que la mayoría no padecían osteoporosis ni enfermedades óseas descalcificantes. Sí padecían artrosis de articulaciones como las rodillas, así como desviación de la columna vertebral o cojera manifiesta por curvatura de las piernas, que se arqueaban progresivamente con la edad.

¿Tenían dolor? Claro que lo tenían y lo manifestaban. En público lo disimulaban, pero a sus más allegados les explicaban la verdad, y buscaban remedios caseros para aliviarlo. Pronto descubrieron que aplicar calor en algunas articulaciones mejoraba el dolor, y que llevar vendadas las extremidades o las articulaciones disminuía la hinchazón. Desde la Edad Media existe en todas las culturas una abundante farmacopea de tisanas y emplastes elaborados con combinaciones de plantas y hierbas que pueden mejorar el dolor y que aún son ampliamente usados.

¿Qué es lo que sabían nuestras abuelas? Sabían escuchar a su cuerpo y leer sus manifestaciones, por lo que no utilizaban los medicamentos o las plantas medicinales si no los necesitaban mucho. Tenían un gran respeto por lo que introducían en su cuerpo, porque habían internalizado un principio médico básico, *primum non nocere* (lo primero es no perjudicarse), por lo que antes de tomar nada recababan información sobre su



inocuidad. Naturalmente mucha de esta información solo les llegaba por el método del boca a boca a través de sus vecinas, amigas, comadronas y algunas curanderas que existían en muchos pueblos y ciudades.

Lo poco que sabemos sobre la epidemiología de hace setenta años nos hace concluir que padecían menos osteoporosis y menos cáncer de mama que las mujeres de nuestra época, que padecían dolor y tenían una esperanza de vida irregular, si bien las que sobrevivían al parto podían alcanzar una longevidad similar a la de las mujeres actuales. Su sabiduría, sin embargo, ha permanecido invisible para sus herederas, y la medicina actual no la ha tenido en cuenta.

¿Por qué entonces las mujeres actuales viven con tanto miedo al envejecimiento? Si el miedo a envejecer no ha entrado en nuestras mentes a través de la experiencia vivida por nuestras abuelas, ¿quién lo ha introducido en las mentes de tantos millones de mujeres? En lugar de estar felices por cumplir años, lo que significa que están vivas, muchas viven aterrorizadas porque creen que después de la menopausia pueden presentarse los más graves males para su organismo.

Lo cierto es que como ni la medicina ni las ciencias sociales podían prever la longevidad actual, tampoco pudieron prever el desarrollo de estrategias de prevención que pudieran evitar las discapacidades.

Los avances científicos, ópticos y ortopédicos han desarrollado prótesis que nos permiten poner parches en los sentidos o en las extremidades donde la vida y el desgaste han hecho estragos. Tenemos prótesis de cadera y de rodilla, que ya se implantan de forma habitual en los países desarrollados, y gafas y aparatos auditivos que permiten resolver la pérdida de agudeza visual y algunos tipos de sordera.

Pero los síntomas predominantes como el dolor o la sensación de depresión no pueden corregirse fácilmente con prótesis o con cirugía, y presentan en su distribución un claro predominio de las clases sociales bajas, así como también de las zonas territoriales en las que hay mayor depresión económica, más paro entre los hombres y menor nivel educativo entre mujeres, tal como ha demostrado el informe sobre «Desigualdades de salud en Cataluña», realizado por el CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios)<sup>[65]</sup> y la Fundació Bofill.

### **El envejecimiento medicalizado**

Es evidente que cuantos más años se viva, más desgaste tendrá nuestro sistema musculoesquelético, porque las articulaciones habrán tenido que sostener el cuerpo

durante más tiempo, sobre todo las caderas, las rodillas y la columna vertebral. Pero, como hemos visto, este es un problema que no depende de la naturaleza sino de las condiciones de trabajo, y por lo tanto no es imposible corregirlo.

Sin embargo, a medida que avanza la edad se pueden presentar otros problemas de salud, como la hipertensión, las enfermedades de las arterias, de las venas o del corazón.

Con la edad se hace más difícil para el riñón fabricar de forma eficiente la vitamina D, disminuyendo su producción hacia los 50 años en las mujeres y hacia los 60 años en los hombres. La edad también favorece que se produzcan más enfermedades autoinmunes, que pueden producir dolor en músculos y articulaciones.

Cuando la autoinmunidad se produce contra glándulas endocrinas como la tiroidea, avanza la tiroiditis autoinmune, y como consecuencia el hipotiroidismo, que produce cansancio, pérdida de memoria y dolores musculares por miopatía.

Todos estos problemas no se producen por igual en toda la población, pero su aparición puede estar relacionada con la nutrición incorrecta, el exceso de sal en las comidas, el tabaco o, simplemente, por una cierta predisposición genética a las enfermedades autoinmunes. Cambiar de hábitos puede mejorar muchos de los problemas cardiovasculares, y el diagnóstico diferencial correcto en los centros de atención primaria puede permitir detectar problemas metabólicos que son causa de dolor: osteoporosis o deficiencia de la hormona tiroidea.

Muchas mujeres acuden a las consultas de atención primaria porque tienen miedo a la menopausia, ya que han escuchado en algún medio de comunicación que es un momento muy grave para sus vidas. En ocasiones están tan preocupadas por lo que han oído que dejan de expresar sus propios síntomas y malestares.

¿Qué es la menopausia? Si nuestras abuelas y tatarabuelas la tuvieron sin grandes males ni consecuencias, ¿por qué tantas mujeres tienen miedo a padecerla?

### **La menopausia**

La menopausia es, como su nombre indica, el cese de la menstruación; una pausa del *menstruo*, palabra de origen griego que significa «ciclo lunar» (una situación gozosa para la mayoría de las mujeres, por otra parte). Este cese de la menstruación se produce cuando, a pesar del estímulo de la hipófisis y del hipotálamo, el ovario ya no responde y deja de ovular y de producir progesterona y, años más tarde, estrógenos. Cuando

dejan de producirse estrógenos en cantidad elevada, se deja de menstruar, al menos cada mes.

Puede ocurrir que algunas mujeres, en la etapa de la perimenopausia, o sea, dos o tres años antes del cese total, tengan una menstruación cada dos o tres meses, que suele ser muy abundante y a veces claramente como si fuera una hemorragia. Esto se debe a que cesa la producción de progesterona pero todavía persiste la de estrógenos, que hacen proliferar el endometrio (el tejido que recubre el útero) de forma exagerada. Muchas mujeres sufren estas alteraciones en silencio y con resignación, sin saber que el tratamiento en esta etapa de la vida reproductiva es relativamente fácil y que las hemorragias pueden prevenirse con una dosis adecuada de progesterona natural administrada en catorce días del ciclo.

Pero igual que la menstruación no había existido de forma clara para la medicina, la investigación de lo que ocurre realmente cinco o diez años antes del cese de la menstruación o dos años después de su desaparición ha permanecido ausente o sus resultados invisibles o desconocidos para la mayoría de los profesionales. Existen todavía muy pocos estudios de la epidemiología de la menopausia, por lo que muchas veces las terapias recomendadas se basan en el terreno empírico y solo para paliar los síntomas, sin entender en profundidad los cambios fisiopatológicos que se producen en el cuerpo de las mujeres.

De hecho, las consecuencias clínicas del cese de la producción de hormonas por el ovario son fundamentalmente dos: las sofocaciones o sofocos y la sequedad de piel y vagina. Las sofocaciones se presentan solo en el 30 % de mujeres occidentales, y se deben a la pulsión de una hormona hipotalámica (la liberadora de las gonadotropinas). Cuando pulsa intentando liberar las hormonas que estimulan habitualmente el folículo (FSH) o el cuerpo lúteo (LH) produce una sensación de calor en la cara que sube desde la cintura hacia arriba, y se acompaña a veces de sensación de aceleración de la frecuencia cardíaca (palpitaciones); algunas mujeres sienten también que se les va la cabeza. La sequedad vaginal puede producir dificultades para las relaciones sexuales, dispareunia, y es un síntoma molesto que puede permanecer invisible si el profesional sanitario no pregunta directamente por él.

Estos síntomas molestos, que nadie consideró una enfermedad, se sufrieron a veces en silencio o fueron minusvalorados. Por ejemplo, existen libros editados en Barcelona en la década de 1980 en los que se dice: «Si la mujer tiene sofocaciones, que se abanique, y si tiene sequedad, que se ponga un lubricante». La estrategia normal dentro de la medicina hasta 1990 para enfrentarse a los años de más que la vida nos da a las mujeres

era decir que esos síntomas no tenían importancia y que las mujeres debían aguantarse porque ya pasarían.

¿Por qué entonces se introdujo en la práctica médica la creencia de que todos los males del envejecimiento específicos de las mujeres se debían a la presencia de la menopausia? ¿En qué trabajos científicos se ha comprobado que la existencia de dolor e incluso osteoporosis se deba a la ausencia de la menstruación o al declive hormonal? ¿En qué trabajos científicos se basaron las casas comerciales para introducir la denominada terapia hormonal sustitutiva, que tenía como misión, según la propaganda de algunos laboratorios farmacéuticos secundada por algunos ginecólogos, impedir la osteoporosis, mejorar la hipertensión y los problemas cardíacos de las mujeres?

El mensaje cambió a partir de 1990, cuando algunos laboratorios farmacéuticos lanzaron un producto que en aquel entonces parecía muy novedoso. Se trataba de la aplicación de una hormona a través de un parche. Laboratorios y publicistas se pusieron de acuerdo para difundir este producto entre las mujeres españolas, a las que tradicionalmente se les había dicho que se resignasen y no albergaran actitudes positivas respecto a los años venideros. Así que la estrategia publicitaria se diseñó basándose, más o menos, en esta idea: «Tenemos que asociar la palabra *menopausia* a dolor y envejecimiento; tenemos que hacer creer que todos los males que vayan a venir tras la menopausia serán debidos a la pérdida de la menstruación». En esta estrategia colaboraron incluso, de buena fe, los institutos de la mujer y muchos grupos. Los institutos no se habían ocupado mucho de los temas de salud, ya que habían tenido mucho trabajo, desde su creación, denunciando temas sociales o el tratamiento de las mujeres en los medios de comunicación. No se habían dado cuenta aún de que la salud integral de las mujeres era invisible para la medicina, ni de que las mujeres son la parte sometida en el acto médico, de modo que esta campaña de los laboratorios no fue objeto de batalla ideológica alguna. Algunos grupos feministas consideraban incluso que hablar del cuerpo de la mujer era hacerles el juego a los que querían victimizarlo.

Era realmente un tema complejo. Contrarrestar la estrategia de las multinacionales, que pueden gastar mucho dinero en publicidad aunque la base científica sea escasa (no existían y siguen sin existir evidencias de buena calidad para avalar el tratamiento), exigía poner en marcha una iniciativa que pudiera desenmascarar las falacias terapéuticas y desarrollar la ciencia necesaria para la larga vida que las mujeres tienen por delante a partir de los 50 años. De hecho, programas organizados por investigadoras y médicas han desarrollado líneas de investigación diferentes, y los estudios patrocinados por la salud pública de algunos países han empezado a arrojar luz sobre el tema y a indicar los peligros que para la salud de las mujeres supone el exceso de medicación.

Solo hay dos síntomas que se puedan relacionar con la falta de menstruación, propiamente dicha: la sequedad vaginal y las sofocaciones. Los demás problemas de salud son los que se derivan de vivir más de 50 años.

### **Un cuerpo para toda la vida**

A partir de los 50 años seguimos con el mismo cuerpo que antes, pero sobrecargado por el peso, por los embarazos, por llevar niños a cuestas o por el trabajo diario. Todo esto produce un desgaste al que le podemos adjudicar diversos nombres, causas y diagnósticos (estrés, falta de corresponsabilidad doméstica...), pero lo que no podemos decir es que es un problema generado por la menopausia.

El dolor, el cansancio, las pérdidas de memoria, la incapacidad de concentración o las carencias metabólicas existen porque se ha vivido. Es la historia escrita en los huesos, como dice Juana Castro. A través de los años, todo lo que en medicina se denomina patología subclínica y lo que hemos denominado morbilidad diferencial se convierte en clínico, se hace aparente, se desvela, y por lo tanto nos da indicios de cómo se puede tratar. Si se hace un buen diagnóstico, seguro que se podrán encontrar nuevos caminos para el tratamiento, pero si se atribuyen a la menopausia todos los problemas de salud a partir de los 50 años, nos equivocaremos en los tratamientos y volveremos a invisibilizar el sufrimiento y el malestar de las mujeres, convirtiéndolas de nuevo en víctimas —en este caso del sistema sanitario— que podrán ser manipuladas fácilmente.

A partir de los 60 años ya se ha hecho de todo. El cuerpo ha vivido y está trabajado. El papel de madre nutricia, de cuidadora de enfermos, ancianos y niños ha doblado mil veces las rodillas y la columna lumbar y ha endurecido la piel de las manos. Se ha superado la etapa de vivir pendiente de la mirada del otro, del dogal del mito de la belleza como ideal, y se vive reconciliada con la losa del «edadismo», que nos ha hecho vivir pendientes de parecer jóvenes, llenándonos de angustia y rabia por cada nueva arruga que nacía en nuestras caras llenas de historia.

Sin embargo, permanecemos indefensas contra todas las reglas patriarcales que se han introducido en nuestro propio cuerpo-mente a lo largo de los años. Sabemos ya perfectamente que no somos inferiores, ni sumisas por naturaleza, ni pasivas, ni frías. Pero la fragmentación de nuestra propia historia y experiencia y la conversión de nuestro cuerpo en objeto de manipulación constante son dos potentes agresiones que no podremos vencer si no organizamos una nueva estrategia de supervivencia y de rebelión.

El alejamiento del propio cuerpo durante años, haciéndonos creer que la mente lo dirige, y la culpabilización por no saber controlar nuestra angustia, nuestro miedo y nuestro asco han hecho mella y en muchos casos han roto el hilo conductor de nuestra experiencia. Además, ni nuestras madres ni nuestras abuelas nos han podido explicar libremente la suya. Ni siquiera nuestras amigas se atreven a explicar sus angustias, sus miedos y sus nuevos enamoramientos.

La medicalización constante de las vidas de las mujeres y la dependencia de los cosméticos y de la belleza empastada son formas diversas de manipular sus cuerpos, partiendo de que sus mentes no existen o son manipulables. La experiencia es un grado, y a los 60 años las mujeres ya han recibido muchas órdenes de sus médicos o médicas sobre lo que debían tomar. Saben que aunque aleguen que sus dolores no han mejorado en absoluto con la pastilla o con el parche de hormonas, el médico le responderá: «¿Cómo que no?, si a todas las mujeres se les pasan con este tratamiento» (y esto en el caso de que la mujer se atreva a volver al médico a decirle lo que le ha pasado, porque nos falta adquirir mucha beligerancia todavía para defender los propios síntomas).

Si después de haber tomado la terapia hormonal durante meses o años, una mujer le dice a su médico que ha engordado y ha duplicado la talla de sujetador pese a comer poco y recibe por respuesta que no es posible que la terapia la engorde, está siendo manipulada o su médico tiene un cierto grado de desinformación. Si recibe hormonas de tipo estrogénico es normal que acumule grasa y que engorde. Si a veces se da este tipo de hormonas a pollos y terneras para engordarlas antes de llevarlas al matadero para que pesen más, ¿por qué no van a engordar las mujeres? Eso no quiere decir que no se puedan utilizar en algunos casos y en dosis bajas, pero sí que se debe estar atento a los posibles efectos secundarios, para detectarlos a tiempo y no crear más sensación de culpa.

No ser conscientes de la invisibilidad de la salud de las mujeres hace que atribuyamos todos los problemas a una sola causa. Si decimos: «Todo lo que me pase a partir de ahora hasta que me muera será por la menopausia», nos estamos engañando y haciéndonos un flaco favor, pues eso impedirá que logremos dar vida a los años que nos quedan.

### **Envejecimiento activo.**

#### **¿Podemos prevenir o nos hemos de resignar?**

La vida, si lo pensamos bien, es un milagro desde el mismo momento del nacimiento. De hecho, desde el momento de la concepción. Las actitudes con las que afrontamos

cada etapa de la vida, y en especial, a partir de los 60 años, son muy importantes para la salud. Solo hay que leer a Anna Freixas<sup>[66]</sup> para entender que las nuevas mujeres del siglo XXI viven con frescura y con placer la madurez, a pesar de que existan miles de circunstancias y condiciones adversas.

Pero si hemos llegado ya a los 70 años con un estado de salud aceptable, podemos tener la tentación de pensar que ya no es necesario que trabajemos para prevenir los nuevos problemas que podamos tener. «¿Total para qué, si vamos a acabar igual?», me dicen algunas compañeras. Algunos pacientes incluso me han comentado que si surge algún problema grave de salud a partir de los 70 es mejor no hacer ningún tratamiento ni gastar dinero público. Sin embargo, cuando de pronto se han de enfrentar a alguna enfermedad, un cáncer, por ejemplo, suelen cambiar de opinión.

La esperanza de vida media entre mujeres es ahora de 86,4 años, y ha aumentado dos años en los últimos ocho años. También aumenta entre los hombres, que alcanzan los 79 años de media. Las causas de muerte a largo plazo se han modificado en los últimos veinte años. Aunque sabíamos que la patología cardiovascular era la primera causa de mortalidad entre mujeres y los tumores malignos entre los hombres, estas causas se han modificado a partir de los 74 años. La demencia senil y la enfermedad de Alzheimer son las dos primeras causas de muerte de mujeres en la ciudad de Barcelona en el año 2018 (demencia senil: 10,4 %; enfermedad de Alzheimer: 8,5 %; y enfermedades cerebrovasculares: 7,9 %).

Sorprenden estos resultados cuando las estrategias preventivas que se nos proponen desde diversos ámbitos sanitarios se concentran en la vigilancia de los niveles de colesterol, lo cual limita algunos placeres de la alimentación y no es científicamente evidente que resulte útil para evitar las enfermedades que se están convirtiendo en las primeras causas de mortalidad. Existen incluso evidencias de que disminuir el colesterol total por debajo de doscientos puede incrementar la mortalidad.

¿Tenemos algunas evidencias científicas nuevas de que podamos hacer algo para prevenir las demencias, la enfermedad de Alzheimer y las alteraciones cardiovasculares? En este terreno hemos de tener en cuenta que confluyen las causas vasculares de la demencia y las alteraciones de las arterias cerebrales en relación con la diabetes y la hipertensión.

La prediabetes y la diabetes son factores de riesgo cardiovascular emergentes. La diabetes es uno de los principales riesgos para la salud cardiovascular entre las mujeres, por ello su detección precoz y su corrección se han incluido en la nueva guía de prevención cardiovascular específica para mujeres.

## **¿Podemos hacer algo para prevenir**

### **la enfermedad de Alzheimer?**

No todas las demencias que se presentan en la vida adulta corresponden a la enfermedad de Alzheimer, por lo que cuanto más riguroso sea el diagnóstico cuando se empiecen a presentar trastornos de memoria reciente o cambios de conducta acompañados de temblores o movimientos anómalos, más eficaz podrá ser el tratamiento. Las causas de las demencias secundarias se podrían agrupar en cinco grandes áreas: las de origen vascular, relacionadas con la presencia de hipertensión y diabetes previa; las derivadas de infecciones, como las del herpesvirus o la enfermedad de las vacas locas; las derivadas de endocrinopatías, como hipo/hipertiroidismo o hiperparatiroidismo; las derivadas de enfermedades autoinmunes; y las derivadas de carencias nutricionales, como el déficit de B12 y de ácido fólico. Deberíamos hacer un seguimiento de estas patologías y observar su relación con la aparición de demencias.

En cualquier caso, casi la mitad de las mujeres con demencias han sido diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer, quizás porque han mejorado los métodos diagnósticos y se ha avanzado en el conocimiento de la enfermedad. Aunque puede iniciarse hacia los 40 años, es más frecuente a partir de los 65. Se sabe ya que la acumulación de las proteínas amiloides en el cerebro estimula la formación de proteína Tau, que lesiona las neuronas. El amiloide se podría considerar como el factor de riesgo, y la proteína Tau como un índice de neurodegeneración. Los depósitos de amiloide se pueden presentar veinte años antes de que aparezcan las pérdidas de memoria. Además de las pruebas neurocognitivas para diagnosticar la pérdida de memoria, existen las técnicas de neuroimagen y la de algunos marcadores de líquido cefalorraquídeo. La importancia de detectar la enfermedad de forma precoz reside en que empiezan a existir fármacos que pueden retardar la evolución de la enfermedad. El tratamiento futuro se prevé relacionado con la disminución de la autoinmunidad (de predominio en mujeres), del estrés oxidativo (relacionado con la exposición a químicos y campos electromagnéticos) y con un mejor metabolismo de las neuronas, de la glucosa, del colesterol y del hierro.<sup>[67]</sup>

### **La doble jornada como**

#### **factor de riesgo cardiovascular**

El estrés laboral puede ser un factor de riesgo cardiovascular. Desde los trabajos pioneros en la década de 1990 de la profesora Marianne Frankenhaeuser y el profesor Ulf Lundberg, ya era conocida la participación de las condiciones de trabajo laboral y



doméstico en la génesis de la hipertensión y de alteraciones en el ritmo cardíaco. Según un estudio de la universidad canadiense de Laval, publicado en *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, las personas que han sufrido un infarto de miocardio tienen el doble de riesgo de repetir un accidente cardiovascular si están inmersas en un estrés laboral crónico.

### **Las malas relaciones personales**

#### **también pueden enfermar el corazón**

Las tensiones que se generan en una mala relación con las personas más cercanas en la convivencia pueden incrementar en un 40 % el riesgo de accidentes cardiovasculares entre las personas que no han padecido antes infarto. Mantener una relación estrecha con otra persona que aporta sentimientos negativos, hostilidad y enfados puede desembocar en infarto. Este aspecto de la convivencia pesa más en el riesgo de accidentes cardiovasculares que el hecho de que la persona en sí sea pesimista y dada a conflictos. La alteración crónica de las hormonas relacionadas con el estrés, como la adrenalina y la noradrenalina, constituye la base neuroendocrina del incremento de riesgo cardiovascular.

Todos estos riesgos cardiovasculares han permanecido invisibles y deberían tenerse en cuenta en toda estrategia de prevención cardiovascular.

### **La soledad como factor de riesgo para la salud**

En el denominado mundo desarrollado es creciente el número de personas que envejecen solas, y esta soledad tiene un sesgo de género, pues predomina en las mujeres. La precariedad de las pensiones y de las viviendas, así como el aislamiento social, afectan a la salud mental. A pesar de los esfuerzos de los servicios sociosanitarios y de los ayuntamientos es un problema social que tiene difícil solución. Existen iniciativas del sector del voluntariado que promueven el contacto de jóvenes con mujeres ancianas que viven solas. Los centros cívicos promueven también actividades destinadas a personas de la denominada tercera edad.

Pero las crisis fuertes se presentan cuando estas personas que viven aisladas enferman de forma grave y han de ingresar en el hospital. Es posible que durante estos ingresos, que pueden ser largos por la presencia de muchas patologías al mismo tiempo, las y los pacientes no reciban visitas de nadie. Se ha tenido que acuñar un nuevo término diagnóstico, «claudicación familiar», para anotar esta situación en las historias clínicas. Casi es un eufemismo, ya que la claudicación se utiliza en biología para designar la falta

de circulación de la sangre en una o dos extremidades. En el caso de la soledad de las personas ingresadas, lo que ha dejado de circular es la relación psicoafectiva entre ellas y sus familiares directos o indirectos. Esta situación la constatan diariamente los centros sociosanitarios, que atienden a pacientes con gran precariedad o en fases de rehabilitación después de graves accidentes vasculares; un trabajo que realizan casi siempre mujeres, con una remuneración escasa pero con una gran voluntad de servicio. Veremos en el último capítulo la necesidad de establecer alianzas entre mujeres, para no llegar a estas situaciones de precariedad y soledad, y también cómo los trabajos de promoción de la salud se deben establecer desde la juventud para conseguir un envejecimiento saludable.

## **La promoción de la salud**

### **desde una perspectiva de género**

La Carta de Ottawa (OMS, 1986) define la promoción de la salud como el proceso político y social global que incluye no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas a fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Identifica cinco áreas de acción prioritarias:

1. Establecer una política pública saludable.
2. Crear entornos que den soporte a la salud.
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud.
4. Desarrollar las habilidades personales.
5. Reorientar los servicios sanitarios para ajustarlos a los problemas de las personas.

La Conferencia de Promoción de la Salud en Yakarta (Indonesia, 1997) unió a estas prioridades el concepto de empoderamiento de las personas y de las comunidades y el de la participación como parte esencial para dar sostenibilidad a los esfuerzos. Proclama que las personas han de ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que estos sean eficaces. Pero hasta la actualidad la promoción de la salud no ha tenido en cuenta las diferencias ni ha abordado sus actuaciones con una perspectiva de género.

### **La promoción de la salud y las diferencias**

La promoción de la salud es un campo de la salud pública de reciente aparición que tiene en cuenta la educación sanitaria, la educación en hábitos favorables a la salud, la lucha contra las adicciones, la creación de habilidades con relación al propio cuerpo y el entorno y la utilización saludable de los servicios sanitarios.

En teoría, una buena promoción de la salud con perspectiva de género debería exigir no medicalizar excesivamente los procesos vitales, ni la lactancia, ni los embarazos, ni los partos, ni la menopausia, ni la menstruación, sino, al contrario, proporcionar suficiente información a la población, tanto masculina como femenina, sobre sus propios procesos y darles recursos para que puedan vivir con plenitud y sin agredirse, ni personalmente ni a su entorno.

Es ya clásico el planteamiento de Marc Lalonde,<sup>[68]</sup> a la sazón ministro de Salud de Canadá, en el que afirmaba que, pese a que los estilos de vida y el medio ambiente eran las dos variables que más podían afectar a la salud de la población junto con la biología humana y el sistema sanitario, los recursos presupuestarios se dedicaban básicamente al sistema sanitario y no a modificar las otras variables. Para Lalonde era necesario modificar los estilos de vida para variar las causas de la morbilidad y la mortalidad; sin embargo, se basó sobre todo en las causas de mortalidad y en los factores de riesgo del sexo masculino.

Para abordar la promoción de la salud desde una perspectiva de género no podemos limitarnos a la biología ni al medio ambiente, sino que tenemos que tomar en cuenta el entorno social, la clase social, las creencias, las condiciones de vida y trabajo, y los recursos sociales existentes para hacer más llevaderas las tareas de cuidado, tradicionalmente reservadas a las mujeres. A ello hay que añadir que los sesgos de género analizados en este libro limitan las posibilidades de investigar de una forma clara los factores de riesgo que pueden condicionar la salud de forma diferencial, y por lo tanto se deben exigir estrategias de promoción de la salud diferenciadas. Por ejemplo, si según el estudio de Framingham el primer factor de riesgo en el sexo femenino para la muerte súbita cardiovascular es el hematocrito bajo y no el colesterol, las primeras medidas para promocionar la salud de las mujeres deberían inclinarse a corregir las anemias y las ferropenias. Esta estrategia, sin embargo, no se ha puesto todavía en funcionamiento.

## **Riesgos para la promoción de la salud**

### **e intervenciones que realizar**

La cultura, las creencias y la clase social han limitado el protagonismo de las mujeres en la promoción de la salud, a pesar de que, como demostraremos más adelante, fueron las primeras sanadoras. En los estudios sobre desigualdades en salud, la clase social y la falta de educación se asocian a una mayor mortalidad prematura y menor esperanza de vida entre las mujeres. Los límites que la sociedad patriarcal ha impuesto al desarrollo de las mujeres al considerarlas siempre inferiores o con más dolencias y debilidades que los hombres hacen que el abordaje de la promoción de la salud pueda estar sesgado. Las intervenciones necesarias para cambiar esta situación deben incluir una mejor información a todas las mujeres, una mejor investigación de los factores de salud diferenciales y una divulgación de esta información de forma veraz, así como el incremento de la participación de las mujeres en el diseño de las investigaciones, con una metodología de investigación participativa y un empoderamiento de las mismas que permita hacer propuestas sobre las necesidades que investigar. También es necesaria una mayor participación de las mujeres en los órganos de gestión de la organización sanitaria.

En el aspecto biológico se deberán tener en cuenta los riesgos que producen mayor morbilidad diferencial y mayor mortalidad prematura, como hemos descrito en los primeros capítulos del libro. Una mayor información y evidencia científica puede permitir mejorar los consejos de educación sanitaria que se han dado en el pasado. Por ejemplo, según JoAnn E. Manson, una pauta de ejercicio vigorosa y continuada, como puede ser un paseo diario de una media hora, puede contribuir a la prevención del cáncer de mama de una forma más eficaz que muchas horas de gimnasia.<sup>[69]</sup> Asimismo, la prevención del tabaquismo disminuye el riesgo de cáncer de pulmón, y el incremento de calcio y vitamina D en la dieta, el de cáncer de colon. Por descontado, la eliminación de toda conducta adictiva será un componente imprescindible para la promoción de la salud.

En el aspecto psicológico hemos de tener en cuenta que en la construcción de la subjetividad femenina es donde más prevalecen los estereotipos de género, y la internalización de estos estereotipos es uno de los riesgos de la salud mental de las mujeres. La mayor ansiedad y depresión nace de la lucha desde la infancia contra unas condiciones de invisibilidad e inferioridad que agotan la salud mental. Por ello es tan grave la medicalización de la ansiedad del sexo femenino con psicofármacos o buscando depresiones mayores inexistentes, cuando lo verdaderamente importante es la discriminación social y los pocos recursos para combatirla. La profesora María Asunción González de Chávez,<sup>[70]</sup> al estudiar las relaciones madre-hija, muestra cómo según las experiencias vividas se pueden distorsionar o marcar de forma profunda las perspectivas hacia la salud física o mental, o hacia el control o vivencia de su entorno. Por ello la vulnerabilidad de las mujeres en su salud mental dependerá de sus

experiencias, de su clase social y de la discriminación que hayan sufrido desde su infancia. Las intervenciones en este campo deberán cubrir los cambios necesarios para mejorar la autoestima, la capacidad de decisión y la asertividad.

La promoción de la salud desde el punto de vista social es uno de los aspectos claramente diferenciales entre el proyecto de promoción basado en la morbilidad masculina de Lalonde y el modelo que proponemos basado en la perspectiva de género. En los estudios de Ulf Lundberg y Marianne Frankenhaeuser,<sup>[71]</sup> de 1994, ya se constató que las condiciones vitales y laborales, con una doble y hasta triple jornada que obliga a compaginar el trabajo con el cuidado de niños, ancianos y enfermos de las familias, unidas a la falta de ayuda gubernamental por el recorte de los servicios sociales del estado de bienestar (déficit de escuelas de educación infantil y preescolar, así como de servicios de asistencia en domicilio a personas ancianas o enfermas), suponen una gran sobrecarga para las mujeres.

Sin posibilidad de soporte social, sin tiempo libre y con una doble carga de trabajo, el estrés físico y mental que deben soportar las mujeres es muy grande. No puede existir una buena promoción de la salud con perspectiva de género sin una mejor organización de los servicios sociales. Combatir el estrés psicosocial que se genera por las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres es un factor esencial para mejorar su salud.

Por otra parte, el sistema sanitario, que en principio debería ser un factor más de promoción de la salud, se convierte a veces en un elemento negativo para las mujeres al medicalizar muchos de los procesos fisiológicos, como el embarazo, el parto y la menopausia. Los problemas que se derivan de la morbilidad diferencial, al no haber sido estudiados desde la perspectiva de género, no son atendidos correctamente. Las enfermedades y carencias metabólicas más frecuentes en las mujeres, como las anemias, las ferropenias, las carencias subclínicas de vitamina D y calcio, las enfermedades autoinmunes y las endocrinopatías, que producen dolor y cansancio, son atribuidas a malestares psicológicos y no son tratadas correctamente por el sistema sanitario, que no ha formado a sus profesionales en la existencia de diferencias en los factores de riesgo, en la presentación de síntomas, en las patologías, en la evolución de las enfermedades y en la distinta farmacocinética de los tratamientos. Por todo ello, nuestra propuesta es que se adopten nuevos protocolos para el diagnóstico diferencial del cansancio y el dolor desde la atención primaria, para que esta pueda diagnosticar y tratar la patología subclínica sin necesidad de derivar. Además, la docencia de las ciencias de la salud debe tener en cuenta la perspectiva de género y ofrecer formación sobre las diferencias.

La promoción de la salud medioambiental es muy importante para la salud de todos los seres humanos, pero en especial para los del sexo femenino. Existen cada día más

evidencias científicas de que algunas sustancias que pueden imitar el efecto de los estrógenos (xenoestrógenos) o alterar la armonía endocrina, como las dioxinas, tienen un efecto más duradero en el cuerpo femenino porque son sustancias liposolubles y permanecen en las células grasas durante años (más de treinta en el caso del DDT), liberándose a la corriente sanguínea. Estos productos, que llegan a los seres humanos a través del agua, el aire y los alimentos, producen alteraciones en el sistema nervioso central y en la autoinmunidad, alteran el sistema endocrino con un incremento de los estrógenos periféricos, causan esterilidad masculina y femenina y aumentan el riesgo de cáncer de mama. Están implicados también en el incremento del síndrome fibromiálgico y de fatiga crónica. Por todo ello, la salud pública debería poner en práctica una política medioambiental que proporcione la información necesaria a la ciudadanía sobre estas sustancias y prevea controles serios de la calidad del aire, del agua y de los alimentos en relación con estos disruptores. Asimismo, es necesario controlar la afectación de la población cuando ha habido vertidos tóxicos en los ríos o se han producido otras circunstancias anómalas. La promoción de la salud desde una perspectiva de género no puede obviar esta correlación medioambiental.

Es evidente también que todas las adicciones individuales, como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción, introducen en el organismo productos tóxicos que a largo plazo pueden producir cáncer de pulmón o de mama, por lo que la lucha desde los estamentos de salud pública debe dirigirse a la prevención de estas adicciones.

Entre los hábitos saludables es importante insistir en el papel del ejercicio físico, llevado a cabo con moderación, pero de forma constante. También en el mantenimiento de la dieta mediterránea, rica en frutas y verduras, y equilibrada en cuanto a proteínas de alta calidad (carne y pescado, leche y quesos). El seguimiento de la dieta no debe suponer una constante restricción de la comida, sino una búsqueda constante del placer. A los regímenes restrictivos debemos oponer la nutrición placentera.

Otro aspecto diferencial relacionado con los hábitos tiene que ver con las dificultades que encuentra la mujer para disponer de tiempo y espacio para ella misma, para poder relajarse, pensar o simplemente no hacer nada. Este es un hábito absolutamente necesario para el buen equilibrio y la salud mental de las mujeres, que han estado durante siglos pendientes de ofrecer el mejor servicio a los demás. Cuando Virginia Woolf propuso en *Un cuarto propio* —del que recomiendo la sutil traducción al castellano de María-Milagros Rivera Garretas—<sup>[72]</sup> que las mujeres tuvieran un espacio para escribir y para encontrarse con ellas mismas, no sabía la gran repercusión que su libro tendría cien años después. En palabras de su traductora, Virginia «desvela con amor muchos ámbitos de lo femenino libre de su tiempo y de la historia de la literatura. Uno de estos ámbitos es el de la relación propia que las mujeres tenemos con la

fecundidad, en todos los sentidos del término. Otro es el de las relaciones entre mujeres». Este es el espacio que han de volver a conquistar las mujeres, eternas cuidadoras, eternas vividoras «para otros, para los demás»; un espacio y un tiempo propio donde volver a desarrollar el femenino libre, sabiendo que esta tarea de reconstrucción personal requerirá tiempo y encontrará obstáculos, como ya advirtieron las mujeres que a mediados de la década de 1980 formaban la Librería de Mujeres de Milán:<sup>[73]</sup> «Virginia Woolf ha escrito que, para hacer una labor intelectual, se necesita tener una habitación propia. Pero, una vez en la habitación, puede resultar imposible estarse quieta y aplicarse al trabajo, porque los textos y lo que estos dicen se presentan como bloques extraños, opresivos, de palabras y hechos entre los que la mente, paralizada por emociones sin correspondencia con el lenguaje, no consigue abrirse camino. La habitación propia debe entenderse, por tanto, en otro sentido: como colocación simbólica, como lugar-tiempo provisto de referencias sexuadas femeninas, donde poder estar significativamente para un antes y un después de preparación y confirmación».

Las mujeres deben prepararse para sus propios cambios, que solo les pueden venir dados por sus propias fuerzas y por su capacidad de decisión, como explicaremos en el último capítulo de este libro. Debe haber, pues, un antes de preparación de ellas mismas, recogiendo información y trabajando espacios para reencontrarse consigo mismas, y un después en el que confirmen su acción hacia el exterior, sus nuevas relaciones y la manifestación de sus deseos y emociones, que han quedado ocultos después de siglos de invisibilidad.

### **¿Cómo promover la salud en libertad?**

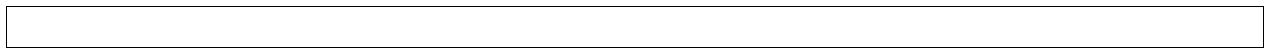
Los objetivos de salud pública han sido revisados por los propios especialistas en la materia, como James McCormick,<sup>[74]</sup> que plantea que «los objetivos de salud, y en particular las preocupaciones para evitar riesgos para la salud de la población, disminuyen la libertad personal y se pueden convertir en una nueva forma de fascismo en la salud».

F. Peter sugiere que los modelos positivistas que se refieren solo a una promoción idealista y en sentido positivo del bienestar, así como el modelo denominado biomédico, que se refiere sobre todo a evitar enfermedades, no están implicados con la equidad, por lo que sugiere un tercer modelo que define la salud como libertad. Recoge elementos del modelo positivista y del modelo biomédico, pero les añade una dimensión nueva: nuestra capacidad para decidir nuestro bienestar. En este sentido, se relaciona bien con la definición de salud que el doctor Jordi Gol i Gurina propuso en el

Primer Congreso de Médicos y Biólogos de habla catalana: «una autonomía personal, solidaria y gozosa». Es decir, una salud para disfrutar.

Promover la salud no es establecer un conjunto de normas coercitivas que disminuyan la libertad, sino dar una serie de recursos para que los seres humanos, actuando con una mayor libertad, sean dueños de su futuro en cada momento y puedan decidir el grado de implicación biológica, psicológica y social que tienen con su entorno, su propia vida y su propio cuerpo.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las mujeres incluye actividades de acompañamiento y de mejora de la autoestima, técnicas de pedagogía feminista, actividades en grupo y formación de redes de ayuda mutua basadas en los apoyos naturales, por lo que se precisan intervenciones diferenciadas.



[62] Abelló, M., *Cares a la finestra*, Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2010.

[63] Coria, C., A. Freixas y S. Covas, *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*, Barcelona: Paidós, 2005.

[64] Izquierdo López, N., «A la abuela, que me enseñó a mirar», *Archipiélago*, n.º 44, 2000, pp. 33-38.

[65] Borrell, C. y J. Benach (coords.), «Les desigualtats en la salut a Catalunya», Barcelona: CAPS-Bofill/Mediterrània, 2003; y Borrell, C. y J. Benach (coords.), «Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya», Barcelona: CAPS-Bofill/Mediterrània, 2005.

[66] Freixas, A., *Tan frescas*, Barcelona: Paidós, 2013.

[67] Winblad, B. *et al.*, «Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society», *The Lancet. Neurology*, 15(5), 2016, pp. 455-532.

[68] Lalonde, M., *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa: Department of Health and Welfare, 1974.

[69] Manson, J. E. *et al.*, «Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women», *New England Journal of Medicine*, 347(10), 2002, pp. 716-725.

[70] González de Chávez Fernández, M. A., *op. cit.*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.

[71] Lundberg, U., B. Mardberg y M. Frankenhaeuser, «The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and number of children», *Scandinavian Journal of Psychology*, 35(4), 1994, pp. 315-327.

[72] Woolf, V., *Un cuarto propio*, Madrid: Horas y Horas, 2003.



[73] Librería de Mujeres de Milán, *No creas tener derechos*, Madrid: Horas y Horas, 2004.

[74] McCormick, J. y D. Anderson, *Risk, health and the consumer*, Londres: Social Affairs Unit, 1992.

PARTE II

**LA INVISIBLE  
SALUD DE LAS  
MUJERES**

**La invisibilidad de las mujeres para la ciencia** *El final de Antígona da pie a una paradoja: por un lado su entierro se corresponderá en adelante con la invisibilidad de las mujeres en la historia del género humano, de donde ha sido excluida, bien porque se las invisibiliza realmente, bien porque se las obliga a permanecer calladas, o bien porque se habla de ellas como transgresoras para castigarlas. Pero, por otra parte, aquí reside su paradoja, al enterrarla viva no se permite verla morir, ver su cadáver. Este ha sido sustraído a nuestros ojos, la muerte no ha sido verificada.*

VICTORIA SAU[75]

Una profesora de instituto, de 48 años, se empieza a sentir muy cansada a principios del mes de diciembre y con algunos síntomas de fiebre y resfriado. Ella misma cree que tiene tan solo un resfriado y guarda cama durante un fin de semana para no faltar a sus clases, ya que está al final del primer trimestre. Al volver al trabajo continúa muy cansada, se ahoga y tiene dificultades para subir escaleras y hacer esfuerzos. Al mismo tiempo empieza a presentar confusión mental y mucho sueño, por lo que fácilmente se queda dormida durante el día, y en cambio se despierta por la noche con insomnio y da vueltas por la casa. Empieza a olvidar cómo se prepara la comida o hacer una taza de té. Su familia consulta con el hospital y, después de ser visitada en urgencias, la derivan al servicio de psiquiatría por su estado de confusión. En el servicio de psiquiatría atribuyen su estado al estrés del final del trimestre y le administran sedantes y antidepresivos. Su estado empeora progresivamente, casi no puede hablar y sus piernas y abdomen se hinchan cada vez más, aumentando de peso sin casi comer ni beber. Vuelven a ir a urgencias de psiquiatría, donde aumentan la dosis de antidepresivo. Pasan las Navidades sin que mejore, y el día antes de fin de año la familia la vuelve a llevar al servicio de urgencias, donde por primera vez se le practica un electrocardiograma, en el que se pone de manifiesto una gran inflamación del corazón, una miocardiopatía dilatada, y una severa insuficiencia cardíaca, lo que hace que pase una semana entre la vida y la muerte y preparándola para un posible trasplante cardíaco. El cuadro, que se trató como un problema psiquiátrico, era en realidad una deficiencia grave de oxígeno en el cerebro debido a las dificultades del corazón para bombear la sangre, lo que asimismo explicaba la hinchazón de la mitad inferior de su cuerpo. Las inflamaciones del miocardio se pueden presentar después de una infección.

El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria en lo referente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, e incluso para su rehabilitación y para los programas de promoción de la salud, o que sus síntomas sean confundidos, minimizados o mal diagnosticados y que sus quejas sean siempre relegadas a quejas psicológicas o psicósomáticas, pone en cuestión las bases que ha empleado la ciencia para reconocer los problemas de salud de hombres y mujeres. Todas

las ciencias han nacido en un periodo histórico determinado, y aunque se había creído que la ciencia era objetiva y neutra, desde Thomas Kuhn se inició un pensamiento crítico respecto a la pretendida «objetividad de la ciencia» que evidenció que esta es una construcción social, por lo tanto influenciada por intereses políticos, económicos, ideológicos y sociales, externos e internos a la propia generación científica. La ciencia no es ajena a las actitudes que tienen los investigadores hacia las mujeres y los hombres ni a los estereotipos mentales que marcan su conducta. La ciencia médica nace fundamentalmente de la concentración de pacientes en los hospitales, donde se empezó a acumular la información para construir el cuerpo científico y los diagnósticos de las enfermedades, y a comprobar la evolución de los tratamientos. Pero, como analizaba en el libro *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*,<sup>[76]</sup> la mayoría de los hospitales atienden sobre todo patología masculina —si exceptuamos la relacionada con el parto y la atención posparto—, predominantemente enfermedades agudas como neumonías, infartos de miocardio o úlceras de estómago, que tienen un predominio de incidencia en el sexo masculino. Por lo tanto, buena parte de la ciencia que se ha basado en la acumulación de datos se ha centrado sobre todo en los que presentaba el sexo masculino. Además, se partía de la base de que al estudiar al varón se estudiaba también a la mujer, y por tanto se consideraba que hombres y mujeres eran iguales para la ciencia biomédica, dando por hecho que estudiar a uno de los sexos ya permitía actuar sobre el otro.

La ciencia médica ha nacido sesgada debido a su androcentrismo, por lo que se hace necesario investigar en qué apartados y cómo ha conseguido invisibilizar a las mujeres o sesgar su aproximación diagnóstica y terapéutica.

### **¿Existe una esencia en la ciencia de la diferencia?<sup>[77]</sup>**

Se ha dudado, desde Aristóteles y los padres de la Iglesia hasta los pseudocientíficos del siglo XIX, de la capacidad intelectual de las mujeres para desarrollar, planificar o realizar un trabajo científico. Londa Schiebinger analiza profundamente cuáles son las dificultades de la ciencia para incorporar la visión científica de las mujeres a lo largo de la historia: «Las opiniones sobre la “naturaleza especial” de las mujeres se han agrupado en torno a tres posturas fundamentales: el esencialismo, el feminismo liberal y el feminismo cultural».

Las y los esencialistas creen que las mujeres no pueden hacer un trabajo científico de la misma calidad que el de los hombres, que hay en su naturaleza física o psicológica algo que les veta la labor intelectual creativa. Las y los feministas liberales (hoy también denominados feministas científicos) se han enfrentado con los esencialistas, al menos desde el siglo XVII, aseverando que es lo nutricional y no lo natural lo que explica el mal

papel de las mujeres en la ciencia. Los liberales sostienen que las numerosas supuestas diferencias entre la mente y el cuerpo de hombres y mujeres son producto de los esfuerzos por mantener a las mujeres en roles subordinados. Las y los feministas culturales de hoy defienden lo que indicó John Stuart Mill hace más de un siglo. En su libro *El sometimiento de las mujeres* planteaba que «lo que ahora se llama la naturaleza de las mujeres es algo eminentemente artificial, consecuencia de una represión forzada en algunos sentidos, de un estímulo antinatural en otros. Podemos afirmar sin titubear que no ha existido ninguna otra clase dependiente a cuyos miembros se les haya distorsionado el carácter natural de una manera tan absoluta como consecuencia de sus relaciones con sus amos». Proponía pensar cómo se podrían reformar las instituciones, los objetivos y las prioridades investigadoras de la ciencia tomando en consideración la experiencia de las mujeres, ya que esta es una perspectiva que se ha descuidado.

Para muchas científicas feministas el hecho de estudiar las diferencias biológicas entre mujeres y hombres dentro de una cultura androcéntrica solo puede conseguir que aumenten las discriminaciones, ya que es muy posible que las diferencias se utilicen para demostrar la inferioridad. No quieren estudiar las diferencias hasta que no se hayan acabado las desigualdades, por miedo a que las diferencias se conviertan en nueva fuente de discriminación. Pero si abandonamos el estudio de las diferencias y lo dejamos solo al cuidado de la denominada ciencia del masculino neutro, aunque sea ejercida por mujeres científicas, la ciencia biológica avanzará sin la crítica necesaria, y posiblemente, en el caso de la medicina, sin investigar los recursos necesarios para conseguir una mejoría en la igualdad de oportunidades respecto a la salud. Para la catedrática de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada Teresa Ortiz Gómez, «el feminismo mostró durante años cierta somatofobia o, al menos, importantes resistencias y dificultades para hablar del cuerpo que se derivaban, por una parte, de su interés intelectual y político por atender a la construcción social de las diferencias sexuales y, por otra, de la estricta oposición sexo-cuerpo/género que marcaba las primeras definiciones de la categoría “género”». Pero estas resistencias han evolucionado en la medida en que se han incorporado cada vez más mujeres al estudio de la biología humana y al trabajo de las ciencias de la salud.

Sandra Harding,<sup>[78]</sup> en su libro ya clásico *Ciencia y feminismo*, se pasea por las contradicciones de género dentro de las ciencias y por el androcentrismo de la biología y las ciencias sociales señalando de qué forma se utiliza la ciencia al servicio de proyectos clasistas, sexistas, racistas y homófobos, o cómo el diseño y la interpretación de las investigaciones se han desarrollado, una y otra vez, de forma sesgada a favor del género masculino: «Cuando empezamos a teorizar nuestras experiencias durante el segundo movimiento de la mujer, hace solo una década y media, sabíamos que nuestra tarea sería difícil aunque estimulante. Pero dudo que ni en nuestros sueños más

disparatados hubiésemos imaginado que tendríamos que reinventar la ciencia y la misma teorización para dar sentido a la experiencia social de las mujeres».

Este es el reto que tienen en este momento las ciencias biológicas y las ciencias de la salud: reinventar los objetivos de la investigación y la metodología, y evitar los sesgos de género en los resultados, pero sin abandonar la investigación de las diferencias en la salud y en la enfermedad, ya que su abandono nos podría perjudicar sesgando aún más los resultados de la ciencia que se están produciendo en este momento.

Las relaciones de la ciencia con el feminismo de la igualdad o de la diferencia nos hacen plantear que en el actual momento histórico la denuncia de la discriminación y la crítica al androcentrismo en la ciencia médica son asignaturas pendientes, aun con la incógnita de si el estudio de las diferencias entre mujeres y hombres a nivel biológico o de salud va a matizar la afirmación de Simone de Beauvoir de que no nacemos mujer. Pero, en todo caso, tal como lo interpreta Celia Amorós comentando las asignaciones que van recibiendo las mujeres a lo largo de sus vidas: [A]un estando llenas de agudeza y penetración las descripciones de Beauvoir de estos *ubi*, es más interesante en ella, a nuestro juicio, lo que podríamos llamar el aspecto subjetivo del género o lo que ahora se denominaría «identidad de género». Este aspecto, de tratamiento más psicológico que sociológico, se referiría al modo, necesariamente conflictivo, de entrenamiento, por parte de las mujeres, en ese proyectar el proyecto del otro para ellas, el cual, justamente, las niega como proyecto y ni siquiera les permite percibir su diseño propiamente como un proyecto del «otro», sino como la forma canónica misma de lo que debe ser su inserción en la realidad.<sup>[79]</sup>

Pero la aportación del feminismo a las ciencias sociales y a las de la salud no se ha limitado solo a hacer visibles las relaciones ocultas o desenmascarar conclusiones tendenciosas, sino que también ha puesto en cuestión la forma de investigar. ¿Qué hemos de hacer al investigar, reunir datos o producir datos? Nos lo aclara la socióloga Capitolina Díaz cuando señala que la investigación feminista ha demostrado que el observador está, por necesidad, implicado en el proceso de producción de datos, lo que no significa que se los invente, sino que los datos no existen como tales hasta que el investigador los hace visibles en un contexto particular y con un objetivo definido.<sup>[80]</sup> Por ello, en el contexto de una ciencia androcéntrica, los datos relacionados con las mujeres y los temas de género permanecen ampliamente invisibles, como ha ocurrido en la ciencia de la medicina, en la que las mujeres han sido tradicionalmente invisibles.

Los estudios con perspectiva de género se han introducido de forma más lenta dentro de las ciencias de la salud y en las estructuras sanitarias que en la sociología y otras ciencias. Se partía de la base, como en toda ciencia androcéntrica, de que estudiar al

hombre ya permitía deducir que la manifestación, la evolución y el tratamiento de las enfermedades eran idénticos para ambos sexos. Esta premisa se ha demostrado falsa.[\[81\]](#)

La primera constatación pública de sesgos de género en la asistencia e investigación médica la realizó la cardióloga americana Bernadine Healy,[\[82\]](#) que alertó de la mala praxis en la atención cardiovascular de las mujeres debido a que no se había tenido en cuenta la presencia de estas en la mayoría de los trabajos de investigación sobre problemas cardiológicos realizados antes de 1993. Sin una buena ciencia no puede existir una correcta asistencia. Este es el primer sesgo de género en medicina: no incluir mujeres en los trabajos de investigación o no diferenciar por sexo los resultados. En estos momentos históricos, y gracias a diversos movimientos sociales, se está demostrando que la igualdad de género en la ciencia, en la medicina y en la salud global está promoviendo cambios que conducen a mejoras sociales, económicas y en salud.[\[83\]](#)

Pero una vez visibles los resultados, se ha podido constatar que existen diferencias en la manifestación clínica de las enfermedades cardíacas,[\[84\]](#) autoinmunes,[\[85\]](#) endocrinas, respiratorias[\[86\]](#) y en las alteraciones de la salud mental.[\[87\]](#) Estas diferencias se relacionan con la biología diferencial (sexo), como la fisiología de varones y hembras en el funcionamiento molecular y celular o en la respuesta a mecanismos epigenéticos, y con las diferencias impuestas por los estereotipos de género, como las normas sociales estereotipadas, impuestas o adoptadas, o las conductas, identidades y expectativas sesgadas. El segundo sesgo de género ha sido no investigar a fondo los problemas de salud prioritarios entre mujeres, así como la morbilidad diferencial, y aislar las investigaciones de las mujeres reales, no teniendo en cuenta la relación de la evolución de sus enfermedades con el ciclo menstrual y sus hormonas, o con las condiciones psicosociales de vida y trabajo. Tampoco se han tenido en cuenta los condicionantes medioambientales, que actúan de forma específica sobre la salud. Los disruptores endocrinos afectan de forma diferencial al cuerpo de las mujeres, favoreciendo cambios en la inmunidad y potenciando enfermedades endocrinas que estaban latentes.[\[88\]](#)

A pesar de las nuevas evidencias sobre las diferencias de enfermar entre mujeres y hombres, se ha hecho muy poco para incorporar la ciencia de la diferencia a la práctica clínica y a las guías de atención a las y los pacientes. Por ello es muy necesario realizar adaptaciones de las actuales guías de práctica clínica, para que tengan en cuenta las diferencias en la manifestación de la misma enfermedad en los dos sexos y qué consecuencias prácticas se pueden obtener de una mejor información. Existen varios instrumentos para guiar la inclusión del sexo y el género en los trabajos asistenciales y de investigación. La guía *Sex and Gender Equity in Research* proporciona directrices para que las personas que revisen las guías de práctica clínica incorporen las evidencias

sobre las diferencias por sexo y género y utilicen los términos de forma adecuada.<sup>[89]</sup> Las mujeres han sido invisibles para la ciencia porque se ha considerado que sus problemas eran similares a los del hombre y que, por lo tanto, era posible extrapolar los datos de estos últimos.

Cuando Bernadine Healy, en el año 1991, estudió la mala praxis de los servicios de cardiología americanos al no realizar las mismas técnicas diagnósticas y las mismas exploraciones a mujeres y a hombres analizó precisamente de dónde nacía este posible sesgo inconsciente, y descubrió que se remontaba a la década de 1980, en la cual todos los programas de investigación que se realizaban relacionados con las enfermedades cardiovasculares, ya fuera para el estudio del tabaquismo, de los lípidos, de las hiperlipidemias o del tratamiento y la prevención a través de fármacos, se habían realizado solo con hombres. Por lo tanto, el primer dato es que las mujeres fueron excluidas sistemáticamente durante años de los ensayos clínicos, pues se suponía que los resultados de los hombres se podían aplicar automáticamente a las mujeres o que estas estaban protegidas de forma natural frente a determinadas enfermedades. Así pues, no se estudió si había diferencias en los efectos secundarios de los fármacos antilipidémicos o en los efectos del tabaco entre las mujeres, como tampoco si la mortalidad y morbilidad después de un infarto de miocardio era mayor entre hombres o entre mujeres o si los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica presentaban alguna diferencia entre sexos.<sup>[90]</sup>

Décadas de investigación sobre prevención, métodos de diagnóstico y programas de intervención han incluido solo hombres como sujetos de investigación. Es el caso del estudio de Murphy,<sup>[91]</sup> publicado el año 1977, que analizó los beneficios de la cirugía coronaria en grupos de varones con angina de pecho y solo contenía varones en su cohorte. Otro estudio, el Physicians Heart Study,<sup>[92]</sup> publicado en 1990 para demostrar que la aspirina podía prevenir los ataques cardíacos, agrupó a veintidós mil sujetos varones. Y otro estudio anterior,<sup>[93]</sup> realizado en 1982 para estudiar los factores de riesgo múltiple para las enfermedades coronarias, analizó a doce mil individuos, todos varones.

Sin embargo, las extrapolaciones nunca se han podido demostrar de una forma científica, y los factores de riesgo y de protección para la salud detectados en hombres, como el efecto protector del ácido acetilsalicílico frente a los problemas cardiovasculares, no se han podido probar nunca en las mujeres como eficaces. Por el contrario, factores de riesgo que pueden ser cruciales para la salud de las mujeres, como los debidos a la sobrecarga desigual en el cuidado de las familias y en el trabajo doméstico, todavía han de ser plenamente investigados, pero se ha demostrado que tienen un efecto claro sobre los riesgos cardiovasculares y sobre la hipertensión.



Los factores de riesgo para la muerte súbita derivados del Framingham Heart Study, después de veintiséis años de seguimiento, son diferentes para hombres y mujeres. Para los hombres, los factores de riesgo más importantes para la enfermedad cardiovascular son, por este orden: la edad, el colesterol sérico, el número de cigarrillos fumados a diario, el peso relativo y la tensión arterial sistólica. En cambio, para las mujeres los tres principales predictores de enfermedad cardiovascular fueron: la edad, la capacidad vital (la capacidad respiratoria máxima) y el hematocrito que indica el grado de anemia o el volumen de los glóbulos rojos; como dato marginal en mujeres mayores de 60 años, el colesterol y la glucosa también se indicaron como otros factores de riesgo.

**Invisibilidad de las mujeres derivada de la idea de que están protegidas por su diferencia** Un ejemplo paradigmático de la invisibilidad en el estudio de las diferencias creyendo que las mujeres están protegidas por su propia biología ha sido precisamente la relación entre la terapia hormonal sustitutiva aplicada a las mujeres después de la menopausia y la enfermedad cardiovascular. Esta relación se analizó sin ensayos clínicos de larga duración, tan solo con ensayos a tres o cuatro meses, viendo si mejoraba la calidad de vida inmediata, la sequedad vaginal y las sofocaciones, y en cambio no se estudió el efecto a largo plazo sobre la enfermedad cardiovascular porque eran estudios que tenían que durar de dos a tres años para que pudieran ser válidos. Se realizó una inferencia rápida no basada tampoco en estudios fisiopatológicos, sino en la «creencia» —y decimos «creencia» con todo el contenido ideológico que supone esta palabra— de que las mujeres debían de estar más protegidas de los infartos porque aparentemente no presentaban la misma sintomatología que los hombres; aspecto que hemos demostrado que era totalmente falso, dado que las muertes súbitas por infarto son mucho más predominantes entre mujeres que entre hombres. Con esta creencia en la cabeza, se decidió afirmar que la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia protegería a las mujeres de la enfermedad cardiovascular. Por suerte, en este caso la medicina basada en la evidencia, que quiere decir basada en los ensayos clínicos —sobre todo los incentivados y realizados desde entidades no lucrativas o desde la salud pública de cada país—, desarrolló el ensayo clínico HERS, que comprobó, a través de un seguimiento de cuatro años, si una terapia hormonal sustitutiva realizada en mujeres que ya habían tenido problemas cardíacos tenía efectos negativos o positivos sobre la enfermedad cardiovascular. En el último informe realizado por este grupo se ha puesto de manifiesto que no se han encontrado diferencias en la incidencia de problemas cardiovasculares entre el grupo tratado y el grupo placebo, lo que contradice las suposiciones previas de que la terapia estrogénica tenía un efecto protector sobre las coronarias. De hecho, se presentó un número considerablemente mayor de muertes por trombosis durante los primeros años del estudio entre el grupo tratado con terapia hormonal sustitutiva que en el grupo placebo.

A raíz del trabajo de Bernadine Healy como directora de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH), se preparó un segundo ensayo clínico, el Women's Health Initiative, destinado a evaluar los efectos de la terapia hormonal sustitutiva en un grupo amplio de población. El ensayo tuvo que ser suspendido en el año 2001 porque los resultados ponían de manifiesto, sobre todo en mujeres tratadas con dosis altas de estrógenos y progestágenos de síntesis, que la existencia de enfermedades cardiovasculares (especialmente infartos) en el grupo tratado era superior que en el grupo placebo. En este caso, una supuesta diferencia que tenía que ser protectora había producido más enfermedad y más problemas que la propia situación de origen, lo que puso de manifiesto que la mera buena voluntad no sirve para hacer ciencia; es necesario realizar ensayos clínicos que demuestren que las terapias son adecuadas.

Un tercer ejemplo, que se puso en marcha cuando se comprobaron los efectos negativos de la terapia hormonal en la menopausia por aumentar el riesgo cardíaco y el cáncer de mama, fue la propuesta de utilizar los fitoestrógenos como elemento modulador de las mujeres también durante la menopausia. Se extrapoló la observación de que las mujeres asiáticas presentaban una incidencia menor de cáncer de mama que las mujeres occidentales, aceptando como ciencia la posibilidad de que la alimentación con fitoestrógenos pudiera ser un elemento protector en la menopausia por su efecto de estrógeno débil, que ocuparía el receptor celular y evitaría el efecto de los estrógenos fuertes. En Occidente, sobre todo en determinados países como España, se han introducido y comercializado de forma masiva los fitoestrógenos como coadyuvantes de la terapia durante la menopausia, e incluso se administran a mujeres premenopáusicas sin ninguna base científica. La sorpresa ha sido que, dado que el efecto estrogénico débil de los fitoestrógenos es dependiente de las dosis —y a las grandes cantidades administradas se sumaba la alimentación a base de soja y otros derivados fitoestrogénicos—, la acumulación de estos productos ha producido una alteración en las células mamarias, presentándose cáncer de mama y un incremento de hiperplasia endometrial con presencia de sangrados. Además, los últimos trabajos de investigación han señalado que un cúmulo exagerado de estos productos (isoflavonas) puede ser también un factor de riesgo para el cáncer de vejiga. Todo esto pone de manifiesto que con gran frecuencia los tratamientos que se lanzan al mercado destinados a las mujeres no se han probado en ensayos clínicos con evidencia buena y son meras extrapolaciones de observaciones sin base científica.

### **Invisibilidad de la mujer como ser diferente por ser vista solo como un no hombre**

**Un primer grado de invisibilidad es la exclusión sistemática de las mujeres como sujetos de los ensayos clínicos y como componentes de la muestra de estudio, pero un segundo problema son los estereotipos de género en la salud. Para abordar este**

**segundo nivel de invisibilidad es necesario realizar un esfuerzo metodológico en relación con el significado del género y su impacto sobre la salud.**

Aunque *sexo* y *género* se utilizan a veces como si fueran términos que pueden sustituirse uno por otro, la distinción entre los dos es crucial, ya que el sexo está determinado por la estructura cromosómica en el momento de la concepción y se reserva para referirse a las características biológicas de los seres humanos; en cambio, el género es lo que la sociedad y la cultura piensan de las características biológicas diferentes. El género tendrá una profunda influencia en las experiencias vitales, y esto no se limita solo a las diferencias cromosómicas. Se trata de una categoría social cuyas características resultan del acceso controlado socialmente a los recursos y oportunidades, y vienen determinadas por las actitudes, las conductas y los valores.<sup>[94]</sup>

Como ejemplo de problemas de género que pueden influir en la salud podemos citar la violencia de género, que, ampliamente extendida en las capas más profundas de las relaciones humanas, tanto domésticas como laborales, está produciendo graves daños psicológicos y físicos, lo que se traduce en problemas de salud a corto, medio y largo plazo. Esta violencia ha permanecido muchas veces invisible, y no se ha hecho el esfuerzo de estudiar sus implicaciones en la salud de mujeres y hombres.

Por otro lado, existe el impacto del papel de cuidadoras que han desarrollado las mujeres, el cual responde a un formato socialmente determinado que ha establecido que casi el 75 % de los cuidados no remunerados en el hogar sean proporcionados por los parientes próximos, en su mayor parte por mujeres. Este papel de cuidadoras tiene un impacto en las trayectorias y en las carreras profesionales de las mujeres, porque limita su evolución personal y condiciona incluso el trabajo que pueden aceptar y realizar. Más de la mitad de las mujeres cuidadoras tienen problemas significativos de salud, y casi un tercio de ellas entran en su etapa de envejecimiento con serios problemas financieros.

Una segunda desviación por género implica que las mujeres reclaman más asistencia sanitaria y piden más atención a su sintomatología. El hecho de que masivamente pidan ayuda en los centros de atención primaria conduce a una mayor prescripción de tranquilizantes y sedantes en primera visita sin realizar ninguna prueba diagnóstica. Este sesgo de género en la atención y en la asistencia no tiene ninguna explicación científica, y debe ser estudiado desde el punto de vista de los estereotipos de género, que atribuyen a las mujeres muchos más problemas psicosomáticos y psicológicos, sin tomar en cuenta las bases sociales y culturales de sus demandas.

Otro problema que implica relaciones de género sería precisamente el hecho de que los bajos niveles de empleo, de renta, de trabajo y de recursos (el denominado empoderamiento) que presentan las mujeres condiciona indirectamente problemas de salud, ya sea porque tienen poco tiempo disponible para el cuidado de ellas mismas o porque esto conduce a una diferencia en la presentación de síntomas, en la percepción de los mismos y en la negociación del tratamiento de sus enfermedades con los médicos. Cuando la sintomatología que se presenta es muy abigarrada y los recursos son escasos, existen muchos límites para exponer estos problemas en el acto médico, lo que genera invisibilidades por falta de valoración de los propios síntomas.

También es un problema de género la denominada «paradoja entre muerte y vida»: una mayor esperanza de vida de las mujeres, pero, en cambio, una mayor tasa de enfermedad y de discapacidad en los últimos años de vida de estas. Los análisis de género, salud y longevidad revelan que las mujeres presentan muchas más enfermedades crónicas incapacitantes, muchas más visitas a los médicos y mucha más prescripción (o no prescripción) de fármacos utilizados para mejorar su estado de salud, sobre todo en situaciones de dolor y de cansancio. Pero, en cambio, a igualdad de condiciones económicas, la esperanza de vida de las mujeres es mucho más dilatada que la de los hombres.

**No se puede ver lo que no se mira Una cuestión que impide la visibilidad de los problemas de género en las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir en las encuestas preguntas relativas a las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, a las diferencias de sobrecarga diaria en relación con los hombres, a la doble jornada y a las tareas concretas que realizan en el ámbito doméstico. Si los estudios que se hacen en salud pública solo se basan en las necesidades y problemas de algunos grupos que son los habitualmente más favorecidos, las políticas basadas en estos datos, aunque parezcan dirigidas a toda la población, acabarán mejorando la salud solo de esos grupos, incrementando al final las desigualdades. Es lo que el grupo de investigadores de salud pública denomina «ley de asistencia inversa» y «ley de prevención inversa».**[\[95\]](#)

Cuando se introdujo el abordaje de género en las encuestas de salud, Carme Borrell e Izabella Rohlf's[\[96\]](#) propusieron cambios en las preguntas que realizar y en el método de estudiar los resultados. No solo se han de analizar los datos de salud separados por sexo para saber qué problemas afectan a mujeres y hombres de forma diferente, sino que la variable de género significa también analizar de forma crítica cuáles son las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres que son consecuencia de las relaciones de subordinación, dominio y poder. Además, debemos tener siempre en cuenta que el colectivo de mujeres no es un todo homogéneo, y que los problemas de

salud son diferentes en función de la clase social, la raza y la etnia, por lo que es importante tomar en consideración la situación económica, la nacionalidad, la edad y la profesión, para relacionarlas con el estado de salud.

Una de las desigualdades entre mujeres y hombres más difíciles de visibilizar ha sido la relacionada con el trabajo de cuidado de la familia y con todo el trabajo no remunerado que han realizado y realizan las mujeres en el ámbito doméstico (el cuidado de enfermos, la manutención y la intendencia de toda la familia), tareas que la mayoría de las sociedades occidentales consideran improductivas y que, por tanto, son invisibles. De hecho, las tareas domésticas solo se hacen visibles cuando no se realizan, cuando los platos y la ropa por lavar se acumulan, cuando la nevera se vacía y cuando faltan los elementos esenciales para el funcionamiento de una casa.

Todos estos aspectos permanecerán invisibles para los estudios epidemiológicos de salud si no se introducen en los cuestionarios nuevas preguntas que hagan posible atender a estas condiciones de vida que pueden afectar a la salud. Una pregunta tan simple como el número de personas que viven en el mismo hogar podría ayudarnos a obtener una visión más realista de los problemas de salud que presentan las mujeres en relación con su entorno.

A medida que empeoran las condiciones socioeconómicas individuales y familiares, los indicadores de salud son más negativos, sobre todo para las mujeres. En nuestra sociedad, son las mujeres las más vulnerables a situaciones de pobreza y exclusión social.

Precisamente para visibilizar las diferencias en salud por razones de género, nuestra organización CAPS, bajo la dirección de Carme Borrell y Joan Benach, publicó dos informes<sup>97</sup> sobre las desigualdades de salud en Cataluña. En estos informes se ha puesto de manifiesto que las condiciones de clase, el vivir en uno u otro territorio y las condiciones de vida de las mujeres afectan al estado de salud e incluso al dolor percibido. Padecen más problemas las mujeres de clase baja y de territorios alejados de las grandes ciudades.

### **Reduccionismo psicológico**

### **y reduccionismo reproductivo**

Sabemos que la esperanza de vida de las mujeres es más dilatada que la de los hombres, de siete a diez años más. Partiendo de esta información, sería posible creer que no es necesario realizar investigación sobre la salud de las mujeres porque su vida está ya

protegida de forma natural. La sociedad y los profesionales de la salud podrían creer que las mujeres disfrutaban de un mejor estado de salud que el hombre. Pero si consideramos cuántos de los años vividos de más lo son con calidad de vida, existe una gran similitud entre mujeres y hombres, pues las primeras presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los segundos, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas.

La noción de que existen diferencias intrínsecas entre los dos sexos se basa en la consideración de que la salud de las mujeres es solo una salud reproductiva, y muchos profesionales sanitarios y muchas de las políticas que se establecen en los países en relación con la salud de las mujeres se centran sobre todo en relacionar la salud con el embarazo, la anticoncepción, la planificación familiar y, recientemente, con la menopausia. Se visibilizan precisamente los problemas relacionados con su visión reproductiva, pero se acaban invisibilizando otros también relacionados con la salud reproductiva, como puede ser la menstruación, que todavía es un tema tabú para la asistencia primaria y permanece invisible para la investigación científica. Este reduccionismo hacia la salud reproductiva ha tenido como consecuencia la organización de servicios asistenciales con unidades que atienden «exclusivamente los problemas de las mujeres» o que conforman «unidades de atención a la mujer» segregadas de las unidades de atención primaria o del sistema de atención de un hospital, olvidando las similitudes de los problemas de salud entre mujeres y hombres, y obstaculizando la real introducción de una mirada de género no sesgada en la atención primaria, en la medicina interna o en las especialidades médicas. De hecho, ocurre una paradoja, y es que analizándolas de forma separada se las introduce en un gueto que impide precisamente la visibilidad de la morbilidad que presentan y la atención correcta a los problemas que pueden ser comunes a toda la población, como serían la hipertensión, la diabetes, etc., que por no ser considerados enfermedades «de las mujeres», pero ser mucho más frecuentes entre ellas, son mucho más visibles en las denominadas Unidades de Atención a la Mujer (UAM).

Se supone que existen diagnósticos diferentes con más prevalencia en las mujeres que en los hombres, sin que eso haya sido probado (por ejemplo, se afirma que las mujeres son más depresivas, o más ansiosas, o que sienten subjetivamente mucho más dolor...), cuando quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se usaran métodos más adecuados para cada problema o se interpretaran de forma distinta los resultados analíticos que se obtienen en los laboratorios (por ejemplo, muchas enfermedades endocrinas subclínicas y clínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansiosos depresivos, lo que hace que incluso se interfiera en los tratamientos al administrar psicofármacos a estas pacientes). Un estudio realizado por Ann Hohmann<sup>[98]</sup> demostró con el análisis de datos de la asistencia de Estados Unidos que las mujeres recibían

muchos más ansiolíticos y antidepresivos que los hombres en primera consulta. Se ha comprobado la prescripción de altas dosis de tranquilizantes a las mujeres como práctica habitual, incluso en primera visita, sin que haya sido realizada ninguna técnica exploratoria. Las consecuencias a largo plazo de administrar ansiolíticos y antidepresivos cuando no se ha realizado un correcto diagnóstico de las causas biológicas o sociales que puedan estar produciendo problemas de salud no han sido todavía analizadas, pero deberían ser incluidas en el capítulo de la mala práctica profesional y constituyen un gravamen extra para los presupuestos de sanidad de los países desarrollados. Este reduccionismo psicológico o reproductivo ha impedido investigar de forma clara las enfermedades que son predominantes en el sexo femenino, lo que denominamos morbilidad diferencial, asignatura pendiente para la medicina, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención hospitalaria.

**El encarnizamiento médico con las mujeres A la falta de ciencia de la diferencia se une la necesidad de control y de intervención sobre el cuerpo de las mujeres, como si el hecho de hipertratarlas compensara la ignorancia que se tiene sobre su cuerpo y el funcionamiento de sus órganos y sistemas.**

Jun Gervas y Mercedes Pérez-Fernández, dos médicos comprometidos con la mirada crítica hacia la medicalización continuada del cuerpo de las mujeres, denuncian en su libro sobre el encarnizamiento médico con las mujeres<sup>[99]</sup> cincuenta intervenciones sanitarias excesivas, ofreciendo consejos sobre cómo evitarlas. El ejercicio crítico de la medicina con una perspectiva de género va a ser esencial en la medicina del futuro, y muchos investigadores e investigadoras están trabajando para construir la ciencia de la diferencia. Todavía es un mosaico en construcción, pero su evidencia científica impregna e impregnará la asistencia primaria y la hospitalaria.

[75] Sau, V., *op. cit.*, Barcelona: Icaria, 1993.

[76] Valls-Llobet, C., *op. cit.*, Barcelona: Folio, 1996.

[77] Valls-Llobet, C., «La ciencia de la diferencia. La invisibilidad de las mujeres en las ciencias de la salud», *Mètode*, 91, 2016, pp. 72-77.

[78] Harding, S., *Ciencia y feminismo*, Madrid: Morata, 1999, pp. 216-217.

[79] Amorós, C., *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias... para las luchas de las mujeres*, Madrid: Cátedra, 2005.

- [80] Díaz, C., «Conversational heuristic as a reflexive method for feminist research», *International Review of Sociology*, 12(2), 2002, pp. 249-255.
- [81] Valls-Llobet, C., *Mujeres, salud y poder*, Madrid: Cátedra, 2009.
- [82] Healy, B., «The Yentl syndrome», *New England Journal of Medicine*, 325(4), 1991, pp. 274-276.
- [83] Shannon, G. *et al.*, «Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter?», *Lancet*, 393(10171), 2019, pp. 560-569.
- [84] Schirmer, S. H., M. Hohl y M. Böhm, «Gender differences in heart failure: paving the way towards personalized medicine?», *European Heart Journal*, 31(10), 2010, pp. 1165-1167.
- [85] Rubtsova, K., P. Marrack y A. V. Rubtsov, «Sexual dimorphism in autoimmunity», *Journal of Clinical Investigation*, 125(6), 2015, pp. 2187-2193.
- [86] Casimir, G. J. *et al.*, «Sex and inflammation in respiratory diseases: a clinical viewpoint», *Biology of Sex Differences*, 4, 2013, p. 16.
- [87] Seedat, S. *et al.*, «Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys», *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 2009, pp. 785-795.
- [88] Valls-Llobet, C., *Medio ambiente y salud. Mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos*, Madrid: Cátedra, 2018.
- [89] De Castro, P., S. Heidari y T. F. Babor, «Sex and Gender Equity in Research (SAGER): reporting guidelines as a framework of innovation for an equitable approach to gender medicine. Commentary», *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 52(2), 2016, pp. 154-157.
- [90] Ruiz, M. T. y L. M. Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 1997, pp. 106-109.
- [91] Murphy, M. L. *et al.*, «Treatment of chronic stable angina. A preliminary report of survival data of the randomized Veterans Administration cooperative study», *New England Journal of Medicine*, 297(12), 1977, pp. 621-627.
- [92] Manson, J. E. *et al.*, «Aspirin in the primary prevention of angina pectoris in a randomized trial of United States physicians», *American Journal of Medicine*, 89(6), 1990, pp. 772-776.
- [93] Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group, «Multiple risk factor intervention trial: risk factor changes and mortality results», *JAMA*, 248(12), 1982, pp. 1465-1477.
- [94] Kunkel, S. R. y R. C. Atchley, «Why gender matters: being female is not the same as not being male», *American Journal of Preventive Medicine*, 12(5), 1996, pp. 294-296.
- [95] Silvestre García, A. *et al.*, «Nivel de renta y estilos de vida: ¿hacia una ley de prevención inversa?», *Gaceta Sanitaria*, 4(20), 1990, pp. 189-192.



[96] Rohlf, I., C. Borrell *et al.*, «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud», *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 2000, pp. 146-155.

[97] Borrell, C. y J. Benach (coords.), *op. cit.*, Barcelona: CAPS-Bofill/Mediterrània, 2003; y Borrell, C. y J. Benach (coords.), *op. cit.*, Barcelona: CAPS-Bofill/Mediterrània, 2005.

[98] Hohmann, A. A., «Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care», *Medical Care*, 27(5), 1989, pp. 478-490.

[99] Gérvas, J. y M. Pérez-Fernández, *El encarnizamiento médico con las mujeres*, Barcelona: Lince, 2016.

## El paradigma de la invisibilidad:

**la enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad prematura.**

**El síndrome de Yentl** *Puede ser triste, pero no sorprendente, que las mujeres hayan sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria.*

BERNADINE HEALY<sup>[100]</sup>

**E**l caso de Paula Upshaw: Paula Upshaw era una terapeuta de respiratorio de Laurel, Marylane. En 1991 sufrió un ataque cardíaco. Como profesional de la salud, ella tenía muchos conocimientos sobre sus síntomas. Los síntomas eran los denominados «clásicos» de un ataque cardíaco (un dolor torácico terrible, hormigueo en su brazo izquierdo, sudoración y náuseas). Según Paula, «nunca consideraron que fuera un problema de corazón [...], siempre estuvieron seguros de que era mi estomago». Ante su insistencia (ya que era una paciente asertiva), le realizaron tres electrocardiogramas separados. Pero los médicos de urgencias dijeron que sus síntomas eran normales (por problemas de estómago) y la enviaron a su casa prescribiéndole antiácidos y medicación antiulcerosa. Su problema cardíaco no fue diagnosticado hasta que hizo una tercera visita a urgencias la tarde del viernes y se negó a volver a su casa. Aunque fue admitida en el hospital, nadie pensó en su corazón. Al día siguiente, un cardiólogo que estaba de urgencias durante el fin de semana estuvo analizando los electrocardiogramas, incluido el de Paula Upshaw. Sin prestar atención al sexo de la paciente preguntó: «¿Quién es el paciente de 36 años que tiene un ataque cardíaco masivo?».

ROBIN MARANTZ HENIG<sup>[101]</sup>

Hace tan solo quince años se consideraba que las mujeres no podían padecer enfermedades cardiovasculares. Se creía que sus propias hormonas, su propia genética o el sexo femenino las protegía de la posibilidad de que sus arterias coronarias pudieran enfermar. La creencia de que las mujeres no podían padecer enfermedades coronarias se basaba quizás en impresiones acumuladas durante años de que la mujer premenopáusica tenía una incidencia menor de urgencias cardiovasculares, infartos de miocardio o ataques cardíacos, pero no se basaba en principio en ninguna evidencia científica. Como veremos más adelante, sin embargo, el caso de Paula Upshaw es ilustrativo de lo que ha sucedido después en muchos servicios de urgencias de todo el mundo.

Cuando una mujer se presenta en los servicios de urgencias con un dolor torácico acompañado de otra sintomatología, es mucho más probable que se le diagnostique cualquier otra dolencia o que se la trate con sedantes o antidepresivos antes de plantearse la posibilidad de que pueda padecer alguna enfermedad cardíaca. Sin embargo, la epidemiología y el estudio de la mortalidad diferenciada por sexos en los últimos quince años han evidenciado que la realidad contradice esa actitud. La primera causa de mortalidad en el sexo femenino es de origen cardiovascular, lo cual hace necesario cuestionar los planteamientos iniciales.

La enfermedad cardiovascular supone uno de los paradigmas más claros de la invisibilidad de las mujeres para la medicina. En primer lugar, los síntomas han sido olvidados o sesgados, y con frecuencia no han conducido a un diagnóstico claro. La mortalidad ha sido menospreciada precisamente porque muchos de los infartos son silentes, y las técnicas y procedimientos no se han aplicado igual a los dos sexos. Al considerar los riesgos de la enfermedad cardiovascular, no se ha valorado si existían diferencias entre el sexo masculino y el femenino, pese a que, como demostraremos, se han podido identificar factores de riesgo diferentes para los dos sexos. Las mujeres no han entrado en los programas de rehabilitación y se ha sesgado la posibilidad de recuperación después de un infarto: la mortalidad es treinta veces más elevada entre las mujeres que entre los hombres después de un infarto; la primera causa de muerte súbita en la población pertenece al sexo femenino; no se realiza una prevención adecuada de la enfermedad cardiovascular dirigida específicamente a las mujeres. Todo ello nos conduce a una conclusión clara: falta investigación médica que ponga de manifiesto las diferentes evoluciones de las enfermedades entre hombres y mujeres. Precisamente en el campo cardiovascular es paradigmático que en la mayoría de los ensayos clínicos realizados en la década de 1970 las mujeres fueran excluidas de los grupos que tenían que ser investigados, lo que provocó que la ciencia que se aplicó posteriormente no recogiese ni la sintomatología ni las evoluciones de las mujeres.

### **La mortalidad prematura**

#### **por causa cardiovascular**

Cuando se analizó la prevalencia de mortalidad entre mujeres y hombres desde el año 1920, se constató mayor mortalidad de los hombres por causa cardiovascular, si bien también se vio un creciente incremento de la mortalidad femenina cada vez en años más jóvenes. La razón de la diferencia en este caso todavía se desconoce, aunque se ha relacionado con una mayor prevalencia de fumadores entre hombres, así como con la hipertensión o con trabajos que requieren especiales situaciones de estrés. En cualquier caso, el hecho de que la mortalidad fuera predominante en el sexo masculino hizo

olvidar que las mujeres también podían presentar isquemia coronaria, dolores anginosos o incluso infartos de miocardio.

En una excelente revisión del año 1993 realizada por Nanette Wenger y sus colaboradores, ya se puso de manifiesto que la enfermedad cardíaca coronaria era la causa más frecuente de muerte entre las mujeres en Estados Unidos.<sup>[102]</sup> Diversos estudios realizados tanto en América como en Europa (incluida España) han descrito que, incluso cuando se usaba la terapia trombolítica en el hospital, la mortalidad de las mujeres que habían recibido angioplastias coronarias, arterectomías coronarias o cirugía de *bypass* coronario era mucho más elevada que la de los hombres. En aquel momento se planteó que esa alta tasa de mortalidad no podía deberse solo a la edad (las mujeres que llegaban al hospital con infartos tenían, de promedio, entre seis y siete años más que los hombres), al tamaño corporal o a la coexistencia de otras enfermedades.

Fue el epidemiólogo McKinlay quien puso de manifiesto la falacia que se estaba desarrollando sobre la mortalidad de las mujeres por cardiopatía isquémica. Se creía que antes de la edad de la menopausia, alrededor de los 50 años, las mujeres presentaban tres veces menos posibilidades de padecer enfermedades cardiovasculares que los hombres, y que entre los 65 y los 70 años de vida esta diferencia entre hombres y mujeres desaparecía. Así se argumentaba, por ejemplo, en el libro publicado por Stoppard en 1994, en el que decía de forma clara: Los estrógenos ejercen un papel protector en el corazón, por lo que las mujeres mueren muy raramente de enfermedad cardíaca antes de la menopausia, cuando los niveles de estrógenos caen. En contraste, la incidencia de enfermedad cardíaca fatal en hombres aumenta paso a paso desde los 20 años. Después de la menopausia, las mujeres tienen una cantidad mucho más grande de hormona masculina en su flujo sanguíneo, y esto les produce un aumento de la frecuencia de muerte por enfermedad cardíaca, en la misma línea que los hombres.

Sin embargo, el mismo autor demostró que estas afirmaciones eran totalmente falsas y observó, analizando correctamente los estudios epidemiológicos y realizando las estimaciones y los cálculos adecuados, que existía un incremento de la mortalidad entre las mujeres por cardiopatía isquémica en relación con la edad y no en relación con la menopausia.<sup>[103]</sup>

En ausencia de una buena investigación científica, la terapia hormonal sustitutiva se basó en la falacia de la supuesta protección cardíaca que suponen las hormonas para el corazón. Se intentó evitar la muerte cardiovascular basándose solo en estudios observacionales, sin haber realizado estudios científicos con resultados concluyentes. Sin embargo, los primeros estudios de Framingham Heart Study, realizados en 1988, ya indican que las mujeres tienen un 33 % más de infartos de miocardio no detectados o

«silentes» que los hombres, y después de los 65 años esta diferencia es casi de un 100 %. Además, los estudios epidemiológicos empezaron a demostrar que el infarto de miocardio y los problemas coronarios eran poco detectados o ignorados cuando los padecían las mujeres.<sup>[104]</sup> Las mujeres presentaban una prevalencia más baja de cardiopatía isquémica, pero después del infarto de miocardio tenían una mortalidad mucho más elevada.

Entre los 45 y los 64 años, las mujeres presentaron dos veces más infartos de miocardio «silentes» que los hombres, y después de los 75 años ya no existía diferencia entre hombres y mujeres en la detección de infartos silentes. Estimando por lo tanto la frecuencia de infartos de miocardio no reconocidos en el estudio de Framingham, se puede comprobar que la verdadera prevalencia de la cardiopatía en la población fue subvalorada, sobre todo en la población femenina.

Otro estudio de veinte años de investigación de veinte mil mujeres y hombres, el Copenhagen City Heart Study, informó que si se sumaban a los infartos de miocardio declarados los que fueron silentes, la incidencia de infarto de miocardio entre mujeres y hombres era similar.

Ya en el año 1983, el Framingham Heart Study, un estudio sobre enfermedades cardiovasculares que estaba funcionando desde el año 1948 con una muestra de más de cinco mil personas, hombres y mujeres, descubrió que las muertes súbitas por infarto de miocardio que presentaban una incidencia parecida en ambos sexos se debían a factores de riesgo como la edad, el colesterol sérico, el número de cigarrillos fumados por día, el aumento de peso y la hipertensión sistólica. En cambio, el perfil de la muerte súbita en las mujeres difería respecto de los hombres, siendo los factores más significativos la edad, la capacidad vital, el hematocrito, el colesterol sérico y la glucosa sérica. Los factores clásicos de riesgo coronario parece que son más frecuentes entre hombres; en cambio, en las mujeres, el cuadro es menos claro y se deben utilizar otros tipos de indicadores para poderlo predecir.<sup>[105]</sup> En el contexto de un amplio estudio epidemiológico que se inició en Róterdam, se publicaron en el año 2000<sup>[106]</sup> los factores de riesgo que pueden predisponer al infarto de miocardio entre mujeres mayores de 65 años, siendo el primer factor la presencia de hipotiroidismo —denominado subclínico en aquel momento—, la hipertensión, la hiperlipidemia y la diabetes, en este orden. El hipotiroidismo subclínico se consideró un factor de riesgo independiente para la arterioesclerosis y para el infarto de miocardio entre mujeres.

En el año 1998, Burque y sus colaboradores detectaron que la causa de la muerte súbita entre las mujeres tenía mucha relación con el hecho de ser fumadoras y con la presencia de placa arterioesclerótica en el corazón, así como con la hipertensión y la tendencia a

tener diabetes con hemoglobinas glicosiladas elevadas. Un mejor conocimiento de los factores de riesgo quizás permitirá en el futuro realizar una mejor prevención, dirigiendo estrategias diferenciadas según si se trata de mujeres jóvenes, que tienen un factor de riesgo más elevado por ser fumadoras, o de mujeres mayores, que tienen un riesgo más elevado por presentar diabetes y obesidad.

### **¿Qué ocurría cuando las mujeres**

#### **llegaban al hospital con dolor torácico?**

En 1991, Ayanian y Epstein realizaron un estudio retrospectivo sobre unos cincuenta mil pacientes de Massachusetts y unos 34.000 de Maryland para comprobar los procedimientos de control cuando llegaban al hospital con dolor torácico, lo que implicaba factores como la edad, los diagnósticos secundarios, la raza, el estado de protección y la seguridad social. Las tasas ajustadas por edad y sexo ofrecieron diferencias en los procedimientos realizados, demostrándose que las mujeres hospitalizadas recibían muchos menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que los hombres. Este estudio fue llevado a cabo también en Cataluña en el año 1998 por Marrugat y sus colaboradores, y en él se observó también que, pese a presentar una igual sintomatología al llegar al hospital, tanto los procedimientos terapéuticos iniciales (por ejemplo, la trombolisis, el intento de deshacer los trombos) como los posteriores procedimientos de investigación para determinar el alcance del problema fueron diferentes en hombres que en mujeres, notando también este estudio que las mujeres tenían un 68 % de mortalidad durante los seis meses posteriores a un infarto, mientras que la mortalidad de los hombres tratados en las unidades coronarias era solo de un 33 %.

Los procedimientos terapéuticos deberían ser proporcionales a los factores de riesgo que presenta cada mujer, como describiremos posteriormente, pero esta no es una práctica habitual, o no lo era en los hospitales. No se valoraba si existían factores determinantes, y se aplicaban terapias sesgadas de forma inconsciente. Cuando los autores analizaron su propia práctica vieron que, en efecto, no habían realizado los mismos procedimientos entre mujeres y hombres. Como también demostró el estudio de Schulman,[\[107\]](#) la probabilidad de que los médicos valoraran la posibilidad de tener una enfermedad coronaria tenía un sesgo según la raza y el sexo: las mujeres de etnia afroamericana tenían una probabilidad significativamente menor de que se las enviara a realizar exploraciones cardíacas que los hombres caucásicos. Aunque las mujeres caucásicas también tenían menores probabilidades que los hombres de su etnia.

**El síndrome de Yentl Estas diferencias tan claras en la utilización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los servicios de urgencia, en relación con la hospitalización de mujeres por problemas coronarios, motivaron que en el año 1991 Bernadine Healy describiera en la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine* el síndrome de Yentl. Analizando los estudios que demostraban un sesgo de género en la gestión de control y en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades cardíacas coronarias, como el de Richard M. Steingart y sus colaboradores, determinaron que las mujeres tenían dolor anginoso antes de un infarto tan frecuentemente como los hombres, e incluso con efectos más debilitantes, pero que a las mujeres se les aplicaba una cateterización cardíaca la mitad de a menudo que a los hombres.**

A estos hallazgos los denominó el síndrome de Yentl, porque solo cuando las mujeres demostraban que podían estar sufriendo un infarto de miocardio o una enfermedad de coronarias severa eran tratadas como los hombres. Se planteó, por lo tanto, la necesidad de convencer a todos los sectores médicos y a la sociedad civil de que la enfermedad de coronarias era una enfermedad también de mujeres y no solamente un desastre que puede ocurrir a los hombres. La doctora Healy fue la primera en advertir que la mayoría de los estudios de investigación y prevención de enfermedades coronarias, así como la mayoría de los métodos de diagnóstico e intervención, se habían realizado solamente en poblaciones masculinas (por ejemplo, el Veterans Administration Cooperative Study, el Multiple Risk Factor Intervention Trial o el Estudio de Médicos de Estados Unidos). Demostró, asimismo, que los beneficios de los profilácticos de la aspirina en disminuir el riesgo de infarto de miocardio se habían probado únicamente entre hombres, excluyendo a las mujeres de la población estudiada.

### **Desde la salud pública se inicia la**

**visibilización de la salud de las mujeres Precisamente fue durante estos años que Bernadine Healy impulsó, desde los Institutos Nacionales de Salud (NIH), el centro de investigación para la salud de Estados Unidos, un estudio multidisciplinario y de multi-intervención denominado Women's Health Initiative, dirigido a investigar las principales causas de muerte, de malestar y de vulnerabilidad entre mujeres de edad media y mayores de 60 años, incluyendo la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la osteoporosis. Este estudio ha demostrado el factor de riesgo que supone la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia con dosis elevadas de estrógenos y con progestágenos sintéticos en la producción de infartos de miocardio o de enfermedades trombóticas vasculares. En el momento en que Bernadine Healy escribió su artículo emblemático sobre el síndrome de Yentl, no sabía que estaba realmente estimulando una investigación que puede dar grandes resultados, pues se**

**trata del primer estudio de población, impulsado desde los departamentos de salud pública de Estados Unidos y no ligado a la investigación de los laboratorios, para evaluar qué factores de riesgo existen en el desarrollo de enfermedades vasculares en las mujeres.**

**Las enfermedades cardiovasculares son  
la primera causa de mortalidad  
en mujeres en el mundo**

Actualmente, ya se reconoce que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad de las mujeres en todo el mundo, pero esta causa fue ignorada durante mucho tiempo por la falta de investigación previa. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el número de personas fallecidas en 2018 en el Estado español por enfermedades del aparato circulatorio fue de 272,5 por cada cien mil habitantes en las mujeres y de 244,3 por cada cien mil entre los varones, lo que supone la primera causa de mortalidad entre mujeres y la segunda en hombres.



## LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN ENTRE LAS MUJERES POR GRUPOS DE INGRESOS (2004)

Orden	Causa	Muertes (miles)	%
<b>ESCALA MUNDIAL</b>			
01	Cardiopatía isquémica	3.371	12,2
02	AVC <sup>1</sup>	3.051	11,1
03	IRA <sup>2</sup>	2.014	7,3
04	EPOC <sup>3</sup>	1.405	5,1
05	Enfermedades diarreicas	1.037	3,8
06	VIH/sida	1.013	3,7
07	Diabetes mellitus	633	2,3
08	Prematuridad y BPN <sup>4</sup>	567	2,1
09	Infecciones neonatales	546	2,0
10	Cardiopatía hipertensiva	530	1,9
<b>PAÍSES DE INGRESOS BAJOS</b>			
01	IRA <sup>2</sup>	1.397	11,4
02	Cardiopatía isquémica	1.061	8,7
03	Enfermedades diarreicas	851	7,0
04	AVC <sup>1</sup>	749	6,1
05	VIH/sida	742	6,1
06	Afecciones maternas	442	3,6
07	Infecciones neonatales <sup>5</sup>	426	3,5
08	Prematuridad y BPN <sup>4</sup>	405	3,3
09	Paludismo	404	3,3
10	EPOC <sup>3</sup>	404	3,3
<b>PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS</b>			
01	AVC <sup>1</sup>	1.842	16,4
02	Cardiopatía isquémica	1.669	14,8
03	EPOC <sup>3</sup>	875	7,8
04	IRA <sup>2</sup>	451	4,0
05	Cardiopatía hipertensiva	319	2,8
06	Diabetes mellitus	309	2,8
07	VIH/sida	264	2,4
08	Cáncer de mama	231	2,1
09	Cáncer gástrico	201	1,8
10	Cáncer pulmonar y traqueobranquial	191	1,7
<b>PAÍSES DE INGRESOS ALTOS</b>			
01	Cardiopatía isquémica	650	15,8
02	AVC <sup>1</sup>	459	11,2
03	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	195	4,7
04	IRA <sup>2</sup>	165	4,0
05	Cáncer de mama	163	4,0
06	Cáncer pulmonar y traqueobranquial	159	3,9
07	Cáncer colorrectal	130	3,2
08	EPOC <sup>3</sup>	126	3,1
09	Diabetes mellitus	123	3,0
10	Cardiopatía hipertensiva	91	2,2

1 Accidentes vasculares cerebrales; 2 infecciones de las vías respiratorias bajas; 3 enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 4 bajo peso al nacer; 5 incluye infecciones neonatales graves y otras causas no infecciosas aparecidas en el periodo neonatal. Fuente: Las mujeres y la salud, OMS, 2009. Adaptado y traducido por la autora.

En el estudio «Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España», realizado por la Sociedad Española de Cardiología para el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad, se señalaban características diferenciales de las mujeres que presentan un infarto de miocardio. Lo presentan a una edad entre seis y ocho años superior que los hombres, con mayor número de enfermedades acompañantes y determinados factores de riesgo cardiovasculares que son de predominio femenino, como el exceso de triglicéridos, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca congestiva de causa hipertensiva.

La mortalidad después de los infartos es más elevada entre mujeres, tanto un mes después del infarto como a los seis meses. Según datos del estudio RESCATE, realizado en España, el primer infarto de miocardio que presentan las mujeres es más grave y letal que el de los hombres. El 68 % de mujeres mueren después del primer infarto, frente al 33 % de los hombres. Las diferencias incluían una edad media mayor entre las mujeres, una mayor frecuencia de diabetes mellitus (tres veces superior) y el doble de hipertensión arterial. Existen también diferencias en la atención médica, con un retraso de una hora entre la aparición de los síntomas y la consulta a un servicio de urgencias, respecto a la consulta de los varones. También se constata un retraso de dos horas y media entre la admisión en urgencias y el traslado a una unidad coronaria. Durante el ingreso hospitalario presentan en su estancia más episodios de edema agudo de pulmón y de *shock* cardiogénico que los varones. Sin embargo, a las mujeres ingresadas se les practican menos trombolisis (tratamiento para eliminar el coágulo que produce el infarto), menos técnicas exploratorias, como las angiografías precoces, y menos técnicas de tratamiento, como *bypasses* coronarios y angioplastias transluminales.

**El dolor torácico invisible o menospreciado** La medicina, tradicionalmente, se ha basado en la patología predominante en el sexo masculino y en la sintomatología que presentan las enfermedades que padecen los hombres. No es raro, por lo tanto, que los síntomas que presentan las mujeres en el acto clínico sean menospreciados o simplemente olvidados y no se intente establecer un diagnóstico claro a partir de la demanda de las pacientes. En el caso de la enfermedad cardiovascular, el dolor torácico, que se puede presentar de formas diferentes, ha sido tradicionalmente diagnosticado de modo erróneo, tratándolo muchas veces como sintomatología psicósomática o derivada de estados de ansiedad más que intentando averiguar su realidad y sus causas. Un análisis de la evaluación de los dolores de pecho en las mujeres realizado por Pamela Douglas y Geoffrey Ginsburg, en mayo de 1996, ya

**señalaba que «la evaluación del dolor torácico es un paso crítico en la asistencia de las mujeres con enfermedad cardíaca. En este punto, es mucho más probable que las mujeres sean tratadas de forma diferente que los hombres, en especial cuando el diagnóstico todavía no se ha establecido».**[\[108\]](#)

La diferenciación entre el dolor torácico típico y el atípico es particularmente importante entre las mujeres. El dolor atípico es mucho más frecuente entre ellas que entre los hombres, porque existe una más alta prevalencia entre el sexo femenino de causas poco frecuentes de isquemia, como son la angina microvascular o vasoespástica, y de síndromes de dolor torácico no isquémico, como pueden ser los prolapsos de la válvula mitral. Además, todas las formas de dolor torácico, incluyendo la angina típica, se asocian a una baja prevalencia de enfermedad cardiovascular verificada de forma angiográfica, lo que quiere decir que muchas de las pruebas que se utilizan habitualmente para diagnosticar la enfermedad cardiovascular en las mujeres pueden dar negativo, cuando en realidad existe en el fondo causa vascular y por lo tanto se deberían estudiar otros procedimientos terapéuticos para poderlo diagnosticar. El dolor anginoso de las mujeres y el dolor relacionado con el infarto no siguen las mismas pautas de evolución que el dolor masculino. Tradicionalmente se había dicho que el infarto de miocardio se presenta con un dolor fuerte en la zona precordial izquierda, que irradia al brazo izquierdo y a los dedos, pero este dolor con estas características se presenta de forma menos frecuente en el sexo femenino. En realidad, entre las mujeres es mucho más fácil que el dolor relacionado con el infarto se presente como un dolor retroesternal, que incluso irradia hacia las mandíbulas, y en un 30 % de los casos se ha visto que solo se han presentado síntomas de alteración de estómago, como si existiera un estado nauseoso o una indigestión. Las mujeres con una angina crónica estable es mucho más probable que presenten dolor torácico durante el descanso, en el sueño o durante periodos de estrés mental a que lo presenten los hombres, y durante el infarto de miocardio es mucho más probable que ellas tengan también dolor en el cuello y en los hombros, náuseas, vómitos, fatiga o disnea. Además, las pruebas de esfuerzo son diferentes para hombres y para mujeres, ya que el dolor torácico mientras se descansa o en presencia de otros síntomas dentro de la angina típica durante el ejercicio no disminuye la probabilidad de enfermedad coronaria en las mujeres, y en cambio sí lo hace entre los hombres. Muchas veces también se confunde la sintomatología cuando la mujer muestra una gran expresividad en sus síntomas o implicaciones emocionales, menospreciando la posibilidad de que exista un dolor relacionado con infarto de miocardio o con angina de pecho, cuando en realidad podría existir. Quizás se valora más a las mujeres que tienen una expresividad semejante al sexo masculino que a las mujeres que se expresan de una forma más apasionada o a veces abigarrando los síntomas que relatan.

Steven Buchthal y sus colaboradores<sup>[109]</sup> han demostrado que existen mujeres con mala circulación de las arterias coronarias (isquemia miocárdica) que no presentan obstrucción evidente de estas arterias en las pruebas habituales que se realizan en los hospitales, denominadas coronariografías o angiogramas coronarios. Después de la hospitalización por un dolor torácico es mucho más probable que las mujeres presenten coronariografías normales; en estos casos, cuando se han realizado otros métodos de exploración —como puede ser la resonancia magnética nuclear con fósforo 31, que es una técnica no invasiva que mide los fosfatos de alta energía del miocardio e identifica la evidencia metabólica de isquemia— se ha encontrado que el 20 % de mujeres con dolor torácico que no presentaban una significativa alteración de las coronarias tenían una disminución de la fosfocreatina durante el esfuerzo que era más de dos desviaciones estándar por debajo del valor medio de los sujetos control sin un dolor torácico. Los resultados de este grupo dan por tanto una evidencia directa de que una respuesta metabólica al ejercicio simple de agarrar con fuerza un determinado objeto con las manos —en algunas mujeres con dolor torácico— es consistente con la presencia de isquemia miocárdica, aunque no exista una coronariografía que lo pueda demostrar. Por lo tanto, hemos de ser muy cuidadosos en la valoración del dolor torácico en las mujeres, ya sea retroesternal o se presente de una forma vaga, sobre todo si tienen algún factor de riesgo: ser fumadoras, diabéticas o hipertensas.

Estudios posteriores han matizado la presencia de síntomas diferentes entre mujeres y hombres cuando desarrollan un infarto. En un estudio<sup>[110]</sup> realizado entre profesionales de la sanidad sobre los síntomas de mujeres y hombres de mediana edad, se constató que tratándose de ellas era más difícil que se atribuyeran los síntomas a enfermedad coronaria: en el 31,3 % de los casos se las diagnosticó de enfermedad mental, lo que solo ocurrió con el 15,6 % de los hombres de la misma edad.

Aunque siempre se había dicho que las mujeres presentaban síntomas diferentes en el infarto de miocardio, cuando se ha hecho un estudio<sup>[111]</sup> al respecto con 2.009 mujeres y 976 hombres de 18 a 55 años, los resultados han matizado esa afirmación. Hay que señalar, en primer lugar, que la presencia de infarto de miocardio es el doble entre mujeres menores de 55 años que en hombres de la misma edad. La mayoría de las mujeres y hombres iniciaron el infarto con dolor torácico, definido como presión o malestar. Pero las mujeres iniciaron el infarto con más de tres síntomas asociados, como dolor epigástrico, palpitaciones y dolor o malestar en la mandíbula, cuello, brazos o incluso en los omoplatos. Las mujeres con una elevación de la onda ST en el electrocardiograma no presentaron dolor torácico durante el infarto. Cuando visitaron al profesional sanitario antes de su hospitalización, el 53 % de las mujeres comunicaron que sus síntomas no se relacionaban con el corazón; en el caso de los hombres, ese porcentaje bajaba hasta el 37 %.

**¿Existen factores de riesgo diferentes  
para la enfermedad vascular  
entre hombres y mujeres?**

El principal factor de riesgo cardiovascular es el tabaquismo, y este factor es común a ambos sexos, aunque existen otros factores de riesgo que no se valoran adecuadamente para la prevención, como son la obesidad —en especial la del tronco y el abdomen, que hace perder la cintura—, el hipotiroidismo clínico y subclínico, que es una causa de engrosamiento endotelial de las coronarias incluso desde insuficiencias consideradas pequeñas, o nuevos factores de riesgo como el incremento de la proteína C reactiva y de la homocisteína con deficiencia de ácido fólico.

Entre los factores de riesgo cardiovascular que son más frecuentes en el sexo femenino queremos destacar la diabetes mellitus (DM) del tipo 2, que se presenta también con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años, relacionada en muchos casos con la obesidad.

Pamela Douglas señala como el factor de riesgo diferencial que puede tener un peso más importante en la enfermedad vascular de las mujeres la diabetes que se presenta en la mujer, sobre todo con sobrepeso, en la segunda etapa de la vida, a partir de los 45 años. Es un predictor poderoso de enfermedad de arteria coronaria. Su presencia es un factor de riesgo más importante para las mujeres que para los hombres, quizás por la más alta prevalencia de este trastorno metabólico entre el sexo femenino. La diabetes en la mujer y el hombre adulto se presenta precisamente cuando existe un sobrepeso continuado, sobre todo con un aumento de grasa en la parte superior del abdomen e inferior al tórax, con pérdida de la cintura; el cociente cintura-cadera nos señala un factor de riesgo importante para las mujeres y para los hombres. Entre las mujeres, el hecho de que la grasa abdominal tenga una forma parecida a la grasa que presentan muchos hombres es un factor de riesgo para la diabetes, ya que esta grasa ofrece más resistencia a la insulina. Así pues, este factor de riesgo se deberá tener en cuenta en el futuro, controlando el índice cintura-cadera, no por razones estéticas solamente, sino porque mantener una cintura inferior en diez centímetros a la parte más ancha de las caderas puede ser un factor de prevención de la enfermedad cardiovascular y la diabetes. La presencia de varices o enfermedad vascular periférica es un factor que se presenta muchas veces asociado a la enfermedad coronaria. Aunque inicialmente todo el mundo proclamaba el efecto protector de los estrógenos en la enfermedad coronaria, los resultados últimos han señalado que la terapia hormonal sustitutiva unida a los progestágenos de síntesis es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria. La

prevalencia de hipertensión, que puede afectar a un 80 % de las mujeres mayores de 75 años, conduce a un incremento de unas diez veces la frecuencia de muerte por enfermedades coronarias, por lo que debe ser considerada un predictor y ser tratada para evitar la enfermedad. Aunque entre los pacientes que presentan enfermedades coronarias es más frecuente que fumen los hombres que las mujeres, el fumar está asociado con el incremento de la incidencia de problemas de coronarias en las mujeres. Otro factor de riesgo en las mujeres es la disminución del nivel del colesterol de alta densidad, el HDL, mientras que en los hombres es el aumento del nivel del colesterol LDL. Los triglicéridos también influyen en las enfermedades coronarias, aunque solo en las mujeres mayores de 60 años. La obesidad, la vida sedentaria y la historia familiar son otros factores de riesgo, a menudo ligados a situaciones de pobreza o de estrés psicosocial, debiéndose tener en cuenta, asimismo, algunas variables como la presencia de fibrinógeno en sangre o el incremento de homocisteína y, últimamente, de la proteína C reactiva.[\[112\]](#) Es curioso que estos últimos trabajos sean aún controvertidos, pero señalan que en el caso de las mujeres los factores nutricionales y los factores inflamatorios pueden cursar también un papel de riesgo en el infarto de miocardio.

La falta de investigación sobre las mujeres —así como la suposición acientífica de que padecían las mismas enfermedades que los hombres, presentando los mismos síntomas y siguiendo la misma evolución— es una de las principales causas de que su salud sea todavía invisible para la ciencia médica.

### **¿Qué ha pasado veinte años después?**

Es esencial asegurar que las mujeres estén adecuadamente representadas en los ensayos clínicos para conseguir una verdadera equidad en salud. Y aunque esta afirmación se acepta de forma generalizada, para que se puedan realizar ensayos clínicos con seres humanos, en muchos casos se han tenido que realizar estudios preclínicos con animales de experimentación. Ya en 2014, los National Institutes of Health[\[113\]](#) anunciaron que el sexo debía considerarse una variable biológica cuando se pidiera financiación para realizar investigación preclínica, impulsando la introducción de animales hembra en los estudios. Inferir que los resultados de un experimento afectan a los dos sexos cuando solo se han realizado los experimentos con animales macho, o cuando ni siquiera se sabe el sexo de los animales, es totalmente inapropiado y puede conducir a errores graves en su aplicación en investigación humana. Cuando se ha revisado la literatura científica sobre experimentos con animales[\[114\]](#) (ratas o conejos) realizados desde julio de 2006 hasta junio de 2016, analizando la patofisiología o las intervenciones terapéuticas que eran relevantes para trastornos cardiovasculares específicos en humanos, los resultados han sido desalentadores. De entre los 3.396 estudios analizados, no se informó del sexo en el 20 % de ellos. Entre los que sí se especificaba el sexo, los animales

macho se usaron de forma exclusiva en el 71,6 % de los estudios, y solo en el 12,9 % se utilizaron exclusivamente hembras, mientras que los estudios que emplearon ambos sexos suponían el 15,5 %. La tendencia en los estudios de la década estudiada señala un incremento progresivo en la utilización de animales macho en exclusiva y una reducción en la utilización de ambos sexos. Aunque una de las excusas presentadas por los investigadores para no utilizar hembras es que tienen niveles hormonales gonadales, una observación excelente publicada en *Science* advierte de que, aunque las ratas pueden tener estro, que imita el ciclo menstrual de las mujeres, los animales macho modifican también sus hormonas cuando están en la misma jaula: el macho dominante tiene la testosterona más elevada y los otros machos dominados disminuyen la suya. Por lo tanto, el aparente rigor por el que no se tiene en cuenta a las hembras olvida la modificación que se produce en las hormonas del otro sexo en función de las relaciones de poder. El sesgo de género en los trabajos preclínicos publicados es prevalente y está aumentando, a pesar de los esfuerzos que se están haciendo en los trabajos clínicos de investigación para demostrar las diferencias o similitudes entre mujeres y hombres.

Ahora conocemos mejor las diferencias del funcionamiento cardíaco entre mujeres y hombres. Desde el año 2010, se han desarrollado un gran número de estudios sobre el funcionamiento electrofisiológico del corazón que señalan diferencias en la frecuencia cardíaca y en la manifestación gráfica en los electrocardiogramas. Sin entrar en muchos detalles técnicos, la frecuencia cardíaca de las mujeres en reposo es más elevada que la de los hombres.<sup>[115]</sup> El denominado intervalo QT en los electrocardiogramas, que indica la relación entre la aurícula y los ventrículos, es más alargado en las mujeres, lo que las hace más proclives a determinadas arritmias. Ello es debido a que la expresión de las subunidades de canales de potasio en los ventrículos de las mujeres es inferior a la de los varones. Los intercambios de potasio en los ventrículos están influidos por las hormonas sexuales, estradiol, progesterona y testosterona. Estas diferencias explican las diferencias en las arritmias cardíacas de los dos sexos. Por ejemplo, las mujeres tienen más riesgo de mortalidad por algunos fármacos que alargan el periodo QT, que produce una taquicardia con *torsade* de puntas ventricular, y los hombres tienen más riesgo de fibrilación auricular. Las mujeres manifiestan incluso variaciones cíclicas del intervalo QT por efecto de los estrógenos y la progesterona en el ciclo menstrual.

También se han reconocido diferencias en la presentación clínica, tratamiento y resultados de la fibrilación auricular, y en la presentación de arritmias ventriculares sostenidas y de muerte súbita cardíaca. Aunque la incidencia y prevalencia de fibrilación auricular es inferior entre mujeres que en hombres, como las mujeres tienen mayor esperanza de vida y la fibrilación aumenta con la edad, el número absoluto de mujeres con fibrilación auricular excede el número de hombres que la padecen. Existen algunas características diferenciales en este tipo de arritmias: las mujeres presentan

mayor sintomatología, más síntomas atípicos y peor calidad de vida. El sexo femenino es un factor de riesgo independiente para la muerte o ictus atribuibles a la fibrilación auricular.

Para la prevención del ictus, la terapia anticoagulante oral tiene una eficacia similar para ambos sexos, pero las mujeres mayores tratadas con warfarina presentan un riesgo mayor de presentar ictus que los hombres. Es menos probable que las mujeres reciban terapia antiarrítmica, cardioversión eléctrica o ablación por catéter, en comparación con los hombres. La incidencia y prevalencia de arritmias ventriculares sostenidas y de muerte súbita son inferiores en mujeres que en hombres. Las mujeres a las que se implantan desfibriladores para cardioversión para la prevención primaria de la muerte súbita presentan menores arritmias ventriculares sostenidas en comparación con los hombres. Las mujeres a las que se implanta un desfibrilador para cardioversión de la insuficiencia cardíaca se benefician más que el hombre; sin embargo, es menos probable que se implanten desfibriladores en las mujeres, a pesar de las recomendaciones de las guías de práctica clínica actuales. Es más probable que las mujeres sufran más complicaciones que los hombres al implantar el desfibrilador. Las complicaciones son neumotórax, hematoma, tamponada cardíaca y complicaciones mecánicas. Se necesitarán más estudios para saber si las diferencias por sexo en las decisiones sobre los tratamientos reflejan las preferencias de las pacientes o sesgos en los tratamientos.

En las mujeres son más frecuentes<sup>[116]</sup> la enfermedad del nódulo sinusal, la taquicardia sinusal inapropiada, la taquicardia ventricular idiopática del ventrículo derecho y el síndrome QT largo congénito y adquirido; en cambio, en los varones, son más comunes las siguientes arritmias: bloqueo auriculoventricular, hipersensibilidad del seno carotídeo, fibrilación auricular, taquicardia supraventricular con vía accesorio, síndrome de Wolff-Parkinson-White, taquicardia ventricular por reentrada, fibrilación ventricular y muerte súbita, así como el síndrome de Brugada.

La Asociación Americana de Cardiología ha definido en 2017 la hipertensión como la presión arterial que presenta más de ciento treinta milímetros de mercurio de tensión sistólica y más de ochenta de diastólica. Hasta hace poco no se conocía si ya en la juventud existían tendencias hacia la hipertensión, pero en 2018 el estudio Enigma<sup>[117]</sup> encontró diferencias entre sexos a edades tempranas: los jóvenes presentaban un fenotipo cardíaco con incremento de algún tipo de hipertensión, mientras que las jóvenes presentaban un fenotipo vascular con más resistencia vascular periférica y un incremento del pulso aórtico. Si hay ya diferencias desde el principio de la juventud en la forma en que se desarrolla la hipertensión entre mujeres y hombres, se deberían también planificar diferencias en la prevención de la hipertensión. También entre atletas jóvenes se han encontrado diferencias en el electrocardiograma de ambos sexos,<sup>[118]</sup>



cuya realización es obligatoria para evaluar los riesgos cardíacos entre los deportistas. Las mujeres atletas tenían una frecuencia cardíaca más elevada en reposo y mayores intervalos QT. Los varones atletas tenían un voltaje distinto que les predisponía a la hipertrofia ventricular y a la bradicardia sinusal. Las mujeres presentaban mayor arritmia sinusal. Estas diferencias deberían ser consideradas para evaluar los riesgos de los jóvenes atletas.

El envejecimiento del corazón y la mayor tendencia a presentar infartos de miocardio entre las mujeres después de la menopausia no se ha podido explicar por la disminución de los niveles de estrógenos, ya que la terapia hormonal sustitutiva incrementó los infartos en lugar de prevenirlos. En cambio, una nueva mirada sobre los mecanismos de la enfermedad cardiovascular señala como nueva causa el estrés oxidativo celular, que altera la función mitocondrial y aumenta la inflamación arterial. Siguiendo estudios previos en animales, se ha podido comprobar en mujeres<sup>[119]</sup> la existencia de unas enzimas celulares, las sirtuinas, que disminuyen con la edad y sí dependen de los estrógenos. Al disminuir su presencia en el corazón de las mujeres al envejecer, aumenta el número de macrófagos cardíacos y citoquinas proinflamatorias, y disminuye la defensa oxidativa mitocondrial. Estos cambios de la energía celular no se han demostrado en las células cardíacas de los hombres. Estos avances en el conocimiento de la fisiopatología del envejecimiento cardíaco diferencial abren espacios para iniciar nuevos tratamientos cardiovasculares preventivos en mujeres.

Se han podido constatar también diferencias en los factores de riesgo para presentar accidentes vasculares cerebrales entre mujeres y hombres.<sup>[120]</sup> Las mujeres presentan mayores niveles de glucosa en ayunas, de colesterol total y de triglicéridos que los hombres, así como una hiperlipidemia mayor, pero menos consumo de tabaco y alcohol. Entre los hombres el factor de riesgo más importante fue un incremento de la tensión arterial diastólica.

Después del *bypass* de arterias coronarias en pacientes con insuficiencia cardíaca también se han comprobado diferencias en las complicaciones posteriores.<sup>[121]</sup> La incapacidad para la vida diaria fue una complicación más frecuente que la muerte, y entre las mujeres se han constatado unos niveles más altos de discapacidad que entre los hombres, unidos a mayores niveles de insuficiencia cardíaca.

La enfermedad cardiovascular arterioesclerótica es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad, afectando por lo menos a un tercio de las mujeres de todo el mundo. Comparadas con hombres que también padezcan enfermedad cardiovascular arterioesclerótica,<sup>[122]</sup> las mujeres experimentan unos niveles más pobres de comunicación con los profesionales que las atienden, niveles más bajos de satisfacción

con la asistencia recibida, menores puntuaciones de niveles de calidad de vida y menores niveles de salud percibida.

Cuando se ha analizado cómo se gestiona la demanda de dolor torácico en la asistencia ambulatoria según sexos, se ha visto que existen todavía diferencias.[\[123\]](#) Los hombres con dolor torácico tenían 2,5 veces más probabilidades de ser enviados al especialista de cardiología que las mujeres.

Los resultados de la intervención percutánea de la arterias coronarias presentan diferencias según sexo que no son plenamente comprendidas. La mortalidad en el hospital fue más elevada entre las mujeres, a los treinta días, al año y a los dos años.[\[124\]](#)

La discriminación racial o de género se asocia con una mayor probabilidad de arterioesclerosis y de infarto.

Aunque la cardiopatía isquémica es la principal causa de cardiopatía, existen patologías de predominio entre mujeres que pueden producir problemas vasculares,[\[125\]](#) displasia fibromuscular, disección espontánea de arteria coronaria y arteritis de Takayasu.

Dado que desde 1984 más mujeres que hombres han muerto cada año por enfermedad cardiovascular, varias organizaciones, como la Asociación Americana de Cardiología (AHA), han publicado guías de prevención de enfermedad cardíaca y accidente vascular cerebral para mejorar la asistencia de las mujeres. El objetivo de una guía o de los protocolos debería ser disminuir la mortalidad y la morbilidad, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Todavía no sabemos la extensión con la que se integran el sexo y el género en las guías de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las enfermedades. La primera guía destinada en exclusiva a mujeres con enfermedad no específica por sexo fue la «Guía para prevención de enfermedades cardiovasculares en mujeres», del año 2007 (revisada y actualizada en 2011),[\[126\]](#) que fue realizada por la AHA y ha sido traducida en parte por la revista *Mujeres y Salud*, a la que han seguido posteriores versiones que incluyen, además, un posicionamiento sobre la prevención del ictus[\[127\]](#) y sobre el infarto de miocardio en mujeres.[\[128\]](#) Aunque las guías para tratar a las mujeres con enfermedades cardiovasculares recomiendan la rehabilitación después de haber sufrido un proceso agudo, las mujeres son menos derivadas a rehabilitación que los hombres, y cuando son enviadas, es menos probable que la hagan; alegando que no pueden asistir a las sesiones porque deben atender a sus familias.[\[129\]](#) Más allá de ello, los programas actuales no son bien aceptados por la mayoría de las mujeres. Se ha sugerido que los programas de rehabilitación deberían adaptarse mejor a sus necesidades específicas, con horarios y fórmulas de ejercicio más flexibles.

Se han constatado diferencias entre mujeres y hombres en todos los aspectos de las enfermedades cardiológicas, desde los síntomas a los diagnósticos, pasando por el tratamiento y la rehabilitación. Cuando hace treinta años los investigadores excluyeron a las mujeres de todos los trabajos de investigación cardiovascular, con el sesgo acientífico de que estudiando a los hombres ya estaban ellas incluidas, no podían imaginar la cantidad de matices que estaban omitiendo. La doctora Bernadine Healy, fallecida prematuramente en el año 2011, puede descansar tranquila. La Sociedad de Cardiología, a la que sacudió científicamente por haber olvidado a media humanidad en 1990, va en estos momentos a la cabeza de la atención diferencial de mujeres y hombres, aunque falte todavía mucho camino por recorrer.

[100] Healy, B., *op. cit.*, *New England Journal of Medicine*, 325(4), 1991, pp. 274-276.

[101] Henig, R. M., «Are women's hearts different», *New York Times Magazine*, 1993, p. 58.

[102] Wenger, N. K., L. Speroff y B. Packard, «Cardiovascular health and disease in women», *New England Journal of Medicine*, 329, 1993, pp. 247-256.

[103] McKinlay, J. B., «Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease», *Journal of Health and Social Behaviour*, 37(1), 1996, pp. 1-26.

[104] Steingart, R. M. *et al.*, «Sex differences in the management of coronary artery disease», *New England Journal of Medicine*, 325, 1991, pp. 226-230.

[105] Schatzkin, A. *et al.*, «The epidemiology of sudden unexpected death: risk factors for men and women in the Framingham Heart Study», *American Heart Journal*, 107(6), 1984, pp. 1300-1306.

[106] Hak, A. E. *et al.*, «Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study», *Annals of Internal Medicine*, 132(4), 2000, pp. 270-278.

[107] Schulman, K. A. *et al.*, «The effect of race and sex on physician's recommendations for cardiac catheterization», *New England Journal of Medicine*, 340, 1999, pp. 618-626.

[108] Douglas, P. S. y G. S. Ginsburg, «The evaluation of chest pain in women», *New England Journal of Medicine*, 334(20), 1996, pp. 1311-1315.

[109] Buchthal, S. D. *et al.*, «Abnormal myocardial phosphorus-31 nuclear magnetic resonance spectroscopy in women with chest pain but normal coronary angiograms», *New England Journal of Medicine*, 342, 2000, pp. 829-835.

[110] Maserejian, N. N. *et al.*, «Disparities in physicians' interpretations of heart disease symptoms by patient gender: results of a video vignette factorial experiment», *Journal of Women's Health*, 18(10), 2009, pp. 1661-1667.

- [111] Lichtman, J. H. *et al.*, «Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: evidence from the VIRGO Study», *Circulation*, 137(8) 2018, pp. 781-790.
- [112] Ridker, P. M. *et al.*, «Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events», *New England Journal of Medicine*, 347(20), 2002, pp. 1557-1565.
- [113] Clayton, J. A. y F. S. Collins, «Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies», *Nature*, 509(7500), 2014, pp. 282-283.
- [114] Ramirez, F. D. *et al.*, «Sex bias is increasingly prevalent in preclinical cardiovascular research: implications for translational medicine and health equity for women: a systematic assessment of leading cardiovascular journals over a 10-year period», *Circulation*, 135(6), 2017, pp. 625-626.
- [115] Gillis, A. M., «Atrial fibrillation and ventricular arrhythmias: sex differences in electrophysiology, epidemiology, clinical presentation, and clinical outcomes», *Circulation*, 135(6), pp. 593-608.
- [116] Bernal, O. y C. Moro, «Arritmias cardiacas en la mujer», *Revista Española de Cardiología*, 59(6), 2006, pp. 609-618.
- [117] Nardin, C., K. M. Maki-Petaja, K. L. Mies *et al.*, «Cardiovascular phenotype of elevated blood pressure differs markedly between young males and females. The Enigma study», *Hypertension*, 72(6), 2018, pp. 1277-1284.
- [118] Corici, O. M., O. Mirea-Muntenau, I. Donoiu *et al.*, «Gender-related electrocardiographic changes in athletes», *Current Health Sciences Journal*, 44(1), 2018, pp. 1, 29-33.
- [119] Barcena de Arellano, M. L., S. Pozdniakova, A. A. Kühl *et al.*, «Sex differences in the aging human heart: decreased sirtuins, pro-inflammatory shift and reduced anti-oxidative defense», *Aging*, 11(7), 2019, pp. 1918-1933.
- [120] Pang, H., Q. Fu, Q. Cao *et al.*, «Sex differences in risk factors for stroke in patients with hypertension and hyperhomocysteinemia», *Scientific Reports*, 9(1), 2019, p. 14313.
- [121] Sun, L. Y., J. V. Tu, D. S. Lee *et al.*, «Disability-free survival after coronary artery bypass grafting in women and men with heart failure», *Open Heart*, 5(2), 2018, e000911.
- [122] Okunrintemi, V., J. Valero-Elizondo, B. Patrick *et al.*, «Gender differences in patient-reported outcomes among adults with atherosclerotic cardiovascular disease», *Journal of the American Heart Association*, 7(24), 2018, e010498.
- [123] Liaudat, C. C., P. Vaucher, T. de Francesco *et al.*, «Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care», *Women's Health*, 14, 2018, pp. 1-9.
- [124] Rao, U., G. L. Buchanan y A. Hoye, «Outcomes after percutaneous coronary intervention in women: are there differences when compared with men?», *Interventional Cardiology Review*, 14(2), 2019, pp. 70-75.
- [125] Jinnouchi, H., A. V. Finn y R. Virmani, «Nonatherosclerotic vascular disease in women», *Texas Heart Institute Journal*, 45(4), 2018, pp. 233-235.

[126] Lundberg, G. P., S. B. Dunbar y N. K. Wenger, «Guidelines for the reduction of cardiovascular disease in women», *JOGNN*, 45(3), 2016, pp. 401-412.

[127] Bushnell, C., L. D. McCullough, I. A. Awad *et al.*, «Guidelines for the prevention of stroke in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association», *Stroke*, 45(5), 2014, pp. 1545-1548.

[128] Mehta, L. S., T. M. Beckie, H. A. DeVon *et al.*, «Acute myocardial infarction in women: a scientific statement from the American Heart Association», *Circulation*, 133(9), 2016, pp. 916-947.

[129] Kuehn, B. M., «Women may benefit from cardiac rehabilitation programs tailored to their specific needs», *Circulation*, 135(6), 2017, pp. 612-613.

## Larga esperanza de vida. Prevención invisible de la mortalidad prematura

*Las mujeres tienen una mayor morbilidad que los hombres y presentan enfermedades crónicas debilitantes más frecuentemente; aunque viven más años que los hombres, unos siete años de media, la calidad de vida de estos años extras está excepcionalmente sobrecargada o bombardeada por el cáncer, en particular el de mama, pulmón o colon, la enfermedad cardíaca, la osteoporosis, los accidentes vasculares cerebrales, la enfermedad de Alzheimer, la depresión, el aislamiento social, la soledad, las condiciones de pobreza y la pérdida del estatus social.*

BERNADINE HEALY<sup>[130]</sup>

*Existen numerosas entidades patológicas para las cuales se observa una sobremortalidad femenina y/o una feminización de las razones de la mortalidad (varón/mujer) a lo largo de la última década, lo cual expresa el endurecimiento relativo de las condiciones socioepidemiológicas del género femenino, así como de su posición frente a lo masculino. También muchos datos de morbilidad comparativa entre géneros abonan esta dirección. Urge ampliar el campo de visibilidad de la salud pública e incorporar en los programas de acción y en las tareas de investigación el enfoque de género. Un componente clave para el desarrollo de dicho proceso es la transformación de la estructura de los sistemas de registro, procesamiento y diseminación de datos que permita el avance intergenérico, no solo en cuanto al estudio de la enfermedad (indicadores negativos), sino de las condiciones de salud (indicadores positivos).<sup>[131]</sup>*

JAIME BREILH y colaboradores

Indira tiene 25 años y vive en un pequeño pueblo cerca de Bombay. Desde su infancia ha visto morir a dos hermanos de tuberculosis y a su madre de malaria. En realidad, no ha tenido nunca una verdadera casa; sus padres vivían al borde de un camino en una improvisada tienda formada por palos y una cubierta de plásticos. Siempre habían estado expuestos al viento y a la lluvia en la época de los monzones, y las picaduras de los mosquitos eran constantes. Tiene ya dos hijos de 10 y 8 años, pero desde hace un año ha empezado a tener fiebres repetidas, que la dejan agotada y no le permiten trabajar. En un consultorio ambulante que llevan unas monjas médicas de Brama Kumaris le han dicho que tiene malaria, y le dieron unos medicamentos hace dos meses, pero se le terminaron. Su marido trabaja recogiendo basura y con lo que gana tiene lo justo para comer. Ella fregaba en un bar de carretera, pero con la fiebre hace dos meses que no puede ir. Cree que vuelve a estar embarazada. Le han dicho que con el embarazo no puede tomar la medicación contra la malaria. No tiene esperanzas. Cree que acabará como su madre.

Carmen tenía 50 años cuando se le retiró la menstruación. Empezó a engordar algo y tenía bastantes sofocaciones. Siempre había estado preocupada por sus problemas de peso, y además le gustaba comer bien. Sin pedir consejo a su médica habitual, decidió hacerse una liposucción de la grasa abdominal. Fue muy dolorosa y, en sus propias palabras, «nunca se lo volvería a hacer», pero quedó contenta con los resultados. Transcurrido un año, y dado que persistían las sofocaciones y que no quería tomar terapia hormonal porque una amiga suya que la había tomado en forma de pastillas había muerto de cáncer de mama, consultó a su ginecólogo. Le recomendó un preparado con isoflavonas (dos comprimidos diarios), pero al ver que no mejoraban los síntomas, y dado que le habían asegurado que era un producto inocuo y sin ningún peligro, decidió por su cuenta tomarse cuatro al día. Lo hizo durante seis meses, y aunque las sofocaciones persistieron, creía que este tratamiento evitaría el envejecimiento precoz. Había visto en un autobús propaganda de un alimento que contenía soja y que decía que podía alargar la vida. De repente apreció un bulto en la mama. Acudió a su médica habitual, que le ordenó una mamografía. En quince días pasó por quirófano y se le extirpó la mama. Un ganglio de los diez extraídos tenía células cancerosas. Se le suspendieron las isoflavonas y durante dos años recibió quimioterapia y radioterapia. Murió a los 52 años.

### **Las mujeres viven más años que los hombres**

La esperanza de vida de las mujeres es más dilatada que la de los hombres en todos los países del mundo. Esta buena noticia queda empañada por que los años de vida que las mujeres viven de más, que oscilan de cinco a diez años según los países, se acompañan de enfermedades y discapacidades, por lo que los años vividos con buena calidad de vida son iguales para mujeres y hombres. La mayor esperanza de vida depende de la clase social y de las condiciones de vida y trabajo, pero debe existir algún factor biológico vinculado al sexo femenino, ya que incluso en el África subsahariana o en Haití, donde la pobreza limita la esperanza de vida de la población, las mujeres sobreviven diez años más que los hombres.

Al comparar la esperanza de vida de mujeres y hombres de etnia caucásica y de etnia afroamericana en Estados Unidos, se observa que a partir de los 60 años la menor mortalidad es en primer lugar de las mujeres caucásicas, seguidas a una distancia de seis años de las mujeres afroamericanas, a ocho años de los hombres caucásicos y a doce años de los hombres afroamericanos. Aunque la etnia influye, el factor de ser del sexo femenino es más potente que la etnia y las condiciones de vida y trabajo.

La diferencia de esperanza de vida entre países también refleja las condiciones de vida. España y Japón, los países con mayor longevidad, presentan una esperanza de vida media de unos 85 años para las mujeres y de 79 para los hombres. Pero esta cifra se reduce en diez años en América Latina, en veinte años en el este de Asia y en treinta años en el África subsahariana.

La mayor esperanza de vida entre las mujeres se ha asociado a su mayor resistencia a las infecciones, que todavía son la primera causa de mortalidad en el mundo. En este sentido, las mujeres serían el sexo fuerte biológicamente hablando, en contra de la debilidad que se les había atribuido anteriormente.

### **La mortalidad prematura**

Si la esperanza media de vida es de unos 80 años, las muertes que se producen antes de los 65 años se pueden considerar prematuras, y a ser posible deberían ser evitadas o, como mínimo, la salud pública debería tenerlas en cuenta para potenciar estrategias de prevención.

Las principales causas de mortalidad prematura son los accidentes, el suicidio, el cáncer de mama, el cáncer de colon, el de ovario y endometrio y, en números absolutos, la patología cardiovascular, pero en los países en vías de desarrollo la primera causa de mortalidad prematura son las enfermedades infecciosas (en especial la tuberculosis y la malaria), incluso por encima de la mortalidad durante o después del parto, que es mucho más alta que en el mundo desarrollado.

### **Las enfermedades infecciosas:**

#### **la tuberculosis y la malaria**

Se estima que más de diez millones de personas sufren tuberculosis en el mundo, con dos millones de muertes anuales. De estas muertes, más de la mitad son mujeres, porque el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se retrasa o se actúa con negligencia por parte de las familias o de las propias mujeres, debido a la presión del trabajo y a la socialización de la autonegación de las propias necesidades, anteponiendo las del marido, los hijos y los familiares.

A finales de agosto de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los ministros de Salud de los países africanos declararon la tuberculosis como una emergencia sanitaria en África, ya que desde 1990 se habían cuadruplicado el número de casos. Aunque África solo acoge el 11 % de la población mundial, concentra más de una cuarta parte de las personas afectadas por tuberculosis, con 2,4 millones de personas afectadas y unas 540.000 muertes anuales.

Mira Shiva,[\[132\]](#) médica en la India, nos recordó durante el Fórum de las Culturas de Barcelona que en la India la tuberculosis y la malaria son las primeras causas de muerte entre las mujeres, aunque la formación de los profesionales sanitarios se enfoca más a



atender problemas de salud reproductiva o de contracepción. Señaló también la elevada mortalidad materna en el embarazo y el parto, con cuatrocientas sesenta muertes cada cien mil partos, destacando el caso del estado de Orissa, donde la mortalidad materna es de setecientos casos cada cien mil partos, la tasa más elevada de toda la India.

### **Feminicidios**

Se calcula que en estos momentos faltan unos 150 millones de mujeres en el mundo, sobre todo en los países asiáticos, y la cifra sigue creciendo cada año. Se están incrementando los abortos selectivos de niñas durante el embarazo una vez se conoce el sexo. Hace años se podía conocer el sexo mediante amniocentesis, pero la prueba era costosa y no exenta de riesgos. Ahora, los ultrasonidos permiten mediante la ecografía diagnosticar el sexo de los fetos entre las dieciocho y las veinte semanas de embarazo.

En la India se intentó prohibir el mal uso de la amniocentesis con la Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques Act (Ley PCPNDT o de Técnicas de Diagnóstico Pre-Concepción y Prenatal), en 1996. Pero la mayoría de las determinaciones del sexo de los fetos se continuó realizando con ecografías.

Según Mira Shiva, el aborto selectivo de niñas en la India utilizando las nuevas tecnologías médicas ha dado lugar a una dramática caída de la proporción entre sexos. Estos feticidios selectivos son especialmente abundantes en los estados de Punyab, Haryana, Himachal Pradesh, Rayastán y Delhi, donde la proporción de sexos entre las edades de 0 a 6 años es de setecientos varones por cada cien mujeres. Añade también una mortalidad selectiva de mujeres a causa de la dote, unas nueve mil durante el año 2003. Aunque existe una ley, la Dowry Prohibition Act, que prohíbe el mercadeo de las dotes, estas continúan representando una gran sobrecarga que en algunos casos se debe pagar incluso años después del matrimonio. El tener un hijo varón es un valor grande, mientras que una hija supone un valor a la baja. Los feticidios se están realizando en la India en los estados en los que la situación socioeconómica es mejor, abortando a los fetos a partir de que se conoce su sexo a través de ecografías efectuadas en los primeros meses de embarazo. No se conoce el número de feticidios por razón de sexo, ya que se realizan en ámbitos privados, sin declaración obligatoria.

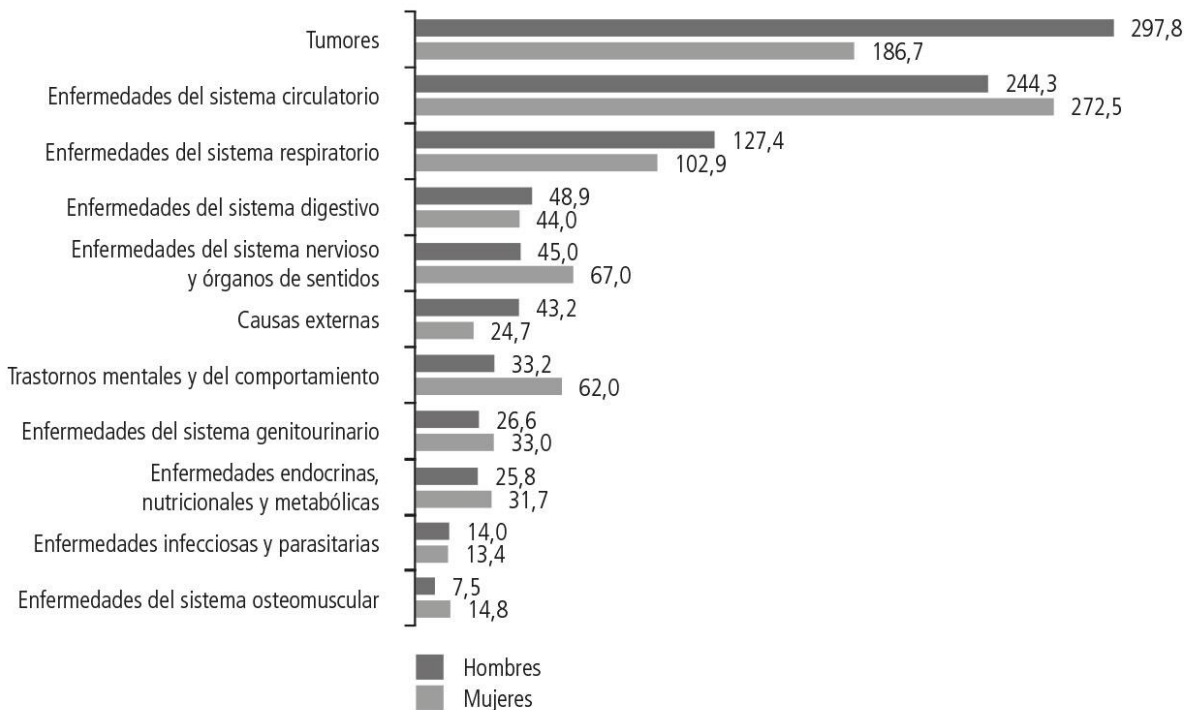
### **Sida**

Aunque el sida ha constituido una de las primeras causas de mortalidad prematura entre la población joven en los últimos quince años, las diferencias de la evolución de la enfermedad por sexos se han descuidado. La mayoría de los primeros infectados fueron

varones, pero la enfermedad ha evolucionado y muchas mujeres se han contagiado por vía de relación heterosexual con la propia pareja.

La mayoría de las mujeres infectadas en Occidente y en la India habían tenido una sola pareja, que era su marido. En poblaciones donde la pobreza avanza o se emigra en malas condiciones, muchas mujeres se han visto obligadas a trabajar en la prostitución como una opción para continuar manteniendo a sus familias, y el riesgo de infección es cada vez más frecuente y a edades más jóvenes. En España se calcula que existen unas 150.000 personas afectadas por la enfermedad, y de ellas el 26 % son mujeres. La situación sociodemográfica de las mujeres españolas afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido estudiada en el informe realizado por Creación Positiva y varias asociaciones de España.[\[133\]](#)

### CAUSAS DE MUERTE Y DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES POR 100.000 HABITANTES



Fuente: INE, 2018

**DEFUNCIONES SEGÚN LAS CAUSAS  
DE MUERTE MÁS FRECUENTES, AÑO 2018**  
CAUSAS CON PESO RELATIVO SUPERIOR AL 1,4%

	Total	Hombres	Mujeres
Total enfermedades	427.721	216.442	211.279
Enfermedades isquémicas del corazón	31.152	18.423	12.729
Enfermedades cerebrovasculares	26.420	11.435	14.985
Cáncer de bronquios y pulmón	22.133	17.181	4.952
Demencia	21.629	7.144	14.485
Insuficiencia cardíaca	19.142	7.266	11.876
Enfermedad de Alzheimer	14.929	4.454	10.475
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	14.607	10.594	4.012
Enfermedad hipertensiva	12.496	4.108	8.388
Cáncer de colon	11.265	6.690	4.575
Neumonía	10.415	5.430	4.985
Diabetes mellitus	9.921	4.407	5.514
Cáncer de páncreas	7.132	3.299	3.833
Insuficiencia renal	7.120	3.745	3.375
Cáncer de mama	6.621	87	6.534
Cáncer de próstata	5.841	5.841	0

Fuente: INE, 2018

El sida se desarrolla con más virulencia en el sexo femenino una vez que el cuerpo de la mujer ha sido infectado con el VIH. El desarrollo de la enfermedad se hace más rápido que en el sexo masculino debido a las diferencias en la inmunidad de ambos sexos. La tendencia de las mujeres a padecer con mayor frecuencia enfermedades autoinmunes las hace más vulnerables a la evolución de la infección y la seropositividad de la enfermedad. Pero esta tendencia ha sido invisible durante años, y solo las últimas estadísticas epidemiológicas han permitido conocer que la enfermedad está avanzando más y produce una mayor mortalidad entre el sexo femenino.

### Cáncer de mama

El cáncer de mama es la primera causa de mortalidad prematura entre mujeres menores de 45 años. La incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados se ha incrementado desde la Segunda Guerra Mundial. En España se diagnostican cada año entre cuarenta y setenta y cinco nuevos casos de cáncer de mama por cada cien mil mujeres y se producen unas seis mil muertes anuales por esta enfermedad. En los datos del INE de 2018 la mortalidad de mujeres por cáncer de mama fue de 6.534, y de ochenta y siete en el caso de los hombres. Las neoplasias son la segunda causa de muerte en mujeres después de las enfermedades cardiovasculares. La probabilidad de que una mujer española desarrolle un cáncer de mama antes de cumplir 75 años se aproxima a un 5 %, lo que significa que una de cada veinte mujeres lo desarrollará antes de esa edad. En Estados Unidos y en los países nórdicos, una de cada once mujeres desarrollará un cáncer de mama antes de los 75 años. Existe una mayor incidencia de cáncer de mama en el norte de Estados Unidos (Rochester) que en la zona de California. Se cree que los niveles de vitamina D pueden ser un factor modulador de la incidencia.

### **¿Cuál es la causa del cáncer de mama?**

Aunque a través de las informaciones mediáticas pueda parecer que todos los cánceres de mama presentan alteraciones genéticas en sus líneas celulares, las investigaciones actuales indican que solo entre un 5 % y un 10 % de los cánceres de mama son hereditarios, en el sentido de que se transmiten por vía familiar. En otras palabras, entre el 90 % y el 95 % de los cánceres de mama no son hereditarios. Los investigadores han identificado varios genes (BRCA1 y BRCA2) asociados con el cáncer de mama. Cada recién nacido recibe una copia de estos genes de su padre y de su madre. Si una mujer recibe una copia anormal o mutada, aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Si ella tiene una mutación de BRCA1 o BRCA2 y en su familia existen fuertes antecedentes de cáncer de mama u ovarios, el riesgo de que desarrolle cáncer de mama a lo largo de su vida puede ser de un 70 %. Hasta la fecha no existe una valoración rigurosa del riesgo de una mujer con una de estas mutaciones que no tenga una historia familiar con varios casos de cáncer de mama u ovarios.

Pero el 95 % de los cánceres de mama no son de origen genético. Hasta 1993 se había negado la posibilidad de una relación hormonal con el cáncer de mama. Pero una revisión que apareció en la revista *Science*<sup>[134]</sup> alertó sobre el efecto de los estrógenos como agentes que potencian la mutación de las células. Se considera que es un cáncer hormonodependiente, aunque modulado por otros factores ambientales y personales.

Dado que los estrógenos son unas hormonas que todas las mujeres producen, la pregunta que se empezaron a hacer los investigadores fue: ¿por qué no todas las mujeres tienen cáncer de mama, si todas tienen estrógenos y progesterona desde el

momento de la menstruación o incluso años antes? ¿Por qué, si depende solo de las propias hormonas, no se presenta desde la primera juventud, sino que su incidencia aumenta desde los 35 años en adelante?

El hecho de que la incidencia del cáncer de mama se haya multiplicado de forma exponencial desde la Segunda Guerra Mundial se relacionó en un primer momento con la masiva utilización de un nuevo insecticida, el DDT, que se había investigado durante la guerra. Sin embargo, las causas del incremento de la incidencia del cáncer son múltiples, y por lo tanto ha sido muy difícil establecer nexos concretos. Pero el hecho de que haya aumentado en los últimos años en todas las sociedades industrializadas hace pensar que son los factores externos —como el medio ambiente, las ocupaciones laborales y las radiaciones— los que están provocando la incidencia de este cáncer, y no los factores genéticos. Y aunque se diagnostica y se trata con un alto nivel de eficiencia y supervivencia, no deja de ser una plaga para las mujeres, siendo la primera causa de mortalidad prematura para el sexo femenino. En concreto, en este momento de la investigación, puede decirse que existen riesgos derivados de la exposición ambiental a disruptores endocrinos, del exceso de medicación de las mujeres desde edades tempranas, como los anticonceptivos hormonales, o después de la menopausia, con la terapia hormonal sustitutiva (THS), y que existen riesgos relacionados con los campos electromagnéticos (CEM) y con la ocupación laboral, no solamente por la exposición a tóxicos ambientales, sino también por los altos niveles de estrés que suponen algunas ocupaciones, como la sanitaria o las profesiones con un elevado componente emocional, así como por las profesiones con horarios nocturnos.

El cáncer de mama depende en gran medida de la acción de hormonas sobre la mama, en concreto de los estrógenos o de sustancias químicas que imitan su funcionamiento o estimulan los mismos receptores.<sup>[135]</sup> Existen factores que predisponen al cáncer de mama que podríamos denominar «clásicos», porque hace casi veinte años que se han establecido a nivel internacional: una edad mayor de 60 años, mujeres naturales del norte de Europa y América, clase socioeconómica alta, solteras, vivienda en zona urbana, raza blanca, primeros embarazos después de los 30 años, obesidad, menarquia precoz, menopausia tardía, historia familiar de cáncer de mama, historia de mama fibroquística y radiación de las mamas. Muchos de estos factores de riesgo bien establecidos —como la menarquia temprana, la menopausia tardía, el no tener hijos, la edad tardía del primer parto y la obesidad en mujeres posmenopáusicas— suponen una mayor exposición de la glándula mamaria a los estrógenos circulantes.

En España, el informe del año 2003 del Instituto Carlos III sobre la situación del cáncer en España corrobora que existen factores novedosos respecto a los riesgos clásicos anteriores: estos factores incluyen el sedentarismo, la exposición precoz a altas dosis de

radiaciones ionizantes, el consumo de alcohol, los anticonceptivos orales, el alto consumo de grasa, el menor consumo de ácido fólico, la exposición a plaguicidas organoclorados, el tabaco y los campos electromagnéticos de muy baja frecuencia. Se han identificado, además, nuevos factores de riesgo, como la falta de ejercicio físico y la baja ingesta de vitamina E y de betacaroteno.[\[136\]](#)

La influencia de los anticonceptivos hormonales[\[137\]](#) como factor de riesgo para el cáncer de mama permanece en controversia. Sí que se ha establecido correlación entre anticonceptivos hormonales e incremento de riesgo de cáncer de mama entre mujeres con historial familiar, y un incremento de cáncer de mama antes de la menopausia entre mujeres que habían tomado anticonceptivos hormonales durante más de cinco años antes de tener el primer embarazo. La THS en la menopausia se ha mostrado como factor de riesgo, como ya preveían los estudios correlacionados con los niveles de estrógenos en mujeres posmenopáusicas. La distribución de algunos de estos factores en relación con el nivel socioeconómico podría explicar la mayor incidencia observada en las mujeres de clase social más elevada. Determinadas profesiones muestran también una incidencia mayor, aunque es difícil deslindar la influencia de factores específicamente ocupacionales. Cuanto más prolongada sea la exposición a estrógenos durante la vida, más elevado es el riesgo de cáncer.

### **Hormonas endógenas y exógenas.**

#### **Epidemiología y prevalencia de la causa ambiental**

Hasta el año 1993, no se creía que las hormonas circulantes en sangre —estrógenos y andrógenos, así como hormonas intermedias entre los dos tipos— pudieran causar cáncer de mama. Se creía más bien en factores genéticos que en factores ambientales alrededor de las células. La acción de las hormonas circulantes se realiza por la denominada fracción libre. Las hormonas navegan por la sangre encima de unas proteínas que, a modo de carro, las transportan. Estos metafóricos carros dejan una fracción de la hormona libre. Esta fracción libre es la que es eficaz para actuar en el núcleo de las células de la mama. Según los disruptores endocrinos que existan en el medio ambiente, en especial los que alteran la función tiroidea y los niveles de estrógenos y andrógenos, pueden cambiar los niveles de las proteínas transportadoras y las pueden hacer disminuir de tamaño. Si los carros se hacen más pequeños, la fracción libre se hace más grande, incrementando el riesgo de cáncer de mama tanto antes como después de la menopausia.

Las células de la mama tienen unos receptores para las hormonas que se denominan receptores estrogénicos, o receptores de progesterona o de andrógenos, que son los

lugares donde se fijan las fracciones libres de las hormonas y pueden entrar dentro de las células mamarias desencadenando una serie de reacciones bioquímicas, hasta que llegan a cambiar el núcleo de las células, convirtiéndolas en malignas. Tanto los andrógenos como los progestágenos de síntesis (los derivados de la hormona masculina) acaban convirtiéndose en estrógenos en el hígado y en la piel, por lo que, si los productos que se distribuyen por esta tienen componentes que imitan a los estrógenos, como los parabenos, su potencial efecto estrogénico se multiplica. Por ejemplo, los niveles altos de testosterona circulante aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres después de la menopausia.[\[138\]](#)

Muchas mujeres que han tenido cáncer de mama se preguntan qué significan los resultados de los primeros análisis de sus biopsias, cuando les dicen que tienen receptores estrogénicos positivos o negativos. Los receptores hormonales estrogénicos son partes de las células encargadas de recibir al estrógeno circulante para que actúe en el interior. Al avanzar en la investigación se ha podido comprobar que, en los dos tipos de alteraciones de los receptores de las células del cáncer de mama, las hormonas circulantes —ya provengan de los niveles internos o de factores externos— acaban produciendo efectos malignos en el núcleo de las células, aunque los resultados de las biopsias no den receptores estrogénicos positivos. Este hecho ha contribuido a relacionar la medicalización creciente de la vida de las mujeres con un incremento del cáncer de mama, y a que tanto los anticonceptivos hormonales —incluso los de baja dosis de estrógenos— como la THS después de la menopausia hayan sido reconocidos como factores de riesgo según el tiempo y la dosis de administración. Por otro lado, la gran cantidad de disruptores endocrinos ambientales ha contribuido también a este aumento de los casos de cáncer de mama.

### **¿Qué son los disruptores endocrinos?**

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas que pueden entrar en el cuerpo humano a través del agua, el aire, los alimentos o los cosméticos, y que pueden alterar el equilibrio hormonal. Pueden imitar el efecto de los estrógenos o de los andrógenos y alterar la función tiroidea. Los que imitan el efecto de los estrógenos se denominaron también xenoestrógenos. El primer xenoestrógeno conocido fue el DDT, insecticida utilizado después de la Segunda Guerra Mundial que incluso se empleaba en el interior de las casas para matar mosquitos. Se prohibió en 1972.

Los productos organoclorados tienen una larga vida media, que puede llegar a los cuarenta años en el cuerpo humano, especialmente en el tejido adiposo, en el suero y en la leche. El DDT —y su metabolito, el DDE— tiende incluso a persistir mucho más tiempo en el cuerpo, hasta más de treinta años. Tiene propiedades estrogénicas y actúa

como disruptor endocrino. El doctor Leon Bradlow publicó en 1995 que muchos productos organoclorados, como el DDT, la atrazina, el hexacloruro de benceno, el PCB y el endosulfán I y II, estimulan la producción en el organismo de un metabolito de los estrógenos —16-alfa-hidroxiestronea— que es un potente agente que produce tumores y altera genes. Estudios del grupo del profesor Nicolás Olea, de la Universidad de Granada, han señalado la relación entre los organoclorados y el cáncer de mama.[\[139\]](#) Examinando el efecto combinado de los estrógenos ambientales demostraron un incremento del riesgo de cáncer de mama entre las mujeres más delgadas, en especial en el grupo de mujeres posmenopáusicas, que tenían niveles más elevados de pesticidas, sobre todo aldrín y lindano.

En un estudio publicado en 2005[\[140\]](#) en el que se analizaron los niveles de DDT y sus metabolitos en la población de las islas Canarias, se encontraron niveles más altos que en la población española general, y las mujeres presentaron niveles más altos de insecticidas organoclorados que los hombres. Las islas Canarias son uno de los lugares de España en que hay mayor incidencia y mortalidad por cáncer de mama. La exposición a DDT durante la adolescencia puede contribuir a aumentar los niveles de cáncer de mama durante la vida adulta de las mujeres.[\[141\]](#) Aunque el DDT se prohibió en 1972, su uso no cesó inmediatamente en España y se mantuvo de forma encubierta. Esta es una de las razones para entender el alto nivel de metabolitos del DDT en la población española, y en especial en las islas Canarias.

### **La controversia de las mamografías**

El cáncer de mama nos va a obligar a abordar una nueva forma de estudiar los problemas del cáncer en relación con el medio ambiente. De hecho, es algo que ya se ha planteado. Desde 1995, una red de activistas feministas consiguió que en Estados Unidos se cuadruplicaran los fondos destinados a investigar el cáncer de mama y su prevención primaria. Sin embargo, continúa faltando investigación para poder encontrar métodos de detección precoz. Tan solo se utiliza la mamografía, que solo detecta la tumoración cuando ya existe. ¿Por qué no se ha podido conseguir algún marcador bioquímico que detecte cambios celulares menores, como ocurre con el PSA (antígeno prostático específico), que detecta cambios en la próstata en sus fases precoces? Sería muy útil, ya que el cáncer de mama está afectando a mujeres cada vez más jóvenes que han estado expuestas a través del agua, el aire y los alimentos a sustancias estrogénicas. Para hacer una buena prevención, los movimientos feministas y las asociaciones de mujeres deberán colaborar en el futuro con los movimientos ecologistas, para controlar la calidad del medio ambiente y prevenir los efectos negativos sobre la salud humana.



Por otra parte, el hecho de que el cribaje con mamografías no reduzca la mortalidad aumenta la controversia no resuelta sobre la necesidad de hacer cribajes, planteándose la conveniencia de analizar a fondo los grupos de riesgo con técnicas que, como la ecografía, no supongan una radiación ionizante de la mama y permitan individualizar según la fase del ciclo.[\[142\]](#) Existen evidencias de incremento de riesgo de cáncer de mama por exposición laboral a radiaciones electromagnéticas.

Según la guía de práctica clínica de los *Anales de Medicina Interna* (2007) sobre el cribaje con mamografías de mujeres de 40 a 49 años, los clínicos deben individualizar los riesgos-beneficios de dicho procedimiento e informar a la paciente, explicándole los pros y los contras de realizar mamografías y respetando su opinión al respecto.

El riesgo de cáncer de mama está determinado por la edad, la historia familiar de cáncer de mama, la historia reproductiva con un primer hijo por encima de los 30 años, la menarquia antes de los 12 años y el historial de biopsia mamaria. El riesgo absoluto se puede determinar usando el calculador de la web de los NIH, basado en el modelo de Gail.[\[143\]](#)

Algunas sociedades de ginecología recomiendan hacer mamografías desde los 40 años, pero la salud pública las recomienda solo cada dos años a partir de los 50, precisamente para evitar la radiación en mamas jóvenes con gran actividad hormonal. Se ha demostrado que la resonancia magnética es más sensible que la mamografía a la hora de detectar carcinoma ductal *in situ*. La resonancia detecta el 92 % de todos los carcinomas ductales *in situ*, mientras que la mamografía solo detectó un 56 %. La resonancia ha sido particularmente efectiva en detectar carcinoma ductal *in situ* de alto grado, que es el que puede progresar a enfermedad invasiva.

Esta alta sensibilidad ha obligado a la Sociedad Americana contra el Cáncer a añadir la resonancia magnética en la actualización de la guía realizada en 2006. El cribaje con resonancia magnética se recomienda en mujeres con un 20-25 % de mayor riesgo de cáncer de mama, incluyendo mujeres con una historia familiar de cáncer de mama y de ovario y mujeres que fueron tratadas por la enfermedad de Hodgkin. Existen varios subgrupos de riesgo para los que los datos disponibles son insuficientes para recomendar o contraindicar este cribaje, como las mujeres con historia personal de carcinoma *in situ*, hiperplasia atípica y mamas muy densas en mamografía.

Respecto a las mamografías en mujeres de 40 a 49 años, es de agradecer que la Asociación de Médicos Clínicos matice a los especialistas incluyendo los factores de riesgo negativos de las mamografías y respete la opinión, los miedos y las creencias de las mujeres que se las han de realizar. Es la primera vez en la historia de la medicina,

que yo conozca, que una sociedad científica importante como la de medicina interna recomienda tener en cuenta la opinión de la paciente, una vez informada de los riesgos y ventajas que tiene para ella hacerse una mamografía sistemáticamente antes de los 50 años. Pero, a pesar de las recomendaciones de las sociedades americanas, la controversia sobre las mamografías continúa, pues no hay evidencias claras de su utilidad y se trata de una prueba extremadamente molesta y dolorosa.

### **¿La prevención del cáncer de mama es posible?**

Estos nuevos factores de riesgo plantean nuevas estrategias de prevención. Dada la lentitud de los resultados de los investigadores, existen en todo el mundo grupos de mujeres afectadas que presionan para que se dediquen más fondos para la investigación y también para dar una información veraz. Uno de los más activos es la Breast Cancer Action (BCA), que reúne a unas doce mil mujeres con cáncer de mama y simpatizantes, con sede en San Francisco y con documentos en inglés y en español. Su página web — [www.bcaction.org](http://www.bcaction.org)— plantea también el problema de la calidad y cantidad de mamografías y aboga por encontrar nuevas formas de prevención y no solo de detección precoz. La información clara sobre este tema ha sido invisible, y aún existen mujeres, e incluso algunos especialistas en ginecología, que creen que haciéndose mamografías a edad cada vez más joven y de forma repetida podrán prevenir el cáncer. Las actuales recomendaciones son hacerse mamografías cada dos años de los 50 a los 65 años y no antes. Si por alguna razón —nódulos o mamas con quistes— se debe explorar antes, la recomendación es hacer una ecografía mamaria para evitar las radiaciones ionizantes.

Evitar el contacto con insecticidas y tomar precauciones en caso de que se utilicen es una forma de prevención primaria, así como exigir a la salud pública un riguroso control de la calidad y estrogenicidad del agua, el aire y los alimentos, así como de los productos cosméticos. Muchos de los champús, cremas y jabones que utilizan las mujeres contienen sustancias denominadas parabenos, que actúan también como xenoestrógenos. Es posible que, por esta razón, el cáncer de mama sea el único relacionado de una manera directa con mujeres de clase alta, que acostumbran a utilizar muchos más productos cosméticos. Se ha solicitado que las etiquetas de estos productos informen detalladamente de todas las sustancias que contienen. La utilización de productos naturales puede ser una forma de prevención para personas que han estado expuestas a productos estrogénicos.

### **Cáncer de cérvix**

El cáncer de cérvix ha disminuido mucho su frecuencia en los países desarrollados. Su incidencia en Cataluña es de 8,6 mujeres por cada cien mil en el periodo 1996-1997. Su origen tiene una clara relación viral, el virus del papiloma, por lo que se pueden detectar los primeros cambios celulares con un buen chequeo.

El cribado del cáncer de cérvix es el paradigma de prevención de una neoplasia maligna. La mayoría de los tumores progresan desde estadios bien definidos de lesiones preinvasivas, que cambian la citología de la células del cuello uterino lentamente, por lo que durante este largo proceso la enfermedad puede ser detectada en los controles de cribado. La prueba de elección para ello es la citología cervicovaginal, que se considera el método más eficaz para la reducción de la morbilidad y de la mortalidad de este cáncer y, actualmente, para la detección de los tipos de virus.

En los casos en que se observen células displásicas se realizará una colposcopia y el especialista en ginecología indicará si se ha de hacer biopsia. Sin embargo, y continuando con la habitual invisibilidad de los problemas femeninos, se ha observado una pobre reproducibilidad de las interpretaciones diagnósticas de las citologías de cérvix entre diferentes médicos observadores de las mismas preparaciones<sup>[144]</sup> de la citología e incluso de las mismas biopsias. Dada la importancia del cribado para la prevención, los técnicos que interpretan las pruebas deben tener una formación adecuada para hacer visibles los casos dudosos.

## **¿Qué sabemos de la historia natural**

### **del cáncer de cérvix?**

Aunque existen más de cien tipos del papilomavirus humano (PVH) que pueden actuar sobre la piel de los seres humanos, solo quince tienen capacidad oncogénica (pueden provocar mitosis sin control, displasia, carcinoma *in situ* y cáncer de cérvix). Son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 (y probables: 26, 53, 66). En España, los tipos 16 y 18 solo están presentes en el 28 % de las lesiones precancerosas. Sabemos desde los primeros trabajos de Ho<sup>[145]</sup> y Woodman<sup>[146]</sup> que estudiaron la historia natural de las infecciones, que solo menos del 10 % de las infecciones por PVH se hacen persistentes pudiendo llegar a producir lesiones precancerosas, y que la mayoría de estas lesiones (neoplasia intraepitelial cervical o CIN) se resuelven solas sin convertirse en cáncer. Más del 80 % de mujeres menores de 25 años, y un tercio de las de 25 a 30 años, son portadoras de infecciones transitorias por papilomavirus humano, que desaparecerán espontáneamente en su mayoría. Además, de las mujeres infectadas con papilomavirus de alto riesgo, solo el 0,15 % desarrollará cáncer de cérvix invasivo. El cribado con citologías ha sido el único método que hasta ahora ha reducido de forma

significativa la incidencia del cáncer cervical en el Reino Unido.<sup>[147]</sup> Aunque esta metodología, el llamado papanicoláu — que era como conocían las citologías las mujeres de América Latina —, está ahora en revisión como método de cribado.

El contacto con el papilomavirus humano es una condición necesaria pero no suficiente para que las lesiones que se produzcan en el cuello del útero evolucionen a cancerígenas, ya que la evolución depende de la inmunidad de la persona afectada y de otros factores hormonales o infecciosos como el consumo de anticonceptivos hormonales, de tabaco, la presencia de infecciones concomitantes (clamidia, herpes, gonorrea) y los estados de inmunosupresión congénita o adquirida (VIH). También han de tenerse en cuenta la edad del primer coito, el número de compañeros sexuales y la promiscuidad de estos. Pueden existir otros riesgos de contacto con el virus no derivados estrictamente de las relaciones sexuales, pero no hay resultados todavía concluyentes en la literatura científica. Algunos estudios apuntan que el uso del preservativo facilita la regresión de las displasias de cuello uterino y la desaparición del PVH.

Es de interés analizar el informe<sup>[148]</sup> del Ministerio de Sanidad de 2005 sobre «La situación del cáncer en España», en el que se decía claramente: «La utilidad de aplicar programas de cribado poblacional de cáncer de cuello de útero en España está limitada por las bajas tasas de incidencia, de las más bajas de Europa (7,6 por cada 100.000 mujeres), y de mortalidad (3,1 por cada 100.000 mujeres). Por esta razón, no parece adecuada la implantación de programas de prevención de ámbito poblacional o masivos, siendo la estrategia de elección la del “hallazgo de caso”».

### **¿Qué sabemos de la historia**

#### **inmunológica del virus escapista?**

Los primeros estudios sobre los papilomavirus humanos y las enfermedades que podían provocar ya demostraron que estos tipos de virus tienen una especial persistencia. Para persistir en las células del cuello uterino durante décadas, el virus debe escapar a la inmunidad del huésped. Ya en el año 2007, Shreya Kanodia, dirigida por W. Martin Kast del Departamento de Microbiología Molecular e Inmunología de la Universidad del Sur de California en Los Ángeles, publicó con detalle el ciclo de vida del virus y la forma en que infectaba a las células. Señalo la fecha porque la publicación y los estudios en los que se basa fueron anteriores a la comercialización de las primeras dosis de vacuna supuestamente profiláctica.

El virus penetra en las células y conduce a una replicación del genoma viral en las capas basales. Algunas células emigran a las capas suprabasales y otras continúan en la capa basal multiplicándose. Pero esta infección en sí misma no conduce al cáncer. El PVH es un virus relativamente simple con pocos genes para poder sobrevivir, pero ha desarrollado intrincadas estrategias para escapar a la inmunidad del huésped. Se hace invisible a este manteniendo un perfil muy bajo, por lo que no genera anticuerpos en sangre, no produce viremia ni muerte celular; genera proteínas que imitan las del huésped; inhibe la forma en que se presenta el antígeno en la superficie de las células y las señales de daño o inflamación, por lo que no se alerta al sistema inmune. Estas y otras estrategias hacen que los virus persistan, escapando a la supervisión de la inmunidad del huésped. Pero, a pesar de su persistencia, la mayoría de las personas infectadas con una buena inmunidad pueden eliminar las infecciones que permanecen a nivel local. Es conocido el papel que juegan el tabaquismo, la malnutrición y las carencias de vitaminas en la evolución maligna de las células displásicas. El PVH posee varios mecanismos de evasión inmunológica para que el sistema inmune del huésped no detecte ni combata la infección. Desde su escondite, crea un microambiente para la infección posterior y facilita la progresión a CIN.

### **¿Puede servir una vacuna contra un virus**

#### **que no actúa como los demás?**

Sorprende que, conociendo toda esta información, se hayan podido introducir en la agenda de la salud pública de muchos países la vacuna contra el papilomavirus humano como vacuna profiláctica, cuando ya se sabía que, por muchos anticuerpos que se generen en sangre, las células infectadas con virus son indiferentes y hacen barrera contra los anticuerpos que les puedan llegar desde la sangre, escapando a la inmunidad humoral.

Aunque también se vendió la vacuna como posiblemente eficaz para evitar la evolución de las infecciones a lesiones displásicas de cuello uterino, en trabajos preliminares los resultados a más largo plazo han demostrado una respuesta pobre:[\[149\]](#) la evolución de lesiones de CIN2 a CIN3 es equiparable a la de mujeres no vacunadas.[\[150\]](#)

Para contrarrestar esto, la vacuna del papilomavirus se diseñó para poder provocar un nivel extraordinariamente alto de anticuerpos en sangre que permanecieran durante mucho tiempo.[\[151\]](#) Estas características hacen a esta vacuna distinta de las demás,[\[152\]](#) ya que la propia enfermedad no produce anticuerpos en sangre. Este aumento de la antigenicidad de la vacuna para que produzca muchos anticuerpos es el responsable de

los efectos secundarios que produce, mayores que los de todas las demás vacunas juntas.

Dada su pobre eficacia, la vacuna ha producido un gran número de reacciones adversas. Las críticas éticas, lideradas por equipos de investigadores de Japón, señalan que no se tuvo en cuenta que, para superar los mecanismos de evasión del huésped, los niveles de anticuerpos tendrían que ser extraordinariamente altos durante un largo periodo de tiempo para que la vacuna resultase eficaz, y que tampoco se ha tenido en cuenta la base genética de muchas enfermedades autoinmunes, por lo que su aplicación indiscriminada a toda la población puede generar reacciones inesperadas. Además, algunos países con un buen seguimiento epidemiológico de la población vacunada advierten de un adelanto de unos diez años en la aparición del cáncer de cérvix, de lo cual se desconoce la razón clara, por lo que desde la RedCAPS hemos hecho una petición a las asociaciones médicas y las autoridades sanitarias para conocer las cifras de incidencia del cáncer de cérvix en España. Todavía se puede firmar la petición de información en la página web.[\[153\]](#)

Muchos autores señalan la necesidad de que los programas de control y prevención del cáncer de cuello uterino tengan en cuenta que cualquier vacuna debe brindar una adecuada inmunogenicidad capaz de revertir las estrategias utilizadas por el PVH para evadir la respuesta inmune. Por ahora, al no existir esta vacuna ideal, la prevención del cáncer de cuello uterino no debe bajar la guardia en la realización de las citologías preventivas y en el seguimiento ágil de las mujeres que presenten lesiones, sin excluir las biopsias, dado que las células continúan replicando a nivel de las capas basales y suprabasales del cuello uterino.

Conscientes de la estrategia evasora del virus, otros grupos de investigadores exploran desde hace tiempo la posibilidad de desarrollar otro tipo de vacunas, las denominadas vacunas terapéuticas. Ya en estudios realizados por Kaufmann[\[154\]](#) en el 2007, se logró unir proteínas estructurales de las células del cuello con secuencias antigénicas de las proteínas virales, logrando partículas más estimulantes de la inmunidad que los propios viriones. Estas partículas estimulan la inmunidad celular, manteniendo una muralla defensiva a nivel local. Otros grupos han continuado investigando, como el de Alberto Monroy-García,[\[155\]](#) que ha empleado plantas como biofábricas productoras de proteínas antigénicas que permitan una defensa local sin alterar la inmunidad de los huéspedes. Hemos de seguir de cerca estas investigaciones, ya que las vacunas terapéuticas pueden ser una nueva forma de luchar contra las lesiones precancerígenas con menos riesgos.

**¿Por qué la vacuna actual no es un instrumento**

## **eficaz de prevención del cáncer de cérvix?**

1. **Su capacidad preventiva es desconocida.** No se ha podido demostrar que la vacuna evite un solo cáncer. Hasta ahora, solo ha reducido lesiones precancerosas. Los proponentes de la vacuna dicen que su efectividad preventiva se sitúa entre el 98 % y el 100 %; pero, basándonos en los datos existentes, su capacidad de reducción del riesgo absoluto es como máximo de 0,1 % a 0,7 %.[\[156\]](#)

2. **En las personas ya expuestas al virus puede provocar el efecto contrario.** En ellas, según los estudios de comercialización, la vacunación mostró un mayor nivel de cambios premalignos de células que el placebo, y una reactivación del virus, especialmente del 52 y el 56. Además, desconocemos el efecto multiplicador del efecto cancerígeno. Por tanto, no debería indicarse nunca a estas personas.

3. **La vacuna no está indicada en mayores de 10 años,** pero nunca se ha estudiado en niñas de esta edad. Los que hablan de medicina de la evidencia deberían comprobar sus datos y ver que las series de estudio previo a la comercialización de la vacuna (bivalente, cuadrivalente y nonavalente) se han realizado con mujeres mayores de 20 años.

## **El cribado, única arma segura de prevención**

Incluso en el caso de que se presente un cáncer de cérvix, las citologías (y en el presente y futuro la determinación previa del virus) permiten detectar las lesiones precancerosas. La presencia del virus a partir de los 25 años obliga a un seguimiento y a cambios en el protocolo, con citología, colposcopia y biopsia si fueran necesarias. Si ya se advierte una evolución de las displasias a CIN3 o lesiones de alto grado, un tratamiento adecuado con cirugía y conización permite evitar la diseminación.

Por lo tanto, el cribado regular cada tres años antes de los 30 y cada cinco años después es en este momento el único recurso seguro para evitar el cáncer de cérvix. Ninguna mujer, aunque esté vacunada, debe dejar de realizar las citologías preventivas.

## **Criterios actuales para el cribado**

Teniendo en cuenta las «European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening» y la guía de prevención del cáncer de cuello de útero del 2014 de la AEPC (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia), los criterios para el cribado son:

→ No realizar cribado a mujeres menores de 25 años.

→ Iniciar citología cada tres años de los 25 a los 30.

→ A partir ahí, realizar determinación de papilomavirus cancerígenos cada cinco años. Esta recomendación se justifica en base a la ganancia y validez de las determinaciones de los virus.

Donde aún no sea posible hacerlas, se deberá continuar con citologías cada tres años, a la espera de implementar las técnicas de detección del virus.

→ La presencia de virus, aunque la citología sea negativa, obliga al seguimiento de las mujeres afectadas.

→ Las mujeres mayores de 65 años deben finalizar el cribado si han tenido dos determinaciones de virus negativas, tres citologías previas negativas o no han tenido antecedentes de CIN en los tres años previos.

La recomendación futura que se está gestando es realizar el cribado con la determinación de los PVH a todas las edades, ya que estas determinaciones han demostrado mayor sensibilidad que la citología (de un 23 % a un 43 %) en los casos de CIN2. Además, en mayores de 30 años, si los virus son negativos el riesgo de desarrollar CIN3 en seis años es de 0,27 %, y por citología negativa es de 0,97 %. Las mujeres con inmunosupresión deberán seguir controles cada año.

Después de la determinación de los virus, si son positivos se deberá realizar citología y colposcopia, y hacer el seguimiento con derivación al servicio de ginecología, que repetirá pruebas a los seis y doce meses.

### **El cáncer de colon**

El cáncer de colon o colorrectal es el que se produce inicialmente en el intestino grueso (colon) o en la parte final del intestino (recto). Puede haber otros tumores que también se manifiesten en el colon, como el linfoma, los tumores carcinoides, el melanoma y los sarcomas, pero son poco frecuentes. El cáncer de colon es el tumor maligno de mayor incidencia en España, tanto en mujeres como en hombres. Se están observando unos 41.500 nuevos casos cada año. Se calcula que afectará a uno de cada veinte hombres y a una de cada treinta mujeres antes de cumplir los 74 años. La mortalidad en España en el año 2018 según el INE fue de 6.690 hombres y 4.575 mujeres. Después del cáncer de pulmón es el cáncer con mayor mortalidad en España. El cáncer de colon era la segunda causa tumoral que afectaba mortalmente a las mujeres después del de mama hasta hace pocos años, pero actualmente la mortalidad por cáncer de pulmón ya es mayor.



En Estados Unidos, el cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte por cáncer. En España, la supervivencia a los cinco años es de un 64 % de los casos, cifras que se sitúan en este momento por encima de la media europea, que es de un 57 %. En Estados Unidos se observó una diferencia de incidencia entre las zonas del norte (Chicago) y las zonas del sur (California). Esta diferencia de incidencia entre el sur y el norte fue analizada ya por los estudios epidemiológicos de los hermanos Garland (2000), correlacionando la menor incidencia con una mayor exposición solar. Por otra parte, su incidencia es mayor entre personas de raza negra y judíos askenazíes (Europa oriental).

No hay una causa única para el cáncer de colon. Casi todos los cánceres de colon comienzan como pólipos no cancerosos (benignos), que lentamente se van convirtiendo en cáncer.

Los factores de riesgo para el cáncer de colon son: edad mayor de 60 años; origen afroamericano o de Europa oriental; consumo de muchas carnes rojas o procesadas; presencia de pólipos colorrectales; enfermedad intestinal inflamatoria (enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa); antecedentes familiares de cáncer de colon; antecedente personal de cáncer de mama; tabaquismo; exceso de consumo de alcohol. Algunas enfermedades hereditarias también aumentan el riesgo de padecer cáncer de colon; una de las más comunes se llama poliposis adenomatosa familiar (PAF).

Se había relacionado la presencia de cáncer de colon con la dieta pobre en fibra, pero estudios dirigidos a investigar esta relación no han podido confirmar que aumentar el consumo de fibras disminuya el riesgo de cáncer de colon.

Sintomatología: aunque muchos casos de cáncer de colon se presentan sin síntomas, ya que la evolución de un pólipo a cáncer es lenta y se desarrolla a lo largo de años, a veces se pueden detectar signos y síntomas que pueden indicar la necesidad de hacer una exploración digestiva. La presencia de estos síntomas no indica necesariamente la presencia de cáncer, sino solo la sospecha que hace necesaria una consulta al especialista de digestivo:

→ Dolor abdominal o aumento de sensibilidad en la parte baja del abdomen, en especial en el lado izquierdo.

→ Presencia de sangre en heces.

→ Cambio en el ritmo de las deposiciones. Estreñimiento o diarrea.

poner flecha Cambio en la forma de las deposiciones, con heces más delgadas.

→ Pérdida de peso sin razón conocida.

Se debe contactar con un profesional de la medicina si presenta:

→ Heces negras parecidas al alquitrán.

→ Sangre durante las deposiciones.

→ Cambio en las defecaciones.

→ Pérdida de peso inexplicable.

Exploraciones: palpación del abdomen por parte de un profesional; tacto rectal (que puede detectar cáncer de recto, pero no de colon) y estudio de sangre oculta en heces. Si la prueba es positiva en tres determinaciones consecutivas se debe realizar sigmoidoscopia o colonoscopia completa.

Los análisis de sangre pueden ayudar a detectar la anemia ferropénica o la carencia de reserva de hierro (ferritina). En la literatura médica se especifica que a todo hombre que se le diagnostique ferritina por debajo de cien nanogramos por mililitro (ng/ml) deberá practicarse una exploración de colon para descartar la presencia de pólipos. No especifica nada en relación con las mujeres, dado que se acepta como «normal» que tengan la ferritina baja. Sin embargo, en mujeres mayores de 50 años y en menopausia, la presencia de ferritinas bajas o que disminuyen bruscamente debe alertar también para realizar estudios de sangre oculta en heces y colonoscopia.

Existe una determinación sanguínea del antígeno carcinoembrionario (CEA) que puede servir para hacer un seguimiento de la enfermedad cuando ya se ha presentado el cáncer, pero que no sirve para detectarlo. Muchas y muchos pacientes solicitan esta prueba para quedarse tranquilos de que no tienen ningún cáncer intestinal, pero han de saber que no es una prueba diagnóstica. Para estar seguros hay que determinar la sangre oculta en heces y hacer las exploraciones citadas.

En caso de que se diagnostique cáncer de colon o recto, se ha de determinar si está localizado o se ha diseminado a otros lugares del cuerpo. Para ello se deberán realizar diversas exploraciones radiológicas por medio de resonancia magnética y tomografías computarizadas (TC), dirigidas por el especialista, para determinar en qué etapa está el cáncer. Este proceso se denomina técnicamente estadificación.

→ Estadio 0: cáncer muy incipiente en la capa más interna del intestino.

→ Estadio I: el cáncer está en las capas internas del colon.

→ Estadio II: el cáncer se ha diseminado a través de la pared muscular del colon.

→ Estadio III: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

→ Estadio IV: el cáncer se ha diseminado a otros órganos por fuera del colon.

El tratamiento dependerá del estadio en que se ha clasificado la enfermedad, y el especialista expondrá al o la paciente cuál va a ser el procedimiento terapéutico. Este puede incluir la cirugía, para extirpar el tumor; la quimioterapia, si se teme que se haya extendido; o la radioterapia. Algunas personas creen que la cirugía del cáncer de colon va a comportar siempre la resección del colon y una salida artificial para las heces fuera de la cavidad abdominal, el denominado coloquialmente «ano contra natura», pero esta técnica se utiliza solo en casos muy graves o en los que no se puede hacer una intervención que pueda unir los dos extremos del intestino grueso que se han tenido que resear para extirpar el tumor. Casi todas las personas con cáncer de colon en estadio III reciben quimioterapia durante seis a ocho meses después de la cirugía. Para las que estén en la fase IV la quimioterapia puede mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia.

### **Pronóstico y complicaciones**

El cáncer de colon es curable cuando se detecta a tiempo, y muchas personas sobreviven al menos cinco años después del diagnóstico. La tasa de supervivencia de este cáncer en España es superior que la de otros países europeos. Si no vuelve a presentarse ninguna recidiva después de cinco años, se considera curado.

Las complicaciones más frecuentes son: el bloqueo del funcionamiento del colon, que provoca una oclusión intestinal, abdomen agudo, que precisa el desbloqueo urgente por la mortalidad que puede suponer; la segunda complicación es la reaparición del cáncer en otro tramo del intestino o en otros tejidos u órganos (la diseminación más frecuente es hacia el hígado); y una complicación más rara es que se desarrolle un segundo cáncer de colon y recto primario.

La prevención primaria se podría establecer si hubiera una única causa del cáncer de colon, pero en este momento de la investigación científica no se puede destacar un factor de riesgo principal, como ocurre con el tabaco en el cáncer de pulmón. No está clara la relación con la dieta, aunque la alimentación con exceso de grasas animales o

con alimentos que contengan pesticidas se ha indicado como un factor de riesgo. En cambio, no hay evidencia de que aumentar el consumo de fibra pueda ser preventivo. Además, el exceso de fibra puede disminuir la absorción de vitaminas liposolubles de los alimentos, entre ellas las vitaminas A, E y D.

El hecho de que la supervivencia sea mayor (y la incidencia menor) en los países del sur hace pensar en una relación con la exposición solar y con la presencia de vitamina D en niveles normales en la sangre. Estudios epidemiológicos de los hermanos Garland señalaron la relación de los niveles bajos de vitamina D con la mayor incidencia de cáncer de colon, observándose una disminución de la incidencia en las poblaciones a las que se administró vitamina D de forma preventiva.

Se ha observado también que el momento del año en que se realiza la cirugía del cáncer de colon puede tener relación con la aparición o no de complicaciones metastásicas. Se conoce bien que en los meses de invierno los niveles de vitamina D están más bajos. Los niveles en sangre de esta vitamina dependen fundamentalmente de la exposición solar, ya que la ingesta diaria a través de la comida es baja y no cubre los niveles mínimos que precisa cada persona.

La segunda forma de prevención, como he dicho ya al principio, es por medio de la detección de sangre oculta en heces cuando se sospeche la deficiencia de hierro en sangre en personas mayores de 50 años. A partir de aquí, se puede practicar la colonoscopia correspondiente. Se recomienda realizarla en familiares de personas que han tenido cáncer de colon. Sin embargo, la colonoscopia no debería ser tomada como una técnica de prevención primaria, ya que es una exploración que no está exenta de riesgos; tiene un riesgo pequeño, pero real, de perforación intestinal, por lo que su realización debe estar justificada. Tampoco hay un acuerdo científico respecto al cribado de la población con la práctica de detección de sangre oculta en heces, pues los cirujanos expertos aconsejan una estrategia individualizada con los pacientes con factores de riesgo familiares. No tenemos evidencias todavía de la eficiencia de un cribado masivo de la población.

### **Cáncer de pulmón**

En el año 2018, la mortalidad por cáncer de pulmón ha sido de 17.181 hombres y 4.952 mujeres. Constituye la primera causa de mortalidad de hombres en España, y la peor noticia es que está aumentando tanto en hombres como en mujeres. Entre ellas ya supone la segunda causa de muerte tumoral. La causa primaria es el consumo de tabaco durante un largo tiempo. El tabaquismo es una adicción que se inicia en edades jóvenes, y aunque se ha reducido algo entre los hombres en esta etapa, no se ha reducido igual

entre las mujeres jóvenes, como veremos en el decimoséptimo capítulo (sobre las adicciones).

Algunas mutaciones de los genes supresores del cáncer de pulmón también se manifiestan de forma diferente entre hombres y mujeres, por lo cual se podría sugerir que la susceptibilidad al cáncer de pulmón también puede ser diferente según los sexos. Por ejemplo, se ha visto que una mutación del gen K-RAS, asociado a los cánceres de pulmón más agresivos, es más frecuente en la mujer que en el hombre.

### **Enfermedad de Alzheimer**

Es una preocupación creciente el incremento de demencias de todo tipo, pero especialmente de la enfermedad de Alzheimer, que constituye la cuarta causa de muerte para mujeres, aunque en mayores de 60 años. En la estadística de mortalidad del INE de 2018, que informa sobre el incremento de las demencias como causa de mortalidad, se constata un claro predominio de esta enfermedad entre las mujeres: 11.876 frente a 7.266 hombres. Este predominio no está todavía claramente comprendido, pero existen nuevas evidencias que analizaré en próximos capítulos.

### **Formas de reducir el riesgo de cáncer**

Cada mujer debe valorar y sopesar sus factores de riesgo individuales para decidir lo que tiene que hacer. En la lista que sigue, los factores relacionados con el cáncer de mama se han marcado con un asterisco.

01. No fume y evite permanecer en ambientes en que estén fumando.

02. Evite la exposición frecuente a rayos X, especialmente en los primeros años de vida.

03. Evite el tratamiento con estrógenos en dosis altas durante la menopausia, así como otras medicaciones con estrógenos. Las relaciones entre los anticonceptivos orales y el cáncer de mama todavía continúan en el terreno de la controversia. Algunos estudios han demostrado que las mujeres que empiezan a tomar anticonceptivos hormonales en edades muy tempranas y los continúan tomando durante un largo periodo de tiempo (más de ocho años) tienen un riesgo mayor de cáncer de mama. Otros estudios indican que las consumidoras de la píldora tienen menos probabilidades de desarrollar cáncer de útero y ovarios. Para mantener la seguridad, las mujeres que presenten riesgo de cáncer de mama deben evitar los anticonceptivos hormonales por vía oral.

04. Minimice el consumo de alimentos ahumados, salados o encurtidos, como el beicon. Evite aditivos, conservantes y harinas refinadas.

05. Mantenga un consumo bajo de grasas —de un 15 % a un 20 % de las calorías totales— y asegure una adecuada ingesta de grasas esenciales.

06. Limite o elimine el consumo de alcohol.

07. La investigación ha demostrado que las personas con sobrepeso, de más de un 40 %, presentan más cáncer y mueren por él con más frecuencia. En el cáncer de mama esto se puede relacionar con los niveles de estrógenos. Muchos estudios señalan los altos niveles de estrógenos como un factor precipitante del cáncer de mama. Existen evidencias de que el tejido graso fabrica su propio estrógeno. Aunque este proceso pueda ser de ayuda durante y después de la menopausia como una forma natural de terapia hormonal sustitutiva, también puede ser peligroso para una mujer que sea muy obesa o tenga ya unos niveles elevados de estrógenos.

08. Trate de tener deposiciones regulares y frecuentes. El ejercicio diario y la ingesta de fibra y agua puede ser de gran ayuda.

09. Evite los tintes de cabello hechos a base de derivados del petróleo. De acuerdo con un estudio, el 20 % de casos de linfomas no Hodgkin en mujeres están producidos por ingredientes de sus tintes para el cabello.

10. Es recomendable la ingesta de una dieta alta en cereales integrales, verdura y frutas ricas en fibra.

11. Coma una dieta rica en betacarotenos (el precursor de la vitamina A se encuentra en las zanahorias y en otras verduras amarillas o de hoja verde, así como en algunas frutas amarillas y rojas) o tome suplementos de betacaroteno. Las dosis muy altas de vitamina A (más de cincuenta mil unidades internacionales, o UI, diarias) pueden ser tóxicas.

12. Coma una dieta rica en selenio (levadura de cerveza, huevos, ajo, cebollas, hígado, espárragos, atún, champiñones, gambas, riñón, cereales integrales y arroz salvaje). El selenio puede ser tóxico en dosis altas, por lo que se debe evitar una megaterapia o suplementos a dosis altas si no está indicado por un profesional.

### **Género y pandemia de Covid-2**

La infección ha afectado casi por igual a mujeres y hombres con un 52% por ciento de varones afectados, con datos todavía inciertos porque muchas de las mujeres lo podían padecer, pero no acudieron a los hospitales. Sin embargo la mortalidad ha sido superior entre hombres, en todos los estudios que se han realizado en todos los países con una media de 60 por ciento de fallecidos hombres frente un 40% de mujeres. Mortalidad

más elevada en zonas de nivel socioeconómico bajo y en zonas donde la contaminación atmosférica era superior. El perfil de la mortalidad más frecuente ha sido la de un hombre mayor de 80 años con patologías previas, sobre todo, con alteraciones de coronarias, hipertensión y diabetes. La evolución de la enfermedad también ha constatado diferencias según sexo, ya que durante la pandemia los hombres fueron el 61% de pacientes hospitalizados y el 72% de personas ingresadas en la UCI.[\[157\]](#)

Aunque todavía no está clara la causa de una mayor mortalidad masculina, se va conociendo que este virus penetra en las células a través del enzima ACE2, (Enzima convertidor de angiotensina) como si fueran una llave que se incrusta en cerradura, y los hombres presentan niveles más elevados de estos receptores que las mujeres, dato que se desconocía antes de la pandemia. Además estos receptores están en los pulmones y también en muchos otros tejidos del cuerpo[\[158\]](#), lo que explicaría que muchos casos de mortalidad lo han sido por fallo multisistémico de órganos en todo el cuerpo.

La agresividad con la que el Covid-2 ha afectado a algunas personas de todas las edades y sexos, aunque predominen las complicaciones en mayores de 70 años, ha sorprendido a clínicos, intensivistas e investigadores. No está claro todavía que tipo de inmunidad es la más apropiada estimular, ya que se han suspendido trabajos que utilizaban interferón por complicar la evolución. También están surgiendo publicaciones relacionando la carencia de Vitamina D y la evolución con mayor morbilidad y mortalidad frente al Covid-2, basándose en que los niveles normales de Vitamina D mejoran la inmunidad y modulan las enfermedades autoinmunes[\[159\]](#). Será necesaria mucha más investigación para conocer la fisiopatología de la enfermedad, y los mejores fármacos para tratarla.

Pero los efectos sobre la salud no son tan sólo por el efecto directo del virus en las personas infectadas. El confinamiento ha supuesto también una sobrecarga de trabajo para las familias. Como ha dicho Angeles Durán, catedrática de Sociología e investigadora del CSIC, “de esta crisis nos están salvando los hogares otra vez. Los hogares han sido clínicas, escuelas, restaurantes, centros de ocio, oficinas y guarderías”.[\[160\]](#) Y en la dirección general de estos centros multidisciplinares en que se han convertido las familias, y compaginándolo muchas veces con el teletrabajo han estado mayoritariamente las mujeres. Y esta sobrecarga inusitada ha tenido también repercusiones sobre la salud mental.

En estudio liderado por la Universidad del País Vasco en el que han colaborado la Universidad de Barcelona, Murcia, Elche, Granada y la Universidad Nacional de Educación a Distancia, destaca que el impacto psicológico de la pandemia ha sido peor entre las mujeres de 18 a 92 años. Han perdido más confianza y optimismo, y un

empeoramiento superior a los hombres en las sensaciones de vitalidad y energía. Los estados de ansiedad, cambios de humor, e irritabilidad se han mostrado superiores entre mujeres. La doble jornada y la tensión por las multitareas puede ser una de las causas, pero además la falta de perspectivas económicas se ceban especialmente entre mujeres y jóvenes.

La afectación de las infecciones en las residencias de tercera edad ha puesto de manifiesto hasta que punto algunos geriátricos suponían en realidad un asilo más que una residencia. Convertidos algunos centros más en negocios con propietarios en paraíso fiscales, más de la mitad de la mortalidad han sido en estas residencias, y muchas no se han podido contabilizar como causadas por el virus, por falta de pruebas, como ha ocurrido en otros países europeos. En esta mortalidad no contabilizada existe un gran número de mujeres cuya causa de mortalidad permanece invisible, como invisible han sido muchas de sus vidas, de sus biografías y sus enfermedades. La crisis del coronavirus en Europa ha puesto de manifiesto la limitada asistencia que estábamos dando a nuestros mayores. Como señalaba Anna Freixas, catedrática emérita de Psicología, “Hay más libertad en la cárcel que en muchas residencias”<sup>[161]</sup>. Una de las lecciones de la pandemia debería replantear como ha de ser la atención socio sanitaria a medida que avanza la edad, y buscar soluciones más creativas, respetuosas y que permitan envejecer en los propios domicilios y en el propio entorno el máximo tiempo posible.

Los estudios con perspectiva de género también han puesto de manifiesto que en la afectación de profesionales sanitarios por la pandemia, que en España han llegado a más de 50.000 personas, la mayoría de profesionales afectados sean mujeres. Casi un 70 por ciento, que además deberán defender sus derechos ya que su patología debería tener la categoría de enfermedad profesional.

Las consecuencias de la exposición a puesto de manifiesto el denominado Síndrome post Covid, con dolores musculares generalizados, fatiga, dificultades en la movilidad, en muchos de los pacientes afectados, y se deberá estudiar en el futuro, si este síndrome afecta de manera más intensa, a mujeres o a hombres. Pero lo que parece incontrovertible es la necesidad de vigilar la salud física y mental de los profesionales sanitarios en general, que pueden padecer inestabilidad emocional por el estrés que han sufrido o secuelas físicas y mentales si han padecido la enfermedad.

La pandemia nos ha dejado lecciones que debemos seguir aprendiendo y que deberán influir en la futura práctica profesional, teniendo en cuenta la ciencia de la diferencia también para enfrentarse a ella y a las futuras epidemias que están amenazando a la humanidad.



[130] Healy, B., *A New Prescription For Women's Health: Getting The Best Medical Care In A Man's World*, Nueva York: Viking Penguin, 1995.

[131] Breilh, J. *et al.*, *Mujer, trabajo y salud*, Quito: Ediciones CEAS, 1994.

[132] Shiva, M., «Towards women's health rights», Fórum de las Culturas, Barcelona, 2005.

[133] Creación Positiva y Ser Positivas, «Mujer y VIH. Identificación de necesidades y estrategias», [www.creacionpositiva.org/banco-de-recursos/ESTUDIOS/Mujer-VIH.pdf](http://www.creacionpositiva.org/banco-de-recursos/ESTUDIOS/Mujer-VIH.pdf).

[134] Marshall, E., «Epidemiology. Search for a killer: focus shifts from fat to hormones», *Science*, 259(5095), 1993, pp. 618-621.

[135] Valls-Llobet, C., *op. cit.*, Madrid: Cátedra, 2009.

[136] Mezzetti, M., C. La Vecchia, A. Decarli *et al.*, «Population attributable risk for breast cancer: diet, nutrition, and physical exercise», *Journal of the National Cancer Institute*, 90(5), 1998, pp. 389-394.

[137] Grabrick, D. M., L. C. Hartmann, J. R. Cerhan *et al.*, «Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer», *JAMA*, 284(14), 2000, pp. 1791-1798.

[138] Sieri, S., V. Krogh, G. Bolelli *et al.*, «Sex hormone levels, breast cancer risk, and cancer receptor status in postmenopausal women: the ORDET cohort», *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 18(1), 2009, pp. 169-176.

[139] Ibarluzea, J. M., M. F. Fernández, L. Santa-Marina *et al.*, «Breast cancer risk and the combined effect of environmental estrogens», *Cancer Causes and Control*, 15(6), 2004, pp. 591-600.

[140] Zumbado, M., M. Goethals, E. E. Álvarez-León *et al.*, «Inadvertent exposure to organochlorine pesticides DDT and derivatives in people from the Canary Islands (Spain)», *The Science of the Total Environment*, 339(1-3), 2005, pp. 49-62.

[141] Zhang, Y., J. P. Wise, T. R. Holford *et al.*, «Serum polychlorinated biphenyls, cytochrome P-450 1A1 polymorphisms, and risk of breast cancer in Connecticut women», *American Journal of Epidemiology*, 160(12), 2004, pp. 1177-1183.

[142] Baines, C. J. y A. C. Miller, «Mammography versus clinical examination of the breasts», *JNCI Monographs*, 22, 1997, pp. 125-129.

[143] Actualizado el 31 de enero de 2007, en: <http://bcra.nci.nih.gov/brc/q1.htm>.

[144] Stoler, M. H., M. Schiffman, for the ALTS Group, «Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: realistic estimates from the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS)», *JAMA*, 285(11), 2001, pp. 1500-1505.

[145] Ho, G. Y. F. *et al.*, «Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women», *New England Journal of Medicine*, 338, 1998, pp. 423-428.

[146] Woodman, C. B. *et al.*, «Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study», *Lancet*, 35(7), 2001, pp. 1831-1836.

[147] Quinn, M. *et al.*, «Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics», *BMJ*, 318(7188), 1999, pp. 904-908.

[148] Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, *La situación del cáncer en España*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, p. 128.

[149] Stanley, M., L. A. Pinto y C. Trimble, «Human papillomavirus vaccines. Immune responses», *Vaccine*, 30(5), 2012, pp. 83-87.

[150] Kuroki, L. M., P. S. Binder, F Gao *et al.*, «Self-reported papillomavirus vaccination does not impact risk for high-grade cervical intraepithelial neoplasia among women referred for colonoscopy», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(1), 2016, pp. 123-126.

[151] Einstein, M. H. *et al.*, «Comparative humoral and cellular immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine in healthy women aged 18-45 years: follow-up through Month 48 in a Phase III randomized study», *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 10(12), 2014, pp. 3455-3465.

[152] Beppu H *et al.*, «Lessons learnt in Japan from adverse reactions to the HPV vaccine: a medical ethics perspective», *Indian Journal of Medical Ethics*, 2(2), 2017, pp. 82-88.

[153] [www.caps.cat](http://www.caps.cat).

[154] Kaufmann, A. M., J. D. Niedland, I. Jochmus *et al.*, «Vaccination trial with HPV16 L1E7 chimeric virus-like particles in women suffering from high grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2/3)», *International Journal of Cancer*, 121(12), 2007, pp. 2794-2800.

[155] Mora-García, M. L. y A. Monroy-García, «Immune response in cervical cancer. Strategies for the development of therapeutic vaccines», *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 2015, pp. 206-211.

[156] Paavonen, J. *et al.*, «Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomized study in young women», *Lancet*, 374(9686), 2009, pp. 301-314.

[157] Datos Ministerio de Sanidad a 23 de Marzo 2020.

[158] Meng-Yuang Li *et al.* Expression of the SARS-CoV-2 cell receptor gene ACE2 in a wide variety of human tissues. *Infectious Diseases of Poverty* .(2020) pp1-7

[159] William B. Grant *et al.* Evidence that Vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and Covid-2 infections and deaths. . 2020, 12; 988.pp1-19

[\[160\]](#) Angeles Durán . EL PAIS. 1 Junio 2020. pg 29

[\[161\]](#) Anna Freixas. LA VANGUARDIA. 22 Mayo 2020. Pg 29

## Morbilidad diferencial. La salud

de las mujeres: de la invisibilidad

a una atención de calidad

*La investigación de la salud de las mujeres ha sobrepasado los límites que la encerraban solo en los órganos y hormonas relacionados con la reproducción [...]. Este sesgo histórico está siendo redirigido [...]. Cada vez más la asistencia sanitaria se ha de basar en las diferencias biológicas que comporta el sexo y las influencias del género en los factores de conducta, geográficos, culturales, económicos y sociales.<sup>[162]</sup>*

VIVIAN W. PINN

Rita tiene ahora 20 años y las menstruaciones son cada día más dolorosas. Cuando tuvo la primera menstruación, a los 13 años, casi no la notaba, pero a los 15 años ya tenía que dejar de ir a la escuela porque sufría mucho dolor durante el primer día. En su casa no le hicieron mucho caso y su madre le dijo que ya se le pasaría con el tiempo. Un día se desmayó en la escuela por el dolor y decidieron llevarla al médico. El médico de cabecera le recomendó unas pastillas antiinflamatorias en el primer o segundo día. Durante una o dos menstruaciones le pareció que el dolor mejoraba, pero después, en las siguientes, sintió cada vez más dolor. Con este proceso pasó casi un año, porque le decían que era demasiado joven para ir al servicio de ginecología. Durante el examen de selectividad, que coincidió con el primer día de la menstruación, se volvió a desmayar y la retiraron del examen.

Acudió al especialista, que le solicitó una ecografía ginecológica. En ella se constató la presencia de unos quistes al lado de los ovarios, una endometriosis. Habían transcurrido casi tres años desde el momento en que se inició el dolor intenso durante la menstruación hasta que se le diagnosticó la causa.

Tanto la investigación médica como la docencia y la asistencia sanitaria han mirado a las mujeres «como si fuesen hombres» y no han visto sus problemas y enfermedades específicos ni han entendido sus quejas, su malestar y su dolor. La salud de las mujeres se ha estudiado y valorado solo como salud reproductiva, y este enfoque ha impedido abordar su salud desde una perspectiva integral. Además, la gran especialización a que se ha visto sometida la medicina en los últimos treinta años en aras de la eficacia ha troceado el cuerpo de los pacientes, en especial de las mujeres, porque son las que

demandan más atención de los servicios sanitarios ambulatorios sin precisar hospitalización.

Existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas. De hecho, la formación médica no había tenido en cuenta que podía haber diferencias en el modo de enfermar de mujeres y hombres, que los métodos de diagnosticar podían ser diferentes o que las terapias y los fármacos podían actuar de un modo distinto en los hombres y en las mujeres. La formación del médico o la médica de primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone de una ciencia de la diferencia, una ciencia sistematizada que permita apreciar la distinta expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas o la especificidad de los problemas de salud según el sexo.

En definitiva, falta desarrollar una ciencia de la MORBILIDAD FEMENINA DIFERENCIAL, y hacerla visible y comunicarla, para erradicar una cultura del sufrimiento que intenta esconder la ignorancia científica de las causas del malestar y la sintomatología, condenando a las mujeres a la resignación y a un supuesto destino fatal que las obliga a vivir con molestias y con dolor.

### **¿Qué es la morbilidad femenina diferencial?**

Definimos la morbilidad diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, ya sea porque se trata de problemas que solo se pueden presentar en ellas o porque son mucho más frecuentes en el sexo femenino.[\[163\]](#)

Pueden ser causados por las diferencias biológicas respecto al sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos.

También entran en esta definición las enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con **una mayor frecuencia (alta prevalencia)** en el sexo femenino, y son causa de muerte prematura, de enfermedad o de discapacidad entre las mujeres más que entre los hombres, como las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas y la ansiedad y la depresión.

Existen también **factores de riesgo diferenciales** que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de la patología

cardiovascular, la diabetes mellitus o la obesidad. Lois Verbrugge<sup>[164]</sup> ya señalaba en el año 1989 que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente desempeñan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno o, como señala Mira Shiva, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias y en cocinas de leña.

Lois Verbrugge constató también, en el año 1985, que las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que ha sido confirmado por la literatura médica en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario.<sup>[165]</sup> Aunque utilicen más los servicios, se han visto subrepresentadas (o directamente no han sido incluidas) en los ensayos clínicos, como resultado de lo cual, los datos y las investigaciones obtenidos de una población predominantemente masculina han sido frecuentemente extrapolados de forma inapropiada para su uso clínico en las mujeres. Esta situación, denunciada desde el año 1990 en diversos foros internacionales, no ha mejorado en los últimos años, ya que los ensayos clínicos solo incluyen un 38 % de mujeres y solo se ha realizado un análisis específico de género en un 14 % de los ensayos.

### **Invisibilidad de los síntomas**

La ausencia de investigación sobre cómo se manifiestan las enfermedades entre mujeres hace que los métodos de recogida de información estén sesgados y que no se valore la diferencia en la manifestación de los síntomas. Por ejemplo, al no haberse incluido a las mujeres en los primeros estudios sobre las manifestaciones del infarto de miocardio, nadie reparó en que los primeros síntomas que presentan las mujeres son un estado nauseoso, un dolor abdominal alto y un dolor retroesternal que sube hacia las mandíbulas, en lugar del típico dolor precordial que irradia al brazo izquierdo que presentan mayoritariamente los hombres, como hemos explicado en el capítulo octavo de este libro.

La ausencia de una investigación en la que las mujeres hayan sido incluidas hace que los resultados de los estudios estadísticos y epidemiológicos no puedan atender las diferencias de morbilidad entre mujeres y hombres, y la falta de ciencia y la predisposición del inconsciente médico a atribuir toda la sintomatología femenina a problemas inferiores hace que los diagnósticos se sesguen hacia atribuciones psicológicas sin demostración clara.

Ya en 1981, Bernstein y sus colaboradores demostraron que el 25 % de las demandas de las mujeres en atención primaria eran atribuidas de entrada a problemas psicosomáticos, lo que solo ocurría en un 9 % de las quejas de los hombres. El análisis de los motivos de consulta pone de manifiesto que la primera causa de consulta de las mujeres en atención primaria es el DOLOR, localizado en alguna parte del cuerpo o en todo el cuerpo. «Me duele todo» es una de las quejas más frecuentes. El segundo motivo de consulta es el CANSANCIO. Algunas mujeres se quejan en tercer lugar de ansiedad o depresión, pero es el profesional médico quien casi siempre diagnostica problemas de salud mental ante los síntomas no definidos. En los estudios realizados en atención primaria se refleja que es el sexo femenino el que presenta la mayoría de los síntomas sin diagnóstico.

La falta de ciencia promueve que se realicen enfoques diagnósticos erróneos, etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin que se analice con detenimiento la existencia de patologías clínicas y subclínicas que puedan dar la misma sintomatología. Falta construir una ciencia ligada a las diferencias entre mujeres y hombres que sepa analizar los problemas y los riesgos con perspectiva de género. Para ello es preciso romper los estereotipos que consideran inferior o poco importante todo lo que afecta a las mujeres y construir las bases para tener en cuenta un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. A continuación, voy a detallar, sin ánimo de ser exhaustiva, los principales problemas de salud que forman parte de la denominada morbilidad diferencial, para relacionarlos con las causas de consultas frecuentes que se quedan sin diagnosticar.

### **El modelo de salud biopsicosocial y medioambiental**

Para estudiar la salud de las mujeres y tener en cuenta los factores de riesgo diferenciales, nuestro grupo de investigación del programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS decidió seguir el modelo que para estudiar las consecuencias del estrés físico y mental diseñó el equipo de investigadores del Instituto Karolinska, liderado por la doctora Marianne Frankenhaeuser. Ella y su equipo estudiaron si los problemas de salud que presentaban hombres y mujeres en relación con las condiciones de vida y trabajo dependían de las diferencias biológicas y psicológicas o del entorno psicosocial que rodeaba la vida y el trabajo.

Sus conclusiones han abierto un amplio campo de investigación y han demostrado que en la salud de hombres y mujeres pesan más los condicionantes del propio trabajo, con

sus demandas excesivas y el soporte social necesario para realizarlo, que las diferencias psicológicas y biológicas.

Las tareas que realizan las mujeres son más estresantes que las de los hombres, con largas jornadas de trabajo sin fin si solo trabajan en casa o con doble jornada laboral si tienen un trabajo remunerado. A eso hay que añadir las dificultades que encuentran para realizarlos debido a la discriminación laboral, lo que incluye salarios más bajos por el mismo trabajo, trabajos precarios que deben aceptar para no quedarse sin nada o trabajos estresantes en los que tienen poca autonomía y posibilidades de control, por lo que su horario y su capacidad de decisión quedan totalmente absorbidos por las necesidades laborales.

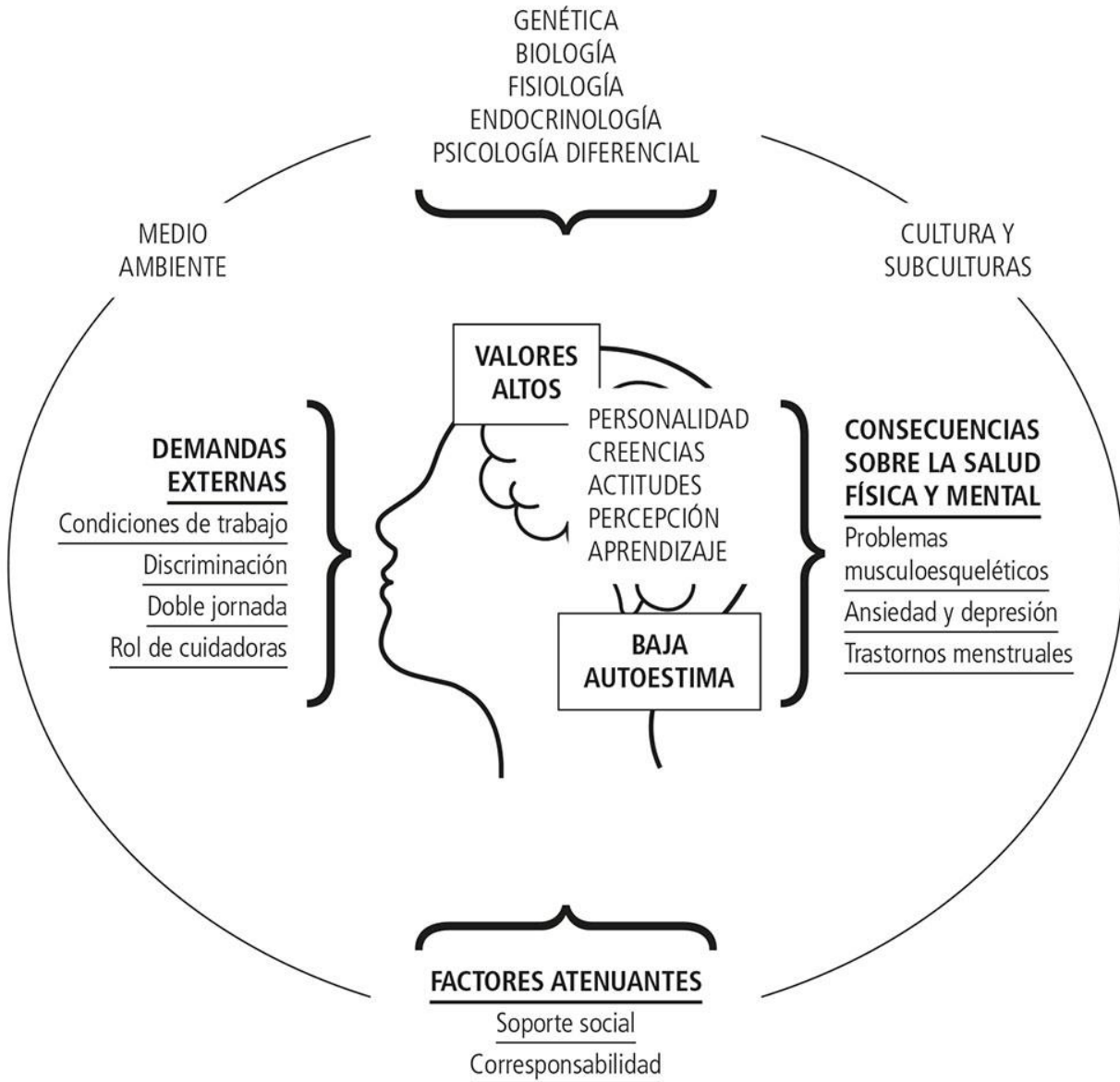
Estos factores estresantes podrían ser modulados o equilibrarse si existieran mecanismos de soporte para la discriminación que supone la doble jornada, como podría ser el incremento de servicios sociales (escuelas de primera infancia, flexibilidad horaria escolar, servicios de cuidado para personas mayores y enfermas) y también una mayor corresponsabilidad familiar: que todos los miembros adultos colaboraran de una u otra forma y se hicieran corresponsables de las tareas domésticas y de cuidado.

La forma en que se ha educado a las mujeres y la cultura patriarcal dominante hace que estas, casi siempre con *baja autoestima*, tiendan a querer ser perfectas y a seguir un modelo de ideal materno que las conduce a situaciones de alto estrés mental, pues nunca están plenamente satisfechas de lo que hacen, deben demostrar siempre en sus tareas que valen mucho más que los hombres para ser socialmente aceptadas y deben soportar que la sociedad y el entorno familiar apenas valoren todas las tareas que realizan.



# SALUD BIOPSIICOSOCIAL Y MEDIOAMBIENTAL CONDICIONANTES DE SALUD Y FACTORES ATENUANTES

ADAPTADO DE M. FRANKENHAEUSER Y U. LUNDBERG



**Morbilidad diferencial relacionada**

**con la diferencia biológica: la menstruación como indicador del estado de salud**

La presencia de una hemorragia que se presentaba casi cada mes con regularidad fue uno de los primeros fenómenos cíclicos que pudieron observar los primeros homínidos. Suponemos que en principio su relación con la reproducción permaneció invisible, hasta que se estableció el nexo entre la desaparición del sangrado y el nacimiento de una niña o un niño nueve meses después. Aun así, el sangrado permaneció oculto e innominado en muchas culturas. Al ser convertido en tema tabú, servía de excusa para castigar a las mujeres con el alejamiento de los pueblos y un gran número de prohibiciones, obligándolas a alejarse de sus casas por la falsa creencia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado.

De hecho, hasta mediados del siglo xx, la mayoría de las mujeres se quedaban embarazadas a partir de la primera menstruación en la adolescencia y casi no volvían a tener la regla durante su vida reproductiva, porque estaban embarazadas o en periodo de lactancia. Debido a este hecho, solo presentaban trastornos de la menstruación las mujeres que, por provenir de clases altas o por otras circunstancias, no tenían sus primeros hijos hasta después de los 20 años. En muchos casos, también fue un tabú en la comunicación entre madres e hijas, pues las primeras veían en la menstruación una mala noticia que condenaría a sus hijas a las mismas frustraciones y el mismo dolor que habían vivido en sus propios cuerpos.

Se concentraron en la menstruación la mayoría de los estereotipos de género que pesan sobre las mujeres. Había que ocultarla, y para ello no se debía nombrar nunca. Había que despreciarla e invisibilizarla. Controlarla por parte de la familia y, actualmente, por los expertos. La medicina ha reproducido los estereotipos, y la fisiopatología de la menstruación ha sido escasamente estudiada por las ciencias de la salud, exceptuando la ginecología. Sin embargo, sabemos que el ciclo menstrual afecta a todos los órganos y sistemas de las mujeres, y sus alteraciones pueden ser un indicador del estado de salud, ya que las situaciones de estrés y las patologías clínicas y subclínicas alteran su regularidad. También existen influencias de unas mujeres a otras a través de las feromonas.

La dismenorrea, las metrorragias o los ciclos irregulares fueron relacionados con la poca aceptación de la menstruación, antes de correlacionarlos con trastornos endocrinos o con deficiencias de nutrición.

Solo a mediados del siglo xx se inició el estudio del ciclo y de las hormonas hipofisarias, con el objetivo de conseguir medicamentos anticonceptivos. En cambio, es muy difícil encontrar estudios que especifiquen cuáles son las características normales del ciclo

menstrual. Fueron las investigaciones realizadas en Suecia y Dinamarca las que dieron las pautas de normalidad, y se iniciaron a finales del siglo XX.

### **¿Qué podemos considerar un ciclo menstrual normal?**

El ciclo menstrual normal dura entre veintiséis y treinta y dos días, aproximadamente un ciclo lunar, que es de veintiocho días. La evolución es de un día con fuertes pérdidas y dos o tres días con pérdidas menores. La cantidad máxima de pérdida debería ser unos ochenta centímetros cúbicos como máximo, la cantidad de una copa de vino, aunque es difícil apreciar la pérdida de forma objetiva, pues muchas mujeres comparan la intensidad mayor o menor de sus pérdidas con las de sus madres, hermanas o amigas. La menstruación no debe producir dolor, en todo caso una ligera molestia. No debe ser precedida de síntomas corporales ni de labilidad en el estado de ánimo. La menstruación es un hecho fisiológico que prepara cada mes el cuerpo para la concepción y el anidamiento, no es por lo tanto una maldición bíblica, y sus molestias no se han de vivir en silencio, porque, en realidad, cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de mala nutrición o de estrés físico y mental.

### **Las hormonas varían cada día durante el ciclo menstrual**

El ciclo menstrual normal implica variaciones en diversos niveles hormonales, a veces sutiles y a veces manifiestos, lo que significa que durante la edad reproductiva (desde aproximadamente los 13 años hasta los 50), algunos niveles hormonales de las mujeres son cada día diferentes según el momento del ciclo menstrual.

Para que exista menstruación debe haber estrógenos a niveles adecuados para producir un crecimiento endometrial. Para que la hemorragia no sea excesiva a partir del día 14 del ciclo ovárico, se inicia la producción de progesterona, que impide que el tejido del endometrio crezca de forma exponencial y lo prepara para el anidamiento si hubiera una concepción.

En esta segunda fase del ciclo, y sobre todo entre los días 17 y 23, se incrementa la secreción de varias hormonas implicadas en el metabolismo de agua corporal (renina, angiotensina, aldosterona) y se retiene líquido. En condiciones normales esta retención debería ser imperceptible, pero cuando hay exceso de estrógenos por condiciones de estrés o por exceso en el medio ambiente, o cuando disminuye la secreción de

progesterona por las mismas causas, esta retención puede ser intensa y provocar un aumento de unos dos o tres kilos de peso antes de la menstruación.

Desde el momento de la ovulación, también se producen incrementos de neurotransmisores cerebrales, de adrenalina y noradrenalina central y periférica, y de betaendorfinas, que presentan niveles elevados hasta tres días antes de la menstruación. En condiciones normales, estas variaciones deberían ser casi imperceptibles, pero según los niveles pueden causar cambios en el estado de ánimo y en el humor.

### **Los cambios de humor son hormonales**

Los cambios hormonales en el sistema hipotalámico y el efecto de los estrógenos sobre el sistema noradrenérgico, dopaminérgico y los receptores de serotonina, así como el de la progesterona natural sobre los receptores GABA, han demostrado que los cambios de humor y de estado de ánimo durante el ciclo menstrual tienen una base neuroendocrina.

Por una parte, los niveles de estrógenos colaboran en la excitabilidad del sistema nervioso, pero también lo estimulan y lo tonifican (efecto antidepresivo), y la progesterona natural tiene un efecto armonizador, estimulando la sedación y el sueño, y colaborando en eliminar el exceso de líquidos, la irritabilidad y la tensión nerviosa. Si no hay alteraciones, se puede sentir un ligero incremento de ansiedad entre los días 16 y 23 del ciclo, y un incremento de la irritabilidad, la tensión nerviosa y la hostilidad los cinco días anteriores a la menstruación.

La libido (apetencia sexual) y la actividad sexual se incrementan en la primera fase del ciclo (del día 6 al 12) y durante la fase ovulatoria, y disminuye en la segunda fase, con un ligero incremento durante los cinco días anteriores a la menstruación. Todos estos cambios son fisiológicos, y pasaban desapercibidos para las mujeres y para los profesionales, pues solo se empezaron a investigar hace veinte años.

También existen variaciones en la acuidad de los órganos de los sentidos, con un incremento de la sensibilidad de la visión, la audición y el tacto hasta el pico ovulatorio, y una disminución durante la segunda fase, excepto para el olfato, que se incrementa desde la primera fase folicular por el efecto de los estrógenos y continúa aumentando su sensibilidad hasta el momento de la menstruación.

### **El síndrome premenstrual**

Si la ovulación no se produce o lo hace con poco estímulo por parte de la hormona luteinizante (LH), los desequilibrios en el estado de ánimo se agudizan y existe mayor irritabilidad, nerviosismo y tensión, y a veces ganas de llorar en los días previos a la menstruación, lo que se denomina síndrome premenstrual. Se acompaña también de retención de líquidos, tensión mamaria y dolor en la pelvis, que irradia a extremidades inferiores. El exceso de estrógenos también está relacionado con la presencia de migrañas y cefaleas muy intensas que afectan a la mitad de la cabeza y que se presentan durante la menstruación o dos días antes. Como las bases neuroendocrinas del síndrome premenstrual habían sido poco estudiadas, muchas de las variaciones del humor se atribuían al rechazo de las mujeres a su menstruación, o a su naturaleza «histérica», lo que ha hecho más difícil la posibilidad de correlacionar los síntomas con alteraciones hormonales y más invisibles las sensaciones que tenían las mujeres, que solo se atrevían a contarse unas a otras a escondidas. Todavía actualmente muchas se ven rechazadas por los profesionales de la medicina si se atreven a explicar los síntomas relacionados con el ciclo menstrual.

### **Cicla todo el cuerpo**

Todos los sistemas metabólicos se ven afectados por el ciclo menstrual, desde el metabolismo de lípidos, protéidos y glúcidos hasta las células de la córnea. El estudio de la fisiología del ciclo y de sus efectos en la capacidad pulmonar, en la función digestiva, en la función excretora renal y en otros sistemas ha permitido entender la fisiopatología de muchos trastornos y estudiar posibles tratamientos. El estrés puede alterar el ciclo menstrual, provocando incluso oligomenorrea (menstruaciones escasas que se presentan cada mes y medio o cada dos o tres) o metrorragias (menstruaciones muy abundantes). De hecho, en las edades jóvenes, estas alteraciones se pueden considerar un indicador de situaciones de estrés, ya sea por la acción de los neurotransmisores en la secreción de gonadotropinas hipofisarias o por el efecto del estrés en la hipersecreción de prolactina. Las mujeres que trabajan en turnos de noche o que deben cambiar de huso horario por su trabajo (pilotos o azafatas de vuelo o barcos) sufren también trastornos del ciclo menstrual por alteraciones en la secreción de melatonina, que es la hormona que produce la glándula pineal, situada en el centro de la cabeza como resto atrofiado del tercer ojo que tenían algunos peces. La relación de la secreción de melatonina con la luz es clara, y en los países nórdicos, con pocas horas de luz en invierno, la melatonina no cesa su producción durante el día y produce alteraciones del ciclo menstrual, sobre todo ciclos alargados y con escasa menstruación.

Las consecuencias directas del estrés en los trastornos menstruales son la hiposecreción de progesterona y las metrorragias. Pero, a medio plazo, se producen también anemias o ferropenias (deficiencia de almacenamiento de hierro). La endocrinóloga Jerilynn

Prior, de Vancouver, también ha demostrado que las deficiencias de progesterona o las anovulaciones que se producen en las atletas disminuyen la masa ósea en el transcurso de un año. A medio plazo, la consecuencia del hiperestrogenismo será la presencia de quistes en las mamas, o mama fibroquística, a veces con dolores intensos premenstruales, así como tensión mamaria, y posteriormente el incremento de miomas uterinos, que se presentan sobre todo en mujeres mayores de 40 años, cuando ya declina la secreción de progesterona.

### **Enfermedades e interacciones ambientales que afectan al ciclo menstrual**

El equilibrio del ciclo y la ovulación, además de estar influido por la nutrición, lo está también por las anemias y las deficiencias de la reserva de hierro, por los trastornos de la función tiroidea (tanto hiper como hipotiroidismo) o por alteraciones del resto de las glándulas endocrinas. Las alteraciones congénitas de las glándulas suprarrenales, que producen vello (hirsutismo) en la barba o en la línea media en las mujeres, también varían la armonía del ciclo, así como el síndrome del ovario poliquístico. Pero las enfermedades hepáticas y renales o las infecciones crónicas y las enfermedades autoinmunes también alteran el ciclo.

La disminución de peso afecta directamente a la secreción de gonadotropinas hipofisarias. La pérdida de solo dos kilos ya produce en el ciclo menstrual del mes siguiente una disminución de la fase luteínica, y si se sigue perdiendo por debajo del índice de masa corporal deseable, desaparecen primero la ovulación y posteriormente la menstruación. De hecho, es lo que se presenta en la anorexia nerviosa.

En los últimos veinte años se ha comprobado un incremento de la presencia de endometriosis, enfermedad en la que el tejido del endometrio se encuentra en la cavidad abdominal o al lado de los ovarios, por lo que se menstrúa también dentro de la cavidad abdominal, con dolores menstruales muy intensos. El incremento de esta patología, que ya afecta a más de un 5 % de la población femenina, había permanecido invisible, hasta que se ha reconocido el papel que juegan las dioxinas ambientales presentes en el agua, el aire y los alimentos. También tiene como posible origen el estrés crónico, ya que se ha presentado entre médicas que han hecho la especialidad como residentes, que tienen que hacer guardias cada dos o tres días.[\[166\]](#)

La exposición laboral a sustancias químicas, ondas electromagnéticas, radiaciones ionizantes, exceso de ruido, calor o frío, o a insecticidas organoclorados también puede producir alteraciones del ciclo que pueden durar años después de la exposición.

### **La menstruación como**

## **armonía de la diferencia**

La menstruación refleja la armonía del funcionamiento corporal y se manifiesta de forma equilibrada si el entorno es también armónico. Faltan estudios científicos sobre las causas de los trastornos de la menstruación, ya que los esfuerzos de la investigación se han centrado más en encontrar medicación anticonceptiva o pastillas para abolir totalmente la menstruación, que en ayudar a la regulación del ciclo. Antes de abolir lo que existe, sería mejor empezar a entenderlo, ya que la intervención agresiva sin el estudio de las consecuencias a largo plazo puede causar más daños que beneficios.

## **Morbilidad diferencial**

### **entre mujeres de 14 a 50 años**

La morbilidad diferencial más frecuente entre mujeres menores de 50 años constituye en muchas ocasiones una morbilidad invisible. Puede consistir, en primer lugar, en cansancio, malestar y dificultades en la memoria y la capacidad de concentración, y viene determinada, principalmente, por las anemias, las deficiencias de almacenamiento de hierro, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinas —con el hipotiroidismo y la tiroiditis autoinmune en primer lugar— y la osteopenia. (Las enfermedades infecciosas de transmisión sexual y los trastornos de la conducta alimentaria los describimos en el capítulo de la adolescencia). La característica prioritaria de estas enfermedades es que se presentan de forma insidiosa, lentamente, y van minando la energía corporal de quien las padece. Este cansancio o fatiga crónica va destruyendo la seguridad en una misma e interfiere en la claridad necesaria para tomar decisiones. Estos problemas ocurren además en las etapas de la vida en que más decisiones se deben tomar. La segunda característica es que para diagnosticarlas se precisa la realización de analíticas, por lo que es difícil que su diagnóstico pueda ser extendido con equidad a toda la población. De hecho, cuando en la encuesta de salud de Cataluña se preguntó a la población femenina si había padecido con anterioridad anemia, enfermedades tiroideas u osteoporosis, la característica social fue que solo lo sabían las mujeres de clase alta, que se habían podido realizar las analíticas o las exploraciones necesarias para diagnosticarlas.

## **Anemias y deficiencias**

### **de almacenamiento de hierro**

Las anemias son enfermedades que se producen cuando disminuye el número de glóbulos rojos o cuando disminuye el contenido de hemoglobina de estas células, y se

presenta con mucha más frecuencia entre mujeres (entre un 18 % y un 75 % de las mujeres, según los países, presentan anemia). La molécula de hemoglobina transporta oxígeno a cada célula del cuerpo. Cuando las personas están anémicas sus tejidos reciben mucho menos oxígeno. Los síntomas a menudo son vagos e insidiosos, y pueden incluir fatiga crónica, irritabilidad, mareos, problemas de memoria, disnea de esfuerzo, dolores de cabeza y dolores óseos. Las mujeres de piel oscura o de etnia africana pueden parecer de piel gris, y las de raza blanca presentan una piel muy pálida. Las anemias moderadas o las deficiencias de las reservas de hierro del cuerpo pueden producir esta sintomatología, pero en menor intensidad.

La anemia por déficit de hierro es la forma de anemia más frecuente entre las mujeres, a menudo producida por sangrados menstruales abundantes o por hemorragias durante abortos, partos o por cirugía de los fibromas. Las mujeres embarazadas son especialmente proclives a la anemia, debido a que el feto necesita mucho más hierro para su desarrollo que el que la madre puede ingerir incluso con una buena alimentación. Por ello sería muy importante que las mujeres iniciaran sus embarazos con unas reservas de hierro normales (ferritina) en su organismo.

### **La deficiencia de almacenamiento de hierro también produce cansancio**

En algunos libros antiguos de hematología todavía se afirma en la introducción que «las mujeres sanas tienen las reservas de hierro (ferritina) bajas». Esta afirmación ha infravalorado y hecho invisible una de las causas más frecuentes de cansancio, ansiedad y dolor generalizado de las mujeres, que, pese a ser biológica, no se puede objetivar sin una analítica. Estudios realizados en niños hiperactivos o lactantes que padecían crisis de llanto continuadas o los denominados «cólicos» del lactante ya demostraron su relación con la falta de reservas de hierro en el organismo.

Esta relación con los estados de ansiedad se debe a que muchos de los receptores en las neuronas cerebrales de los neurotransmisores de dopamina están formados en parte por ferritina. Cuando esta proteína y su reserva de hierro interna está baja, la dopamina flota libremente, produciendo incremento de angustia y ansiedad en los adultos, y en los niños, llantos, miedos e hiperactividad.

Un grupo de investigadores de la Universidad de Baltimore ha demostrado que la disminución de las reservas de hierro entre las adolescentes cuando inician las menstruaciones, casi siempre muy abundantes y que duran más de cinco días, aunque no tengan anemia, es la causa de la disminución de la memoria y la capacidad de concentración, que mejora con la administración de sulfato ferroso.



Nuestro grupo realizó el seguimiento de ciento cincuenta mujeres con reservas de hierro bajas (ferritinas por debajo de 30 ng/ml), comparándolas con mujeres con reservas normales. La deficiencia de hierro, sin anemia, se relacionaba con la presencia de síntomas que habitualmente se habían atribuido a la anemia. Presentaban cansancio, pérdida de memoria, dolor generalizado, frío en las extremidades superiores e inferiores, caída de pelo, y las uñas frágiles y que se abrían en capas. Los niveles de ansiedad eran elevados, con síntomas psicósomáticos, y mejoraron con el tratamiento con suplementos de hierro. Al evaluar la calidad de vida, se observó una deficiencia de energía, una inversión del sueño, con somnolencia durante el día e insomnio nocturno, y disminución del estado de salud percibida.

La frecuencia de la deficiencia de ferritina entre las mujeres en edad de menstruar es muy elevada. Estudios en Estados Unidos de población con buena alimentación detectaron un 50 % de mujeres con deficiencia frente a un 2 % de hombres. Entre poblaciones de mujeres trabajadoras con gran estrés laboral se detectó la deficiencia en un 75 % de las series estudiadas. Se trataría, por lo tanto, de la patología subclínica más frecuente entre el sexo femenino, y la que puede producir mayor número de síntomas, que aunque son de origen orgánico, se pueden manifestar como trastornos psicológicos y psicósomáticos.

### **Prevención y tratamiento de la anemia ferropénica**

La mejor prevención es la ingesta de una dieta rica en hierro. Si la anemia o la deficiencia de hierro persisten a pesar de estar tomando una dieta rica en hierro, se deben tomar suplementos de hierro. (Algunos médicos recomiendan que las embarazadas tomen hierro de forma rutinaria). Las formas de presentación del hierro que se absorben más fácilmente son el sulfato y el gluconato ferroso. Se absorben mejor con el estómago vacío, o sea, antes del desayuno, pero si se producen náuseas y dolor abdominal después de la ingesta, se pueden tomar antes de la comida principal o incluso durante la misma.

Los cítricos o la vitamina C aumentan la absorción de hierro. En cambio, la ingesta de lácteos en la misma comida disminuye su absorción. Sin embargo, algunas mujeres, a pesar de estar tomando hierro, observan por medio de un análisis de sangre, denominado ferritina, que no absorben las pastillas, ya que sus niveles permanecen todavía bajos. En algunos casos puede ser útil incrementar el consumo de alimentos ricos en hierro absorbible, como la carne, el pescado azul, el pollo o los brotes de soja. Desgraciadamente, el hierro que contienen algunas verduras como las espinacas o algunas legumbres como las lentejas no es absorbido por el intestino humano, por lo que incrementar su ingesta no consigue paliar las anemias. La administración de

pastillas con hierro produce heces negras, brillantes y estreñimiento, que puede aliviarse incrementando la ingesta de grano integral, salvado de trigo, fruta y bebiendo más agua entre las comidas.

### **Anemias de otros tipos**

Las mujeres embarazadas, las que han tenido muchos hijos, las que están tomando anticonceptivos orales y las malnutridas pueden sufrir anemias por déficit de ácido fólico y de vitaminas del grupo B. Se puede prevenir o tratar dicha anemia por medio de la ingesta de granos integrales y verdura de hoja verde oscuro o tomando suplementos de ácido fólico. Las personas vegetarianas que no comen productos lácteos ni alimentos que provengan de animales pueden sufrir una anemia producida por la pérdida de vitamina B12 (presente en todos los productos de origen animal). Los síntomas de esta anemia pueden incluir quemazón o debilidad en las piernas. Las mujeres que presenten la carencia de una proteína que está en el estómago denominada factor intrínseco, necesaria para la formación de vitamina B12, precisarán una inyección mensual de dicha vitamina para compensarla.

Algunas formas de anemia son hereditarias. La anemia de células falciformes se encuentra entre personas con antepasados africanos, y la talasemia entre los descendientes del área mediterránea. Asimismo, algunas mujeres descendientes del área mediterránea (en especial de Italia) y africana heredan una deficiencia de una enzima denominada glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, que les produce una anemia hemolítica (destrucción de glóbulos rojos) si ingieren algunas medicaciones como sulfamidas, ácido acetilsalicílico (aspirina) o medicación contra la malaria. Esta enfermedad puede ser mortal.

También se pueden presentar anemias asociadas a enfermedades del riñón, enfermedades del tiroides, artritis, enfermedades autoinmunes o cáncer. La exposición laboral o ambiental a ciertos fármacos, sustancias químicas, metales o radiación puede producir anemias en algunos casos.

### **Enfermedades autoinmunes**

Son enfermedades autoinmunes aquellas en las que células del propio cuerpo se hacen extrañas para el organismo, que reacciona fabricando anticuerpos contra ellas. Esto puede ocurrir con células de las articulaciones, como en la artritis reumatoide, con células musculares y viscerales como en el lupus eritematoso, el síndrome de Sjögren y la conectivitis mixta, o con las células del tiroides, como en la tiroiditis autoinmune. Casi todas las enfermedades autoinmunes empiezan con cansancio y dolor, que se

instauran lenta y progresivamente, por lo que también son difíciles de diagnosticar y se confunden con otros estados de malestar. Algunos de los procesos autoinmunes interfieren además en la función cerebral, produciendo síndromes depresivos por deficiencia de neurotransmisores. Su frecuencia puede oscilar entre un 25 % de la población femenina en el caso de la tiroiditis o un caso por mil en el lupus. El hecho de que estas enfermedades se introduzcan de forma solapada y produzcan malestar y cansancio, transcurriendo habitualmente un largo periodo hasta que se diagnostican, que puede ser de varios años, también contribuye a crear un estado depresivo, ya que las mujeres han de vivir y trabajar con una baja calidad de vida.

## **¿Por qué las enfermedades**

### **autoinmunes son más frecuentes**

#### **en el sexo femenino?**

Aunque no están claras las causas, y en algunos casos podría existir una predisposición genética ligada al cromosoma X, no demostrada, los fenómenos autoinmunes sufren una modulación en función de las hormonas sexuales. El hecho de que algunas de estas enfermedades se presenten de forma virulenta después del embarazo, que es un periodo de suspensión inmunológica, hizo sospechar ya esta relación, pero después se ha podido demostrar que son los propios estrógenos, la hormona predominante en el sexo femenino, los que estimulan la producción de anticuerpos, y en cambio la progesterona natural que se produce en la segunda fase del ciclo y durante el embarazo es inmunosupresora. Un exceso de estrógenos en el medio ambiente también es un estímulo para las enfermedades autoinmunes.

### **Artritis reumatoide**

Es una enfermedad que se presenta con dolor en una o varias articulaciones, y con dolor y deformidad de los dedos de manos y pies. La enfermedad afecta a entre un 0,3 % y 1 % de la población adulta, con una ratio aproximada de 73 % de mujeres frente a 27 % de hombres, según un estudio entre personas con artritis reumatoide serológicamente positivas realizado en Dinamarca.<sup>[167]</sup> Tienen una frecuencia más alta de comorbilidades (enfermedades que se presentan al mismo tiempo) antes y después del diagnóstico, comparadas con personas control. Las morbilidades previas son inmunodeficiencias, enfermedades infecciosas y parasitarias, diabetes tipo II, hipertensión, fibrilación y angor. Las y los pacientes presentan una supervivencia disminuida frente a los controles.

La prevalencia de la enfermedad aumenta a partir de los 40 años hasta los 70 años, con un pico máximo de incidencia entre los 50 y los 54 años, según un estudio de la sobrecarga global de la enfermedad de 2017, que recoge datos desde 1990 a 2017, a nivel global, regional y nacional<sup>[168]</sup> de 195 países. En análisis retrospectivo de pacientes con artritis reumatoide y comienzo precoz de tratamiento se observa un retraso en acceder a la terapia en mujeres seronegativas.

La patogénesis de la artritis reumatoide está relacionada con factores inmunológicos genéticos y epigenéticos, así como con exposiciones ambientales (al tabaco, por ejemplo) y con cambios en la función de la microbiota de la mucosa intestinal.<sup>[169]</sup> Las enfermedades reumáticas autoinmunes están moduladas por estrógenos y progesterona.<sup>[170]</sup> En las mujeres, la artritis reumatoide se presenta más a menudo después de la menopausia, al contrario del lupus eritematoso sistémico, que se estimula por acción estrogénica. La gravedad de la artritis reumatoide tiende a fluctuar durante el ciclo menstrual y mejorar durante el embarazo. Se estudia el papel de la progesterona en la modulación de las enfermedades reumáticas.<sup>[171]</sup> En una fase preclínica de la enfermedad existe ya una activación del complemento antes de que se presente clínica de artritis reumatoide, y esta activación es superior entre mujeres que habían utilizado anticonceptivos hormonales y eran fumadoras.<sup>[172]</sup>

Aunque se había considerado que casi un 90 % de las pacientes con artritis reumatoide mejoraban sus síntomas durante el embarazo, recientes estudios han mostrado que las mujeres que mejoran durante el embarazo suponen un 60 % y que existe una reactivación de la enfermedad en un 46 % de casos después del parto. Durante el tratamiento, se deben tener en cuenta nuevas comorbilidades que forman parte de la morbilidad diferencial. Existe un incremento de hipotiroidismo o hipertiroidismo,<sup>[173]</sup> que se presentan sobre todo en mujeres mayores. En un estudio multicéntrico europeo se ha valorado que la deficiencia de vitamina D era muy prevalente entre las mujeres que presentaban artritis reumatoide.<sup>[174]</sup>

### **Síndrome de Sjögren**

Aproximadamente el 20 % de pacientes con artritis reumatoide padecen síndrome de Sjögren. Se estima que el 1 % de la población padece esta enfermedad y que está poco diagnosticada. El poco diagnóstico es debido a que hay una tendencia a diagnosticar este trastorno como un lupus eritematoso sistémico medio o atípico. Los síntomas cardinales del síndrome de Sjögren son la sequedad de las mucosas, sobre todo de la boca o de las conjuntivas oculares.

El tratamiento del síndrome de Sjögren se basa en lágrimas y saliva artificiales. Se necesitan frecuentes exámenes oftalmológicos y dentales. La enfermedad extraglandular, especialmente la pulmonar y la renal, y la vasculitis pueden requerir tratamientos con corticoides sistémicos.

### **Lupus eritematoso sistémico**

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad multisistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos múltiples. La causa exacta del lupus es desconocida, pero se cree que existe una combinación de factores ambientales, hormonales y genéticos. Las características más importantes del lupus eritematoso sistémico son: dolor e inflamación en articulaciones, erupción rojiza en pómulos y nariz en forma de mariposa, erupciones en la piel, llagas en la boca, pérdida de pelo y, en casos graves, afectación del hígado y del riñón, vasculitis periférica y alteraciones del sistema nervioso central. Se diagnostica por la presencia de los denominados anticuerpos antinucleares y por el patrón homogéneo de su distribución.

Todos los trabajos de investigación señalan el predominio de mujeres frente a hombres, con ratios de tres niñas por cada niño, de diez a quince mujeres de entre 16 y 55 años por cada hombre en ese grupo de edad, y de ocho mujeres por cada hombre en mayores de 55 años,<sup>[175]</sup> según países y etnias (con predominio de las afroamericanas). Se han hecho grandes avances en establecer las alteraciones genéticas causales, y pocos avances en las epigenéticas. En los textos clásicos de formación en Medicina Interna, como el *Harrison's Principles of Internal Medicine* (vigésima edición),<sup>[176]</sup> se mantienen solo seis líneas de texto sobre la fisiopatología en las mujeres con perspectiva de género. Dice textualmente: «El sexo femenino es permisivo para el lupus eritematoso sistémico (LES). Las hembras de muchas especies de mamíferos presentan respuestas autoinmunes con anticuerpos más elevados que los machos. Las mujeres expuestas a estrógenos contenidos en los anticonceptivos orales o en la terapia hormonal sustitutiva tienen un riesgo aumentado de desarrollar LES (de 1,2 a 2 veces)».<sup>[177]</sup>

Las condiciones de vida estresantes pueden favorecer la presencia de brotes autoinmunes, pues, aunque conocemos la base genética y biológica de la enfermedad, su evolución puede empeorar por el hecho de que las mujeres tengan que desarrollar una doble jornada y una doble presencia, sufran discriminación laboral en su trabajo o tengan que realizar tareas de cuidados para toda la familia. El estrés físico y mental promueve las enfermedades autoinmunes, y altera la microbiota intestinal favoreciendo también alteraciones inmunológicas. La deficiencia de vitamina D y otras carencias metabólicas de predominio en mujeres también favorecen las respuestas autoinmunes.

En el caso del lupus eritematoso, el exceso de estrógenos —ya sean endógenos o exógenos— influye en el brote y la evolución de la enfermedad.<sup>[178]</sup> Los estilos de vida influyen también en la evolución de la enfermedad, tal como señala la «Guía de práctica clínica sobre lupus eritematoso sistémico», del Sistema Nacional de Salud. El ejercicio suave y continuado puede mejorar la evolución, mientras que el tabaquismo y el exceso de alcohol empeoran la enfermedad.

También el medio ambiente puede influir en la evolución de las enfermedades autoinmunes. Un exceso de estrógenos en el medio ambiente y en los lugares de trabajo a través de los disruptores endocrinos ambientales, que son sustancias químicas externas al cuerpo que alteran la función endocrinológica normal (insecticidas, disolventes, gases anestésicos, los hidrocarburos que se desprenden de los coches con gasolina o diésel, humos de incineradoras, dioxinas, derivados de plásticos, etc.), también son un estímulo para las enfermedades autoinmunes.<sup>[179]</sup> Factores externos como los rayos ultravioletas, la administración de anticonceptivos, la THS, el estrés, exposiciones laborales al silicio, exposición a algunos virus como el de Epstein-Barr y otros tóxicos pueden aumentar la tendencia a la autoinmunidad.<sup>[180]</sup>

Como ocurre con todas las enfermedades crónicas que producen dolor y que son de predominio femenino, las mujeres tienden a sufrir un mayor grado de medicalización, con el agravante de que se está generalizando la administración de opioides. Además, la administración de ansiolíticos se ha duplicado entre las mujeres, y la de antidepresivos es cinco veces más elevada que en los hombres. Por otra parte, la mayoría de las y los profesionales desconocen que existe una farmacocinética diferencial<sup>[181]</sup> y que la mujer presenta mayor dependencia a benzodiacepinas que el hombre.

Las diferencias de género también se han observado en cuanto a los analgésicos y anestésicos, siendo las mujeres menos sensibles que los hombres al efecto del propofol, mientras que presentan mayor sensibilidad a la morfina, pudiendo los hombres llegar a precisar hasta un 60 % más de esta sustancia que las mujeres. Asimismo, se ha observado alivio del dolor en mujeres, y no en hombres, con opioides kappa. Por otro lado, las mujeres experimentan depresión respiratoria con mayor frecuencia que los hombres cuando reciben opiáceos. Según un informe de Inmaculada Failde, catedrática de la Universidad de Cádiz, para la Fundación Grünenthal, más de siete mil personas han muerto por sobredosis de opiáceos entre 2010 y 2017, pasando de 691 muertes en 2010 a 1.049 en 2017. La mortalidad entre mujeres se ha duplicado: de doscientas diecisiete en 2010 a cuatrocientas doce en 2017. Si bien la cifra se mantiene lejos de las cincuenta mil muertes anuales en Estados Unidos por la epidemia de consumo de opiáceos, como relata Sam Quinones.<sup>[182]</sup>

## Enfermedades endocrinas

Todas las enfermedades endocrinas —las de la glándula tiroides, del páncreas o de las glándulas suprarrenales— presentan una alta prevalencia entre el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobre todo las relacionadas con patología autoinmune. La tiroiditis autoinmune, o tiroiditis de Hashimoto, se presenta en una proporción entre mujeres y hombres de cincuenta a uno, y se pueden presentar en más del 20 % de mujeres después del parto aunque pueden permanecer sin dar manifestaciones clínicas. A medida que han mejorado los métodos de diagnóstico y la sensibilidad de las determinaciones hormonales, se ha apreciado un incremento de la prevalencia del hipotiroidismo clínico y subclínico en la población.

Las tiroiditis inducidas por fármacos como la amiodarona, el litio, el interferón alfa y la interleucina 2 también son más prevalentes entre el sexo femenino.[\[183\]](#) Las estatinas administradas a mujeres con hipotiroidismo o tiroiditis incrementan el riesgo de inducir fibromialgia o patología muscular. La patología del tiroides más frecuente es el hipotiroidismo, que incluso en el caso de que sea leve se manifiesta con cansancio y dolor muscular.

Síntomas del hipotiroidismo: astenia; lentitud en la ideación y en la ejecución de los trabajos; somnolencia; tendencia al estreñimiento; tendencia al edema de manos y pies; retención hídrica; diuresis inferior a la ingesta de líquidos; hiponatremia; intolerancia al frío; piel seca (en especial en codos y talones); hiperqueratosis en antebrazos y piernas (sensación de piel rugosa); sequedad y caída del cabello; palidez de piel (tono amarillento); aumento de peso con igual ingesta; voz ruda; edema en la cara; lengua algo hinchada con los bordes dentales marcados. En el sistema nervioso central y periférico: ansiedad y nerviosismo; pérdida de memoria reciente; dificultad de concentración; no comprensión rápida de las ideas; dolor de cabeza, con sensación de mente espesa; depresión por déficit de secreción de serotonina; letargia; resistencia a los psicofármacos habituales. En el sistema musculoesquelético: calambres y parestesias en extremidades superiores e inferiores; dolor muscular generalizado; dolor a la palpación de las masas musculares, en especial en la musculatura proximal de extremidades superiores e inferiores; disminución de los reflejos rotuliano y aquileo; síndrome del túnel carpiano. En la salud reproductiva: ciclos menstruales más cortos; hemorragias menstruales excesivas; déficit de progesterona; incremento de prolactina; dificultades para ovular; abortos en primer trimestre de embarazo; esterilidad; dificultades en el embarazo con eclampsia y preeclampsia, y dificultades o ausencia de dilatación en el parto. En relación con el sistema digestivo: dificultades para la digestión; dificultad de vaciado; escasa secreción de jugos gástricos; estreñimiento; meteorismo; saciedad

precoz; hinchazón abdominal en la segunda parte del día; mala absorción de ácido fólico y B12, y anemia macrocítica.

En estudios que ha realizado nuestro grupo correlacionando la deficiencia de la hormona tiroidea con la calidad de vida hemos encontrado que las mujeres con hipotiroidismo, aunque fuera subclínico, tenían dificultades para disfrutar de un ocio activo, pues si bien conseguían cumplir con su trabajo habitual, por la noche no podían hacer nada más, tampoco realizar las tareas domésticas. Asimismo, tenían problemas con la conducta de alerta, tropezaban o presentaban olvidos frecuentes y repetidos, y sentían dificultades en las relaciones psicosociales y en la conducta emocional.

Los síntomas de hipertiroidismo son en algunos aspectos opuestos: astenia; adelgazamiento con apetito excesivo; nerviosismo; irritabilidad; taquicardia; palpitaciones; diarreas; hiperideación pero falla en la ejecución; temblor fino en dedos y lengua; calor en la piel; intolerancia al calor; sudoración excesiva; oligomenorrea o amenorrea; debilidad y dolor muscular; no poder levantarse en cuclillas; dolores óseos; osteoporosis; ojos saltones; mirada fija.

### **Los tratamientos son sencillos,**

### **económicos y eficaces**

Aunque el hipotiroidismo puede afectar a múltiples órganos y sistemas y puede producir una gran cantidad de síntomas, las y los pacientes pueden mejorar después del tratamiento con las dosis adecuadas de levotiroxina sódica, que es una hormona sintetizada bioidéntica, y de la que se disponen comprimidos en dosis muy fraccionadas, que permiten que la hormona estimulante del tiroides (TSH) alcance cifras cercanas a la normalidad. Se puede administrar en ayunas. Lo mejor es tomar el comprimido al levantarse y dejar un periodo de una media hora antes del desayuno. Existen alimentos que impiden la absorción de yodo y pueden aumentar el bocio y el hipotiroidismo, como los nabos, las coles, los rábanos, el brócoli y las coles de Bruselas. Las personas con bocio o hipotiroidismo los pueden consumir, pero en cantidades moderadas.

A pesar de que una de cada cuatro mujeres mayores de 40 años va a presentar hipotiroidismo —y cada vez a edades más tempranas debido al efecto de los tóxicos ambientales—, es frecuente en España, aunque no en otros países, que no se trate el hipotiroidismo hasta que pasa de leve a un estado más avanzado. Las razones aducidas son vagas, y se relacionan con el gran número de mujeres que tratan y a posibles efectos secundarios no probados, ya que con los fármacos actuales se pueden controlar



perfectamente las dosis. El tratamiento es de bajo coste, y los efectos negativos derivados de padecer hipotiroidismo que se podrían prevenir son muy amplios.

¿Por qué razones preferimos tratar una depresión con psicofármacos de alto coste antes que tratar un hipotiroidismo con un tratamiento de muy bajo coste? Lo dejo a la sagacidad de la lectora o el lector. Sabemos que la alta prevalencia del problema hace necesaria la implicación de los profesionales de atención primaria en el tratamiento de la patología tiroidea, pero lo mismo ocurre con la diabetes y no se ha negado la enfermedad por las complicaciones que pueda conllevar. ¿Por qué se menosprecia la patología tiroidea, prevalente en mujeres, con la excusa de que no pueden morir y de que «solo afectará a su calidad de vida»?

### **El tratamiento del hipertiroidismo**

#### **dependerá de la causa**

Dependerá de la causa. En cualquier caso, al ser una enfermedad menos frecuente y en general con una clínica más florida, existe menos controversia al respecto. La clínica del hipertiroidismo se inicia también con cansancio, pero se acompaña de aumento de frecuencia cardíaca, palpitaciones e incremento del funcionamiento digestivo, con dolores y tendencia a la diarrea. Para su tratamiento se pueden utilizar comprimidos con inhibidores de la formación de tiroxina. En casos de nódulos hipercaptantes, el tratamiento de elección es con yodo 131, que en las dosis actuales, muy afinadas, ha permitido aumentar los casos de curación total.

#### **Algunas mujeres pueden empezar**

#### **a perder masa ósea desde los 20 años**

Existe un tipo de pérdida de formación ósea que solo está presente en el sexo femenino: la osteopenia por anovulación o déficit de fase luteínica. Ha permanecido invisible durante muchos años porque no se conocía el efecto de la progesterona natural como colaboradora en la formación del hueso.

Una característica diferencial de la biología femenina respecto de la masculina es su funcionamiento cíclico. Toda situación de estrés produce cambios en la regulación hormonal del ciclo menstrual. La mujer ovula por el estímulo que proviene del sistema nervioso central, y si este recibe constantes agresiones, se produce una deficiencia de las hormonas de ovulación y, en consecuencia, el déficit de una de las hormonas que el cuerpo de las mujeres necesita para mantener su equilibrio: la progesterona. La

insuficiencia de progesterona, o déficit de fase luteínica, es constante en las etapas críticas de la vida, como pueden ser situaciones de estrés, divorcio, inicio de un nuevo trabajo, periodos de paro, existencia de angustias económicas o crisis importantes de la familia.

El estrés crónico condiciona una deficiencia de progesterona crónica en el cuerpo de la mujer, como ha demostrado la doctora Prior, endocrinóloga de Vancouver, que ha realizado investigaciones sobre las consecuencias del déficit de ovulación en la masa ósea. Estudiando atletas y bailarinas de *ballet* clásico, sometidas a ejercicio físico constante y extenuante, constató que la pérdida de la ciclicidad ovulatoria durante más de nueve meses en mujeres jóvenes de 18 a 25 años ya condiciona una pérdida del 20 % de masa ósea. La osteopenia, por lo tanto, no será solo un riesgo de la vida adulta de la mujer, sino que ya se presenta desde la etapa de la juventud y condiciona a largo plazo —según las condiciones de trabajo, la ergonomía y las posturas laborales— alteraciones crónicas del sistema musculoesquelético. Solo la identificación de las causas visibles y no visibles del estrés y de las condiciones de trabajo y de vida que lo producen conseguirá abrir un camino de prevención de la salud de las mujeres.

Si los problemas musculoesqueléticos y los de salud mental constituyen la primera causa de jubilación anticipada por razones de enfermedad en el sexo femenino, la tarea prioritaria en salud ocupacional consistirá en la identificación de las causas que los producen y, en lugar de quejarse o pagar compensaciones, lo que deberá hacerse en el ámbito de la salud laboral, tanto por parte de los sindicatos como de los empresarios, será mejorar la prevención.

Creo que es necesaria una revisión de las estructuras, protocolos y actitudes de los equipos sanitarios para que se tenga en cuenta la morbilidad diferencial, o sea, el conjunto de patologías y factores de riesgo que son de predominio femenino y que se han estudiado con menos eficiencia, revisando para ello las guías de práctica clínica.<sup>[184]</sup> También es importante incorporar mujeres a los estudios de investigación clínica y ratas hembra a los estudios de investigación preclínica, así como dotar de recursos a la investigación de las enfermedades predominantes entre mujeres, como las enfermedades autoinmunes. La perspectiva de género se ha de incorporar en la docencia de las universidades y en la formación del sistema MIR.<sup>[185]</sup> Las historias clínicas y los estudios de investigación deben visualizar también las condiciones de vida y trabajo, el número de hijos o hijas y las tareas de cuidado. Cambiar las actitudes del personal sanitario investigador y asistencial para que tengan en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres, perfectamente contempladas en la Ley de Igualdad de 2017,<sup>[186]</sup> puede permitir acceder a diagnósticos más ajustados y mejorar la prevención de enfermedades que afectan profundamente a la calidad de vida de las mujeres.

[162] Pinn, V. W., «Sex and gender factors in medical studies: implications for health and clinical practice», *JAMA*, 289(4), 2003, pp 397-400.

[163] Valls-Llobet, C., M. Banque, M. Fuentes y J. Ojuel, «Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres», *Anuario de Psicología*, 39(1), 2008, pp. 9-22.

[164] Verbrugge, L. M., «The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality», *Journal of Health and Social Behaviour*, 30(3), 1989, pp. 282-304.

[165] Verbrugge, L. M., «Gender and health: an update on hypotheses and evidence», *Journal of Health and Social Behaviour*, 26(3), 1985, pp. 156-182.

[166] Iribarne-Durán, L. M. *et al.*, «Menstrual blood concentrations of parabens and benzophenones and related factors in a sample of Spanish women: an exploratory study», *Environmental Research*, 183, 2020, 109228.

[167] Loppenthin, K., B. A. Esbensen, M. Ostergaard *et al.*, «Morbidity and mortality in patients with rheumatoid arthritis compared with an age-and sex-matched control population: a nationwide register study», *Journal of Comorbidity*, 9, 2019, pp. 1-7.

[168] Safiri, S., A. A. Kolahi, D. Hoy *et al.*, «Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis 1990-2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2017», *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78(11), 2019, pp. 1463-1471.

[169] Angelotti, F., A. Parma, G. Cafaro *et al.*, «One year in review 2017: pathogenesis of rheumatoid arthritis», *Clinical and Experimental Rheumatology*, 35(3), 2017, pp. 368-378.

[170] Hughes, G. C. y D. Choubey, «Modulation of autoimmune rheumatic disease by oestrogen and progesterone», *Natural Reviews. Rheumatology*, 10(12), 2014, pp. 740-751.

[171] Tan, I. J., E. Peeva y G. Zandman-Goddard., «Hormonal modulation of the immune system. A spotlight on the role of progestogens», *Autoimmunity Reviews*, 14(6), 2015, pp. 536-542.

[172] Bemis, E. A., J. M. Norris, J. Seifert *et al.*, «Complement and its environmental determinants in the progression of human rheumatoid arthritis», *Molecular Immunology*, 112, 2019, pp. 256-265.

[173] Mahagna, H., A. Caplan, A. Watad *et al.*, «Rheumatoid arthritis and thyroid dysfunction: a cross-sectional study and a review of the literature», *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 32(5), 2019, pp. 683-691.

[174] Vojinovic, J., A. Tincani, A. Sulli *et al.*, «European multicentre pilot survey to assess vitamin D status in rheumatoid arthritis patients and early development of a new Patient Reported Outcome questionnaire (D-PRO)», *Autoimmunity Reviews*, 16(5), 2017, pp. 548-554.

[175] Goldman, L. y D. Ausiello, *CECIL Textbook of Medicine*, 22.<sup>a</sup> ed., Saunders, 2004.

[176] Jameson, J. L. *et al.*, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20.<sup>a</sup> ed., McGraw-Hill Education, 2018.

- [177] Fauci, A. *et al.*, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17.<sup>a</sup> ed., McGraw-Hill Education, 2008.
- [178] Cutolo, M., «Estrogen metabolites: increasing evidence for their role in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus», *Journal of Rheumatology*, 31(3), 2004, pp. 419-421.
- [179] Edwards, M., R. Dai y S. A. Ahmed, «Our Environment Shapes Us: The Importance of Environment and Sex Differences in Regulation of Autoantibody Production», *Frontiers in Immunology*, vol. 9, art. 478, 2018, pp. 1-17, [www.frontiers.org](http://www.frontiers.org).
- [180] Valls-Llobet, C., *op. cit.*, Madrid: Cátedra, 2018.
- [181] Calvo Hernández, B., P. Gómez López-Tello y M. D. Ruiz de Alegría López, «Diferencias farmacocinéticas entre hombres y mujeres», *Formación Médica Continuada*, 20, 2013, pp. 351-357.
- [182] Quinones, S., *Tierra de sueños*, Madrid: Capitán Swing, 2020.
- [183] Pearce, E. N. *et al.*, «Thyroiditis», *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2003, pp. 2646-2655.
- [184] Tamirou, F., L. Arnaud, R. Talarico *et al.*, «Systemic lupus erythematosus: state of the art on clinical practice guidelines», *RMD Open*, 4(2), 2018, e000793.
- [185] Valls-Llobet, C., «El estado de la investigación en salud y género», en C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M. J. Barral, T. Fernández y T. Yago (eds.), *Perspectivas de género en salud*, Madrid: Minerva Ediciones, 2001, pp. 179-195.
- [186] Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, Boletín Oficial del Estado, 23 de marzo de 2007, n.º 71.

# 11

## **El dolor invisible. El sesgo en la atención del calvario del dolor** *Los libros que leíste. El miedo de las noches, las banquetas de encina, tu pasar*

*encorvado que escondías*

*de todos los muchachos. Las dos oposiciones, los niños, cuatro partos, mil anginas y cincuenta kilogramos servidos de  
embarazo.*

*Las bolsas de la compra.*

*Las prisas y tus sueños. Tu almohada de espinas. Tu aprender*

*de la muerte. Quirófanos, estrellas, las horas de cocina y el limpiar el pescado, cada tarde, los sábados.*

*Exámenes. Mudanzas. El tacón del domingo, los renglones*

*torcidos que escribías*

*trasnochando, y las veces*

*que alzaste desde el suelo, sostenidas en vilo, dos arrobas de llanto.*

*Todo esto está inscrito, aunque nadie lo vea, en ese claroscuro que revisa tu médico.*

*Ya se sabe, los años...*

*Sí señor, mi esqueleto*

*ha vivido conmigo cada instante y hoy me pasa factura. Pues los huesos, mejor que en un diario,*

*registran nuestra historia como nadie.*

JUANA CASTRO

*No hay sino enfermedad individual: no porque el individuo reaccione sobre su propia enfermedad, sino porque la acción de la enfermedad se desenvuelve, por derecho propio, en la forma de la individualidad. De ahí la flexión nueva dada al lenguaje médico [...]. Introducir el lenguaje en esta penumbra, en la cual la mirada no tiene ya palabras. Trabajo duro y cumplido; trabajo que hace ver [...]. La estructura, a la vez perceptiva y epistemológica que gobierna la anatomía clínica y toda la medicina que deriva de ella, es de la invisible visibilidad.*

**El dolor y el malestar de las mujeres El dolor en todas las manifestaciones corporales es la primera causa de abandono de la actividad principal entre las mujeres, según las encuestas de salud realizadas en Barcelona, Cataluña y España. Ya sea el dolor de columna, en articulaciones o en la masa muscular, la prevalencia del dolor en la población en general es de un 30 %, siendo entre la población femenina dos veces más elevada que entre los hombres, y su prevalencia aumenta con la edad (a partir de los 45 años).**

Estudios realizados en la década de 1980 demostraron que las quejas sobre dolor y malestar de las mujeres se consideraban predominantemente psicósomáticas y se trataban con ansiolíticos y sedantes.

El dolor es la primera causa de consulta en atención primaria en la vida de las mujeres. A cualquier edad, el primer motivo de consulta en atención primaria es el dolor en el sistema musculoesquelético (dolor en columna cervical, dorsal y lumbar, en articulaciones, en manos y en pies).

Aunque se pueda pensar que las enfermedades reumáticas como la osteoartritis o la artrosis se presentan en personas mayores de 50 años, las enfermedades autoinmunes se presentan en personas jóvenes y predominantemente del sexo femenino.

La duda sobre la creencia en ellas mismas, en sus propios síntomas, debido a la baja autoestima de muchas mujeres que años de discriminación han colaborado en cultivar, ha hecho del silencio sobre las propias dolencias la base de la vida de muchas mujeres. Solo se confesaban a la amiga, a la madre o a las compañeras de trabajo, pero en sordina, sin alzar la voz, para no ser tachadas de neuróticas o histéricas, calificativos que se han alzado como los grandes prejuicios de la ciencia médica y del abordaje social del malestar de las mujeres.

El dolor, durante siglos silenciado e invisible como la propia historia de las mujeres, se ha encarnado en el propio cuerpo, capa tras capa, a través de los abusos y agresiones psíquicas, físicas y sexuales en la infancia; a través del «cuerpo trabajado» desde los 9 años, transportando leche o cuidando los hijos de la propia madre, que trabaja de sol a sol para alimentar a los suyos; el dolor se ha introducido hasta la capa más profunda de los huesos a través de unas condiciones ergonómicas de trabajo que torturan con la monótona repetición de movimientos, y a través de una represión emocional que contrae la musculatura del trapecio hasta producir cambios en los discos vertebrales; se ha introducido también a través del sesgo de género en la investigación médica del

dolor crónico, que ha producido una falta de ciencia en el diagnóstico diferencial de las enfermedades biológicas que pueden causar dolor (que son muchas), y a través de la falta de escucha, del error de diagnóstico y de tratamiento, que acaba silenciando con psicofármacos la queja, el malestar, el dolor que se encarna, capa tras capa, en lo más profundo de los músculos y de los huesos de las mujeres.

Como dice la psicoanalista Regina Bayo-Borràs, llega un momento en que la mujer ya no tiene palabras para expresar su profundo malestar, que ella misma no acierta a entender, y entonces es el cuerpo el que habla.

Dado que el dolor se ha introducido capa a capa en el cuerpo de las mujeres y de algunos hombres y ha sido causado por múltiples factores, el abordaje ha de ser también individualizado, deshaciendo las capas una a una. En las causas se combinan aspectos psicológicos, biológicos y sociales. El dolor más agudo se puede desencadenar en un momento determinado a raíz de una intervención quirúrgica, un accidente o la muerte o enfermedad grave de un familiar, pero anida en un cuerpo que ya había sentido dolor y lo había ocultado. Esta ocultación del dolor acaba provocando síntomas a distancia, ya que todo el cuerpo tiende a compensarlo y ocultarlo.

Cuando el Colegio Americano de Reumatología definió por primera vez la fibromialgia como el dolor que se manifiesta en todo el cuerpo y con dolor específico a la presión en once de los dieciocho puntos predeterminados, lo hizo teniendo en cuenta que, aunque la mayoría de las mujeres y de los casos control con que las compararon presentaban ya enfermedades reumatológicas o relacionadas con la medicina interna, algunas de estas mujeres presentaban un dolor mayor que otras, cuya causa en aquel momento se desconocía. Sin embargo, en este y en posteriores estudios no se evaluó todavía la sobrecarga física y mental de estas mujeres en sus vidas y lugares de trabajo, por lo que la investigación ha tendido a buscar factores genéticos o de umbral disminuido en los neurotransmisores. Todavía hoy faltan estudios que aborden de forma sistemática el origen multifactorial de la fibromialgia.

Si solo es un problema genético, ¿por qué muchas mujeres con fibromialgia solo desencadenan el dolor después de sufrir agresiones fuertes o de situaciones de estrés? Se ha desencadenado también fibromialgia —en pacientes que no habían tenido problemas de salud y que habían desempeñado correctamente su trabajo previamente— después de exposiciones laborales o accidentales a diversos insecticidas organofosforados u organoclorados, como se ha demostrado en Suecia y Noruega.

La supresión del apartado psicosocial en las historias clínicas de algunas autonomías es un ejemplo de miopía en el abordaje etiológico de las enfermedades en atención

primaria. Esta misma miopía, unida a la falta de tiempo para la escucha, así como a la falta de recursos para el diagnóstico resolutivo en atención primaria, ha producido la hipertrofia del diagnóstico de fibromialgia en toda España. De un 2 % diagnosticado en Estados Unidos, pasamos a casi un 18 % en nuestras consultas, como si la fibromialgia fuera un paradigma parecido a la histeria que pudiera englobar todo el dolor, la discriminación y el malestar de las mujeres en un único diagnóstico que, al ser definido como incurable y de causas desconocidas, deja al sector médico y a las mujeres sin recursos para enfrentarse a la enfermedad: volvemos a predicar resignación en lugar de ciencia.

Precisamente la falta de ciencia ha hecho que se acepte, sin una demostración previa, que estas mujeres tienen tan solo una sensibilidad de dolor aumentada y un déficit de serotonina. ¿Quién puede distinguir si sienten más dolor o tienen mucho dolor? ¿Si ha sido una sobrecarga laboral, la anemia crónica o un estrés crónico lo que ha alterado sus neurotransmisores? ¿Con quién comparamos el umbral del dolor, con otras mujeres o con el sexo masculino? ¿No sería más científico, y eficaz, empezar el trabajo con el diagnóstico individualizado de las enfermedades, los estados metabólicos o las carencias de cada persona, en lugar de recetar psicofármacos desde la primera visita?

Se ha valorado muy poco el dolor y el malestar que se encarna en lo más profundo del ser humano cuando la respuesta a las agresiones externas se ve mediatizada por un «ideal femenino» en el que callar, ser sumisa y no expresar los propios deseos es el modelo normativo que imitar, de modo que la rabia queda soterrada en la musculatura. La dependencia de la mirada del hombre y de su opinión, o la falta de expresión de la propia palabra, del deseo de un placer propio, hacen tan grande el bloqueo de los propios sentimientos que acaba convirtiendo la musculatura en un bloque. Esto encierra el grito y el malestar en el interior del cuerpo, donde los mantiene en silencio un diagnóstico que en muchos casos no ha sido probado, ya que se ha diagnosticado a las mujeres sin siquiera tocarlas, y por último los sella la adicción a los psicofármacos (dos antidepresivos, dos ansiolíticos, un hipnótico, e incluso parches de morfina, son los tratamientos que están recibiendo estas mujeres). Encerradas en un cuerpo y encerradas en un diagnóstico, no pueden vislumbrar muchas escapatorias, por lo que finalmente la queja en la consulta es: «Me duele todo».

La ciencia médica, nacida fundamentalmente de la experiencia hospitalaria, no se ha preparado para atender patologías crónicas, sino que ha acumulado experiencia en el tratamiento de enfermedades agudas de predominio en el sexo masculino. Esto contrasta con la pobreza de recursos destinados a la investigación de las causas del dolor crónico. Esta falta de ciencia y de recursos ha hecho que no se preste atención a los primeros síntomas y se considere que las quejas del sexo femenino son



psicosomáticas en un 25 % de los casos, frente a un 9 % de las de los hombres. También ha provocado que no se hayan elaborado protocolos de diagnóstico diferencial exhaustivos que tengan en cuenta las más de cien enfermedades que pueden producir dolor.

El papel de la herencia en la percepción del dolor se ha distorsionado. Es cierto que la percepción y la actitud hacia el dolor que tenga una familia influirá en las percepciones sobre el dolor que tengan cada uno de sus miembros, pero a veces las causas no están tan solo en el aprendizaje de conductas anómalas. Existen también causas biológicas poco estudiadas, como la presencia de dolor en extremidades de padres e hijos, que puede tener tan solo una causa, como es la resistencia al efecto de la vitamina D, que se puede presentar en un 20 % de la población y que es causa principal de los mal denominados dolores de crecimiento, condicionando la calidad del hueso y la placa muscular en la adolescencia y la vida adulta. ¿Qué fue antes, un aprendizaje erróneo del dolor o un problema biológico que se padece desde la infancia pero que no se trata?

Los sesgos de género han hecho que falte investigación científica respecto al dolor o que se acepten con poco rigor causalidades no probadas. ¿Qué es psicológico? ¿Qué es biológico o social? ¿Qué es una enfermedad incurable cuando aúna los tres aspectos?

### **¿El dolor crónico tiene sexo?**

Los datos epidemiológicos de los que dispone la ciencia médica sobre el dolor crónico son a veces incompletos, porque en la literatura científica se mezcla información que proviene de la población general con los datos que provienen de población que es atendida en hospitales, centros de atención primaria, o que proviene de centros laborales. Sin embargo, en la mayoría de los estudios sobre dolor muscular, articular o en determinadas regiones del cuerpo en los que se ha aplicado la perspectiva de género, los resultados sobre prevalencia muestran que las mujeres son el sexo que predomina en todos los casos.

La prevalencia del dolor crónico en España ha sido la patología que más días de actividad habitual perdida ha provocado en el año anterior, según las encuestas de salud. Con pequeñas variaciones entre autonomías, la prevalencia del dolor crónico moderado es de un 23,4 % en las mujeres y de un 15,9 % en los hombres, y la presencia de dolor intenso es de un 4,8 % en las mujeres y de un 1,6 % en los hombres. El dolor lumbar puede afectar a más de la cuarta parte de la población femenina mayor de 50 años. El dolor en la zona de la cintura escapular, zona posterior del cuello y hombros afectó en algún momento del año anterior a casi la mitad de la población estudiada.

Los factores de riesgo y las causas de este dolor deberían ser estudiadas, ya que, aunque el dolor regional aumenta con la edad, el hecho de que se presente ya una prevalencia elevada en la infancia y primera juventud debería provocar un replanteamiento de las estrategias de prevención. El dolor de espalda y columna, el dolor de cuello, la osteoartritis de rodilla y de manos, la artritis reumatoide y la fibromialgia son predominantes en mujeres en todos los estudios y aumenta su frecuencia con la edad. Las cefaleas, incluyendo las migrañas, afectan a un 52 % de la población femenina, frente a un 27 % de la masculina. No hay ninguna duda de que todos los tipos de dolor tienen sexo, ya que predominan entre mujeres.

### **¿Las mujeres presentan más dolor crónico**

**o simplemente tienen un menor**

**umbral de dolor?**[\[188\]](#)

La literatura médica no empieza a estudiar las diferencias en el dolor en función del sexo y del género hasta mediados de la década de 1990. En abril de 1998 se realizó una primera conferencia, organizada por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH), sobre dolor y género: «Gender and Pain: A Focus on How Pain Impacts Women Differently than Men». Y en el año 1999 se constituyó en Viena el grupo de interés sobre sexo, género y dolor: «Sex, Gender and Pain». Se trata de dos grandes revisiones de la literatura médica que han intentado contestar a la pregunta de si las mujeres presentan más dolor crónico por ser más sensibles al dolor. Greenspan[\[189\]](#) y Fillingim,[\[190\]](#) al revisar las diversas enfermedades que pueden producir dolor, observaron que las mujeres presentan cuarenta y dos entidades que les pueden producir dolor y que son de predominio en mujeres, frente a dieciocho entidades que pueden producir dolor en hombres; además, existían veinticuatro entidades que podían producir dolor sin diferencias en los dos sexos. Por lo tanto, más que una mayor sensibilidad al dolor, lo que está ocurriendo es que las mujeres padecen mayor número de enfermedades que pueden producir dolor crónico. Tienen una mayor frecuencia de enfermedades crónicas.

Además, se han podido demostrar diferencias en el efecto de los analgésicos, los opiáceos y los psicofármacos en función del metabolismo hepático de mujeres y hombres, bastante desconocidos por las y los profesionales que los recetan.

Demasiadas mujeres conviven con el dolor y con el cansancio. La elevada prevalencia de estas quejas supone su normalización en nuestra sociedad y, en consecuencia, en

nuestro sistema sanitario. La queja, en demasiadas ocasiones, no se convierte en un síntoma que debe estudiarse, y queda reducida a un asunto «normal» entre mujeres.

**Diagnóstico diferencial del dolor de las mujeres** Son muchas las enfermedades que pueden causar dolor muscular generalizado y articular, y todas ellas han de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor crónico. La mayoría presenta una mayor frecuencia y prevalencia en el sexo femenino, como vemos en el cuadro adjunto. Sin embargo, desde la publicación en el año 1990 por la Sociedad Americana de Reumatología de los criterios para definir la fibromialgia, se han atribuido a esta enfermedad, sin pruebas objetivas para ello, todo tipo de dolores musculares a los que no se encontraba explicación.

Según dicho informe, los casos definidos como fibromialgia primaria o secundaria presentaban las siguientes patologías subyacentes: artritis reumatoide; esclerodermia; conectivitis mixta; eritema nodoso; sarcoidosis; lupus eritematoso sistémico; dolor de la columna lumbar; dolor en cuello; tendinitis; síndromes regionales y artralgiyas diversas. ¿Es una enfermedad primaria? ¿O es secundaria a muchas otras entidades que pueden producir dolor muscular crónico? ¿Si es una entidad aislada, por qué solo se trata con psicofármacos? Creemos que faltan trabajos de investigación que estudien en las mujeres que han sido diagnosticadas de fibromialgia si en realidad presentan alguna o algunas de las entidades descritas en el diagnóstico diferencial adjunto. Se trata de una asignatura pendiente que esperamos resolver con las nuevas investigaciones en curso.

Destacamos en la siguiente relación las más frecuentes y prevalentes enfermedades<sup>[191]</sup> que pueden causar dolor muscular y articular:

Enfermedad	Prevalencia	Ratio M/H
Artritis reumatoide	3 %	30/1
Lupus erimatoso sistémico	1/1000	9/1
Síndrome de Sjögren	1/1000	9/1
Miopatía hipotiroidea o hipertiroidea	20 %	50/1
Deficiencia subclínica de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario	38 %	3/1
Artrosis por malas condiciones ergonómicas de trabajo y vida	30 %	3/1
Contractura musculoesquelética por estrés mental	30 %	3/1

Osteopenia por anovulación o déficit de fase luteínica	30 %	Solo mujeres
Miopatías derivadas de enfermedades virales o síndrome de fatiga crónica	?	3/1
Síndrome de afectación neuromuscular y miopatía mitocondrial por sustancias químicas	?	3/1
Anemia o deficiencia de hierro	73 % (M)	50/1
Osteoporosis	30 %	3/1
Polimialgia reumática	5 %	2/1
Arteritis temporal	5 %	2/1
Administración de estatinas	?	30/1

En este diagnóstico diferencial existen muchos aspectos que hasta la fecha han sido poco valorados o directamente invisibles, como la contractura musculoesquelética, que se puede producir por estrés mental y por riesgos psicosociales. Lundberg y Frankenhaeuser<sup>[192]</sup> han demostrado que son precisamente el estrés mental y los trabajos con componente emocional (trabajadoras y trabajadores de la sanidad, de enseñanza) los que producen más alteraciones por contractura de la musculatura, sobre todo del trapecio. El estrés mental, más que el físico, se refleja en la contractura muscular de la parte superior del cuerpo, que puede ser detectada con un electromiograma (EMG) de trapecio, el cual en este momento no se hace ni de forma frecuente ni como chequeo laboral.

Las enfermedades que deben considerarse siempre a la hora de intentar determinar las causas del dolor muscular generalizado son, en primer lugar, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso y el síndrome de Sjögren, descritos en el capítulo anterior por su mayor prevalencia entre mujeres. Pero en el caso del dolor muscular no hay que olvidar nunca las miopatías endocrinas, en especial las derivadas del hipotiroidismo o del hipertiroidismo. Por lo tanto, dada la alta prevalencia de enfermedades de tiroides en las mujeres, se debe considerar sistemáticamente la posibilidad de que la miopatía hipotiroidea o hipertiroides se solape con la denominada fibromialgia, dado que la sintomatología de dolor muscular será la misma.

Deberemos realizar, por tanto, la determinación de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y los anticuerpos antitiroideos para descartar la posibilidad de que exista esta presencia, y en algunos casos también la ecografía tiroidea, que puede indicar la presencia de patrones no homogéneos de ecografía y, por tanto, denotar una tiroiditis crónica. En este caso, el tratamiento sería fácil, con la frenación de la glándula en el hipertiroidismo y con la sustitución parcial en el hipotiroidismo.

### **Artrosis por malas condiciones ergonómicas**

#### **de trabajo y vida. Doble jornada**

Los trabajos repetitivos y monótonos que afectan constantemente a las articulaciones o los trabajos en los que hay que permanecer de pie durante muchas horas y en posturas forzadas producen alteraciones en la columna vertebral, en las articulaciones, en las extremidades inferiores y en los pies. Todo esto condiciona que, a largo plazo, se vean afectadas tanto la columna y las extremidades superiores como la columna lumbosacra y las extremidades inferiores, pudiendo provocar también artrosis de cadera. Si a esto se añade una mala calidad ósea debido a alteraciones del metabolismo de la vitamina D y el calcio, es esperable que se produzcan agravamientos de las artrosis a partir de los 50 años, que es precisamente cuando puede empezar a fallar el metabolismo cálcico. Se calcula que puede llegar a haber una prevalencia entre la población de un 40 % de artrosis a partir de los 60 años. Cuando se deforman articulaciones de las manos, en especial las de las puntas de los dedos o las deformaciones de las rodillas, con dolor e inflamación se denomina osteoartritis, que afectará a más de un 70 % de la población de mayores de 70 años con claro predominio de la enfermedad entre mujeres.

### **Contractura musculoesquelética**

#### **por estrés mental**

Las consecuencias del estrés sobre la salud se manifiestan, entre otras, en enfermedades y alteraciones del sistema musculoesquelético, como el dolor y la artrosis de la columna vertebral, rodillas, pies, manos, hombros y el síndrome del túnel carpiano, lo que obliga a un incremento del consumo de analgésicos.

Las situaciones de demanda ininterrumpida de trabajo, sin periodos de descanso ni relajación, obligan a mantener constantes los niveles hormonales de adaptación (cortisol, epinefrina, norepinefrina), lo cual rompe los ritmos circadianos.

El mantenimiento de un alto nivel nocturno de cortisol provoca, en primer lugar, una alteración de las fases del sueño y de la profundidad del descanso nocturno. Como consecuencia, existe la sensación de cansancio matutino, como si no hubiera servido para nada el descanso nocturno. También genera alteraciones en el ritmo de las deposiciones y en el ritmo del corazón, con presencia de taquicardias o arritmias, y, en ocasiones, incremento de la sensación de ansiedad y angustia.

Existe también un incremento de la contractura muscular, con aumento de dolor en las zonas cervical, dorsal y lumbar.

Durante mucho tiempo se creyó que los dolores de espalda, cuello u hombros estaban causados por las condiciones físicas del trabajo, la fuerza muscular, la sobrecarga o el tabaquismo, pero existen cada vez más evidencias de que estos problemas no son específicos de los trabajos pesados o de las trabajadoras de cadenas de montaje, sino que se presentan también entre cajeras de bancos y supermercados o en oficinistas que trabajan con ordenadores.

Recientes estudios han encontrado que factores psicosociales, como baja satisfacción en el trabajo, pérdida de autonomía y poca variación en la actividad laboral, están asociados de forma significativa con el dolor de espalda y los problemas de hombros y articulaciones.

Al estudiar la interacción entre sexo y organización del trabajo, se ha visto que las mujeres tenían niveles más altos de norepinefrina que los hombres en las cadenas de montaje, mientras que el patrón era inverso en el trabajo autónomo. Estos resultados indican que las mujeres estaban más estresadas que los hombres por el trabajo repetitivo de la cadena de montaje. Los datos también indican que las mujeres se benefician más de la libertad y la variación en las situaciones de grupo más flexibles, provocando menores niveles de estrés fisiológico que en los hombres. Los niveles de estrés entre las mujeres se reflejan más durante las horas de trabajo doméstico, después de haber acabado las horas diarias de trabajo remunerado. Recientes estudios realizados por Lundberg demuestran que la sobrecarga física y mental se puede medir en la contractibilidad del músculo trapecio mediante EMG. Los resultados muestran que el estrés mental induce tensión muscular en el músculo trapecio, y que si a eso se añade la sobrecarga física aumenta la actividad del EMG. Incluso una baja o moderada tensión muscular inducida por el estrés mental puede aumentar el riesgo de trastornos musculoesqueléticos.

Las especiales características del trabajo doméstico, con largas jornadas de tareas monótonas y repetitivas, sin vacaciones ni tiempo libre, y en muchos casos la existencia

de una doble jornada (fuera del domicilio y dentro de él), lo convierten en un perfecto modelo para el estudio de las consecuencias del estrés crónico en el ser humano y del incremento de los problemas musculoesqueléticos entre el sexo femenino.

## **Miopatías derivadas de enfermedades**

### **virales o síndrome de fatiga crónica**

Se ha descrito en los últimos años un síndrome de cansancio que afecta a la musculatura después de una enfermedad viral (al cabo de unos quince días) y que se presenta acompañado de adenopatías en cervicales anteriores y posteriores, y de febrícula. Esta enfermedad no tiene aún un diagnóstico claro, pero presenta una exacerbación de todos los anticuerpos hacia enfermedades virales en sangre.

### **Síndrome muscular**

#### **por sustancias químicas**

Las sustancias químicas ambientales en los lugares de trabajo o en el medio ambiente, ya sean pesticidas o disolventes, pueden afectar al sistema nervioso central y a la placa muscular, provocando una miopatía a medio y largo plazo. Esta miopatía se puede acompañar de síndrome respiratorio de vías altas y bajas; síndrome neuropsicológico; síndrome hiperestrogénico con alteraciones del ciclo menstrual; síndrome de estimulación de la autoinmunidad; síndrome de parasimpaticotonía hipotalámica, hipersecreción de la hormona del crecimiento; y síndrome de hipersensibilidad química.

**Polimialgia reumática y arteritis temporal** Es una enfermedad musculoesquelética frecuente que afecta a personas mayores. En general no se presenta en personas menores de 55 años de edad. Se da más frecuentemente en personas de raza blanca y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se caracteriza por dolor y rigidez de la columna cervical, de la parte superior de la espalda y de la cadera. Los pacientes tienen una rigidez matutina característica, así como después de estar sentados un periodo determinado de tiempo. Los hallazgos de laboratorio más importantes son una elevada velocidad de sedimentación de la sangre y un aumento de la  $\alpha_2$  de las proteínas séricas como las fosfatasas alcalinas. El tratamiento se practica con corticoides y los pacientes mejoran de forma rápida.

La polimialgia reumática se asocia con la arteritis temporal. La arteritis cursa con dolores de cabeza, trastornos visuales, visión doble, y tensión en la zona superior de la

cabeza, claudicación de los maxilares y dolor de garganta. En ocasiones también presenta fiebre de origen desconocido. Las pacientes responden fácilmente al tratamiento con corticoides, y dado que suelen ser personas mayores, el tratamiento debe siempre asociarse con calcio y vitamina D para evitar la osteoporosis.

### **Deficiencia de vitamina D**

Esta deficiencia puede estar presente en todas las etapas de la vida de mujeres y hombres, y puede interferir en el metabolismo de los huesos y la musculatura,<sup>[193]</sup> provocando dolor muscular generalizado.<sup>[194]</sup> La posibilidad de determinar sus niveles con un análisis de sangre es relativamente reciente, y esta determinación ha permitido constatar que muchas personas presentan niveles deficientes de vitamina D, especialmente en la infancia, lo que ha generado la duda de si existe una epidemia de deficiencia de vitamina D. La formación de la vitamina D no es sencilla. La que a veces se ha llamado «la vitamina del sol» tiene un complejo metabolismo desde que los rayos solares caen sobre la piel hasta convertirse en vitamina D activa en el hígado, el riñón y varias células del cuerpo. Se la considera una hormona funcional, es decir, que actúa dentro de las células de todo el cuerpo tal como lo hacen las hormonas esteroides. Es una vitamina liposoluble, se transporta y transforma en medio graso, por lo que su absorción en el intestino dependerá de la integridad de la mucosa intestinal para absorber las grasas. También se la considera la vitamina de la diferencia, porque es capaz de potenciar la diferenciación celular, limitando, por ejemplo, la conversión de líneas celulares normales en cancerosas. Además, actúa en la potenciación de la inmunidad que defiende al cuerpo de las infecciones, en la limitación de las enfermedades autoinmunes y en la formación del hueso y de la fuerza muscular.

### **¿Cómo se forma la vitamina D?**

Los rayos ultravioletas del sol entran en contacto con la piel cuando caen perpendiculares a esta, estimulando la producción de colecalciferol a partir del colesterol, vía 7-dehidrocolesterol. Posteriormente, en el hígado, se transforma en 25-hidroxivitamina D (calcidiol), se envía a la sangre y llega a tejidos como el riñón, donde se produce la vitamina 1,25 OH<sub>2</sub> D<sub>3</sub>, también llamada calcitriol, y, a partir de ahí, ya está lista para realizar sus funciones en otros órganos. La forma más activa es la 1,25, que se forma en el riñón y en muchas células del cuerpo, pero el metabolito que se produce en el hígado también es activo y modula tanto la formación ósea como la función inmunitaria. Los trabajos de Janet Barger-Lux<sup>[195]</sup> y sus colaboradores demostraron que el metabolito hepático de la vitamina D, el calcidiol, era responsable del 44 % de la eficiencia en la absorción de calcio.



Desde que una persona toma el sol de forma adecuada hasta que se forma la primera vitamina D activa, en el hígado, pueden transcurrir de dos meses a dos meses y medio, dependiendo de la capacidad del hígado para metabolizar el colecalciferol.

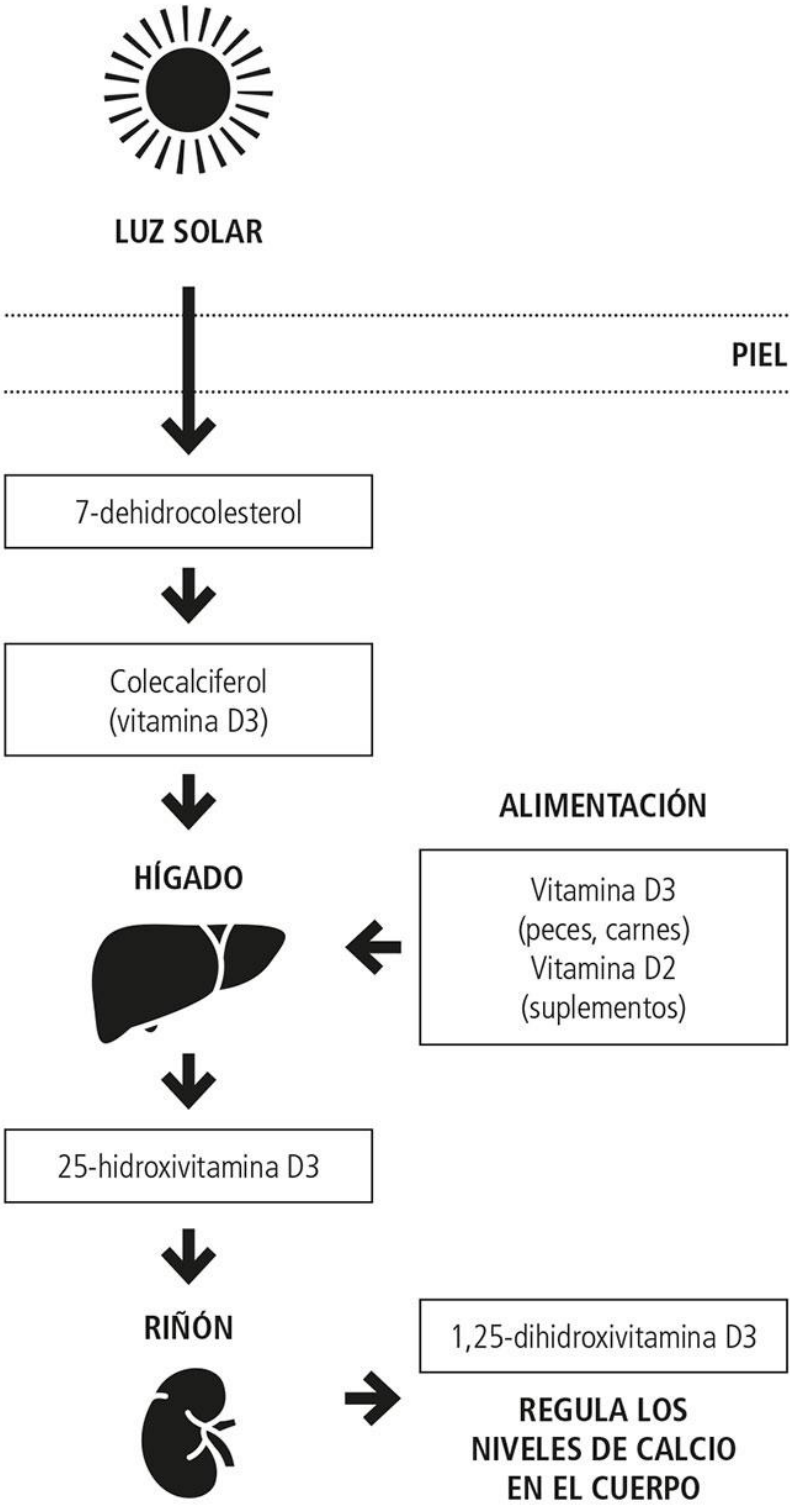
### **Fuentes de vitamina D:**

#### **sol y alimentación**

La cantidad de vitamina D necesaria para el metabolismo del cuerpo humano no se puede captar únicamente a través de la alimentación. Además, los alimentos tales como sardinas, aceite de hígado de bacalao, huevos y leche, que en su estado natural podrían haber aportado algunas unidades de vitamina D y ser un complemento a la toma de sol, actualmente han perdido sus niveles de vitamina D originales por estar tratados (la pasteurización de la leche) o adulterados.

Los alimentos fortificados con vitamina D (tal como se ha hecho en países nórdicos y Estados Unidos, y en algunas marcas de productos lácteos en nuestro país) intentan paliar las deficiencias en la alimentación, pero estos suplementos no son suficientes para suplir las necesidades diarias.

# METABOLISMO DE LA VITAMINA D



La principal fuente de vitamina D es el sol. Tomar el sol diez minutos diarios durante los meses de verano, con medio cuerpo descubierto y en las horas en que el sol cae perpendicular a la piel, es decir, de 12:00 a 16:00 en nuestro horario actual, es la forma de adquirir los niveles de vitamina D necesarios para pasar el invierno. El que los rayos caigan de forma perpendicular a la piel es importante para formar más cantidad de vitamina D.

En los países mediterráneos este horario se suele evitar por el riesgo a contraer melanoma. Son varios los estudios que demuestran déficit de vitamina D en países del área mediterránea, con un 83 % de las mujeres en Grecia y un 86 % de las mujeres en España, frente a un 50 % de los hombres de la misma edad en ambos países.<sup>[196]</sup> Estas cifras contrastan con otras más bajas correspondientes a países europeos de latitudes altas, como refleja el estudio SENECA.

Sin embargo, el papel del sol en la producción del melanoma no está claro. Hay estudios que señalan que precisamente entre la gente que toma el sol cotidianamente el cáncer de piel es menos frecuente, así como el hecho de que los melanomas muchas veces aparecen en zonas no expuestas al sol. Sigue siendo un tema en estudio, y no existe todavía una recomendación clara por parte de la OMS, aunque hay un grupo de trabajo encargado de hacer recomendaciones a nivel internacional.

Las cremas solares a partir de un sistema de protección de 15 a 20 impiden la formación de provitamina D en la piel, ya que bloquean la acción de los rayos ultravioletas, que son los que transforman la provitamina D en el primer metabolito que luego pasará por el hígado. Además, la mayoría de las cremas solares llevan en su composición otras sustancias tóxicas que son disruptores endocrinos.

Por todo lo cual, la recomendación sería tomar el sol cada día sin protección una porción de tiempo pequeña, que podría ir aumentando progresivamente a medida que la propia piel produzca su defensa natural, la melanina, sin llegar nunca a quemarse, y luego protegerse con blusas, sombreros o sombrillas, evitando las cremas solares, que además contaminan los mares.

## **El estado de la piel y el fenotipo**

### **modulan la absorción**

Hasta aquí se ha descrito lo que ocurre en pieles sanas y jóvenes capaces de absorber los rayos del sol y producir vitamina D. Pero no es así en todos los casos.

Por un lado, existen personas que, por sus características de piel, con excesivas pecas o nevus, o por el hecho de haber sufrido algún melanoma o lesiones parecidas, tienen prohibido tomar el sol por parte de sus especialistas en dermatología. En estos casos la toma del sol está contraindicada, por lo que es indispensable tomar suplementos controlados de esta vitamina.

Por otro lado, el grosor de la piel y el envejecimiento de las capas de la dermis que se presenta a partir de los 50 años ya no permiten transformar de forma eficiente la acción del sol, por lo que excederse en tomarlo aumenta las manchas en la cara y en el escote.

Asimismo, los tipos de piel y el denominado fenotipo, que son las características globales de la piel, abarcando desde las pieles muy claras (en personas con ojos azules) a las pieles negras, modulan la absorción de vitamina D al tomar el sol. Hay pieles que, al tomar el sol, adquieren un color rojizo, «se queman» pero no llegan a transformar este color en melanina ni se ponen morenas, por lo que les costará mucho adquirir los niveles adecuados de vitamina D a partir de la toma del sol. De hecho, en los países nórdicos, con pieles más claras y con menos horas de insolación, se suplementa con vitamina D a los niños y niñas durante toda la infancia.

### **¿Cómo actúa la vitamina D en el organismo?**

La vitamina D interviene en el metabolismo fosfocálcico, absorbiendo calcio del intestino e incorporándolo al hueso;<sup>[197]</sup> así regula la formación ósea y de los cartílagos y discos vertebrales, contribuyendo a la prevención de enfermedades de predominio femenino como la osteoporosis, la osteoartritis, la osteopenia y las fracturas de extremidades y vertebra. En niñas y niños previene el raquitismo.

El déficit de vitamina D de más de dos años de duración lleva a un reajuste del metabolismo fosfocálcico, pudiendo aumentar la hormona paratiroidea (PTH), también denominada paratirina, que tiene por misión mantener el calcio constante en sangre y para ello estimula la retirada de calcio de los huesos. Esto produce dolor en los dedos de las manos y de los pies, y dolor y contracturas en la parte superior de la espalda y de los hombros a nivel del músculo trapecio. Su déficit también se manifiesta con debilidad muscular, pérdida de fuerza y cansancio, así como dolor en los puntos de inserción músculo-tendinosa, por lo que antes de hacer el diagnóstico de enfermedades musculoesqueléticas como la fibromialgia o de contracturas musculares del trapecio, se deberían comprobar los niveles de calcidiol y parathormona en sangre.

**Prevención, mortalidad precoz y cáncer La vitamina D puede prevenir enfermedades infecciosas y puede modificar la agresividad de las enfermedades autoinmunes,**

**como enfermedades dermatológicas (psoriasis), lupus eritematoso o las enfermedades respiratorias de carácter alérgico, como la sinusitis y la rinitis, o el asma, incluso severa.[198] Asimismo, puede modular enfermedades autoinmunes como la tiroiditis autoinmune, la hepatitis autoinmune, la tiroiditis de Hashimoto o las pancreáticas (ya que es un factor preventivo de diabetes mellitus). Incluso se ha relacionado con la modulación de enfermedades como la esclerosis múltiple y la esclerosis lateral amiotrófica.**

También es necesaria para evitar la reincidencia de enfermedades respiratorias como gripes de repetición y bronquitis, e infecciones urinarias, ya que estimula las defensas del organismo. Al evitar el exceso de parathormona, evita también el incremento de las litiasis renales, ya que la mayoría dependen del exceso de excreción a nivel renal.

La vitamina D favorece la diferenciación celular, pudiendo intervenir en la regulación de algunos cánceres como el de colon, el de próstata, el melanoma (aunque parezca paradójico, tomar el sol previene el cáncer de piel) y, en general, todos los tumores que impliquen epitelios externos o internos. Juega un papel importante en la formación de dentina y en la protección de la periodontitis, y disminuye la porosidad del diente, por lo que contribuye a la salud dentaria.

La administración de calcidiol, en lugar de la administración de los precursores, mejora de forma más clara la función y la fuerza de las extremidades inferiores y además disminuye la tensión arterial sistólica.[199]

Utilizando la base de datos del Diabetes Prevention Program se compararon los niveles de calcidiol con el riesgo de padecer síndrome metabólico (conjunto de factores de riesgo de enfermedad cardíaca o diabetes mellitus).[200] Las personas participantes con niveles de vitamina D en el tercil más alto tenían menos prevalencia de síndrome metabólico, con aumento de lipoproteínas de alta densidad y glucosa en ayunas más baja, así como mayor sensibilidad a la insulina y menor secreción de la misma. También disminuyen las resistencias a esta hormona. Por otro lado, la deficiencia de vitamina D contribuye a la presentación de mialgias después de la administración de estatinas para disminuir el colesterol.

La doctora Bess Dawson-Hughes,[201] experta mundial en el tema, ha definido los valores sanguíneos de la vitamina D: → Inferiores a 19 ng/ml: insuficiente (la carencia causa raquitismo, mayor riesgo de cáncer y fallos en las respuestas antimicrobianas).

→ 20-29 ng/ml: deficiente.

→ 30-60 ng/ml: normal.

→ 60-100 ng/ml: óptimo.

→ Por encima de 150 ng/ml: tóxica.

Para saber si el organismo de una persona está sintetizando adecuadamente la vitamina D a partir de tomar el sol, lo ideal es hacer un análisis de sangre al final del verano, habiéndose expuesto al sol cotidianamente sin protección (como hemos descrito más arriba). Si los niveles no son óptimos o ni siquiera normales, queda claro que necesitará suplementación.

Existe discusión sobre si los déficits de vitamina D deben tratarse con suplementos de D3 (colecalfiferol), que son los que se asocian a los preparados comercializados con calcio, o deben ser tratados con suplementos del metabolito 25-hidroxi (calcifediol), que es activo y ya no tiene que ser metabolizado por el hígado. Estudios recientes muestran que si se aporta mucha D3 como suplemento se almacena en la célula grasa y se transforma muy lentamente en 25-hidroxi. La farmacocinética de la vitamina D aún no se conoce del todo, pero estudios realizados en el año 2014 por el equipo de la doctora Dawson-Hughes, autora a la que hay que seguir para entender los efectos de la vitamina D sobre la salud, han demostrado que un buen nivel en sangre de 25OHD3 (más de 30 ng/ml) se consigue con calcifediol por vía oral (diario o semanal) al cabo de 16,8 días y en toda la población tratada, mientras que la administración de D3 (colecalfiferol) por vía oral consigue unos niveles adecuados a los 68,4 días, y solo en el 70 % de la población tratada.[\[202\]](#)

El tratamiento con vitamina D conlleva una notable mejora de los síntomas de déficit de esta vitamina, con o sin hiperparatiroidismo. De esta forma, evitaremos la sentencia de un diagnóstico de fibromialgia, que, desgraciadamente, no va asociado a un tratamiento efectivo; a menudo ni siquiera a una mirada compasiva por parte de la sociedad ni de los propios sanitarios. La resolución de los síntomas asociados al tratamiento con vitamina D debería hacernos reflexionar sobre la auténtica naturaleza de la fibromialgia. Su diagnóstico debe realizarse solo después de haber excluido cualquier otra patología que genere dolor generalizado.

Múltiples estudios han relacionado el déficit de vitamina D con la presencia de fibromialgia.[\[203\]](#) La presencia de receptores de 25OH vitamina D3 y su hidroxilación en múltiples áreas del sistema nervioso central está relacionada con la fisiopatología de la fibromialgia y la fatiga crónica.

Actualmente, por tanto, existe la evidencia de que la vitamina D regula las vías del dolor. También existen estudios que correlacionan los niveles de vitamina D con la intensidad del dolor percibido en pacientes con diagnóstico de fibromialgia.<sup>[204]</sup> Además, en nuestra experiencia clínica en consulta, observamos la mejora de los síntomas en nuestras pacientes con la administración de vitamina D. A pesar de todo ello, se insiste en controversias que poco priorizan a las personas y que obligan a las mujeres que sufren dolor a vivirlo como una normalidad.

Existe en este momento una gran controversia sobre la conveniencia de la determinación de vitamina D en personas «sanas». En algunas organizaciones sanitarias los facultativos han sido invitados a no realizar estas determinaciones como si fuera un cribado, sin entender que es un arma de diagnóstico profunda de los estados carenciales y metabólicos. Entendemos el problema del coste, pero un solo mes tratando con psicofármacos un dolor muscular generalizado cubre las determinaciones anuales de vitamina D, una vez al año, durante tres años. Si no atendemos a la deficiencia de vitamina D, hacemos más invisible una de las primeras causas tratables de dolor crónico. No podemos estar de acuerdo con que se limite a los profesionales de atención primaria su determinación y que en cambio el dolor se pueda tratar con opiáceos sin establecer límites claros. ¿Prohibirán tratar bien y alentarán la medicalización?

### **Fibromialgia**

La fibromialgia fue definida<sup>[205]</sup> en 1990 de manera consensuada por el Colegio Americano de Reumatología como un estado doloroso muscular generalizado no articular, que afecta predominantemente a las zonas musculares y la columna vertebral y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos.

La OMS reconoció esta enfermedad en 1992 y la catalogó en la CIE-10 (décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades) con el código M79.0. En 1990, el Colegio Americano de Reumatología organiza una comisión de expertos que, tras calificar y definir el proceso, publica las conclusiones que hoy en día constituyen la norma que deben cumplir los pacientes para ser diagnosticados de fibromialgia.

A pesar de todos estos esfuerzos, la resistencia a definirla como enfermedad diferenciada persiste, y hoy todavía hay sociedades científicas que no la aceptan como tal. Las dudas etiológicas que durante años habían dificultado el camino para llegar a un acuerdo siguen sin resolverse, a pesar de que en la década de 1990 se produjo un importante aumento de publicaciones e investigaciones sobre la fibromialgia.

Los estudios poblacionales realizados en Suecia informan de una prevalencia de un 1 %, y los realizados en Noruega del 10,5 %. En la consulta del reumatólogo, entre un 14 % y un 20 % de los pacientes tienen como primer diagnóstico la fibromialgia. Es más frecuente en mujeres (73-88 %), con una media de edad en el momento inicial que varía entre los 34 y los 57 años, dependiendo de la población estudiada.

**Clínica y diagnóstico de la fibromialgia** El dolor muscular generalizado y el dolor en los puntos de inserción de algunos músculos y sus tendones en el periostio (membrana del tejido conectivo) de los huesos se consideraron en un principio manifestaciones características de la fibromialgia, definiéndose hasta dieciocho puntos gatillo. Pero este último aspecto ha sido discutido y descartado en los últimos quince años. El dolor se considera generalizado cuando se presenta en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y debajo de la cintura (cuatro cuadrantes corporales). Además, debe existir dolor en el esqueleto axial-columna vertebral, en la pared torácica anterior, en la columna dorsal y en la columna lumbar. Con los cambios de los últimos años, la controversia gira ahora en torno a la distribución del dolor en el cuerpo, y se ha establecido la necesidad de describir los grupos musculares afectados, tal como se muestra en los gráficos de la siguiente página.

La distribución del dolor debe tipificar las partes del cuerpo afectadas, y su constatación debería ser llevada a cabo por el profesional al realizar la historia clínica.[\[206\]](#)

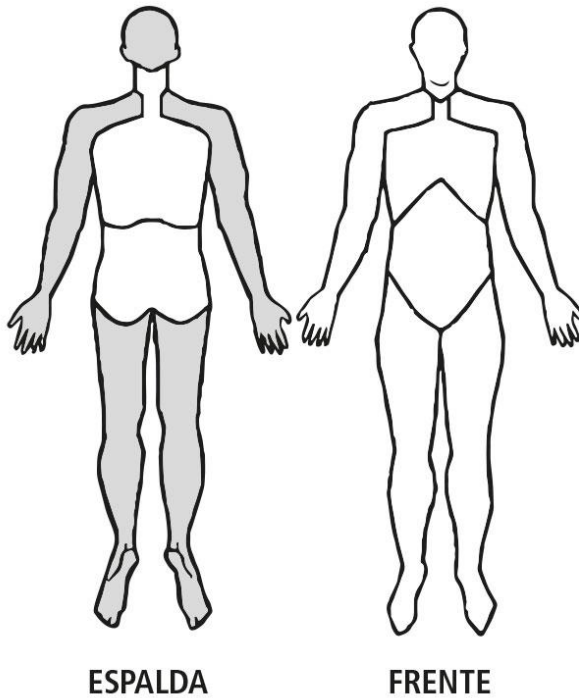
En esta definición de fibromialgia, el dolor de hombro y de nalga debe considerarse en cada lado implicado. Este síntoma debe estar presente durante al menos tres meses, con enfermedad reumatológica concomitante o sin ella. Además, la enfermedad se acompaña de trastornos del sueño, cansancio, cefaleas, alteraciones del ritmo de las deposiciones —que pueden indicar colon irritable— y alteraciones de la memoria y de la capacidad de concentración.

Antes de aceptar este diagnóstico se deberían descartar todas las patologías que puedan provocar dolor muscular generalizado, por lo que ya la decimoctava edición de la guía de diagnóstico clínico *Harrison's Principles of Internal Medicine* (McGraw-Hill, 2012) recomienda realizar una serie de pruebas complementarias para diagnosticar posibles patologías asociadas, que deberían realizarse de forma obligatoria antes de diagnosticar fibromialgia a una persona. En mi opinión, antes de decidir que un hombre o una mujer padece fibromialgia se debería hacer un diagnóstico diferencial de todas las causas de dolor que presentan las mismas características que la fibromialgia. Son muchas las enfermedades que pueden causar dolor muscular y articular, y todas ellas han de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial. Este gran número de enfermedades



explicaría la frecuente demanda por dolor que hacen las mujeres en atención primaria, descrita en mi libro *Mujeres, salud y poder*.[\[207\]](#)

## ÍNDICE DEL DOLOR MUSCULAR DISEMINADO



- Cabeza
- Brazo izquierdo
- Brazo derecho
- Pecho
- Abdomen
- Espalda superior y columna vertebral
- Espalda baja y columna vertebral
- Pierna izquierda
- Pierna derecha

Número de lugares dolorosos del cuerpo. A los pacientes se les pregunta que señalen las áreas en que sienten dolor encima de las figuras. De forma alternativa, los pacientes pueden poner una señal en la lista de los lugares del cuerpo en que sienten dolor. El número de lugares señalados se suma, con un número máximo de 9 lugares del cuerpo. Lesley M. Arnold, Robert M. Bennett, Leslie J. Crofford, Linda E. Dean, Daniel J. Clauw, Don L. Goldenberg, Mary-Ann Fitzcharles, Dduardo S. Paiva, Doland Staud, Piercarlo Sarzi-Puttini, Dan Buskila, Gary J. Macfarlane, «AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia», *The Journal of Pain*, Vol 00, No 00 (), 2018.

Como ya he dicho con anterioridad, muchas de las patologías subyacentes podrían deberse a causas ambientales, por lo que deberían realizarse previamente los diagnósticos adecuados con los correspondientes análisis clínicos. Las personas afectadas, por su parte, deben tener en cuenta que muchas veces el dolor proviene de la mala compensación de una enfermedad subyacente, y que al atribuirlo a una nueva patología desconocida, como la fibromialgia, no se acaba de compensar el problema de base y no se toman las medidas adecuadas, como alejarse de los productos químicos que pueden provocarlo.

## La relación de la fibromialgia con el medio ambiente

Algunos autores creen que el síndrome de fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor, que condiciona una hiperalgesia (percepción exacerbada) a estímulos mecánicos. Llegan a decir, sin poder demostrarlo con pruebas objetivas, que el predominio del dolor entre las mujeres se debe a que estas tienen supuestamente un umbral más bajo de dolor que los hombres. Los «puntos dolorosos» evidentes en la exploración se corresponden con zonas fisiológicamente más sensibles a la presión, como las inserciones tendinosas, donde la mayor percepción del estímulo mecánico se transforma en dolor.

Las causas por las que esto ocurre son desconocidas, pero es probable que sea consecuencia de la interacción de múltiples factores. Para unos autores los mecanismos fisiopatológicos serían periféricos, para otros la alteración estaría a nivel central. En este último caso, los factores psicológicos, los trastornos del sueño y el dolor crónico serían la raíz del problema.

Pero el hecho de que la fibromialgia, el síndrome de sensibilidad química múltiple y el síndrome de fatiga crónica se presenten a la vez en muchas personas ha intrigado a algunos investigadores y ha hecho pensar en un posible origen común. El primer investigador en desarrollar un relato de este posible origen común de las tres enfermedades ha sido el profesor de la Universidad Estatal de Washington Martin Pall, que ha formulado la hipótesis de la peroxidación en exceso como elemento común de la etiopatogenia de estas enfermedades. Su hipótesis, muy sugerente, ha sido corroborada en 2010 por el estudio de la doctora Chiara de Luca<sup>[208]</sup> y su equipo de la Universidad de Roma, así como por los trabajos que hemos realizado en nuestro equipo de investigación del CAPS de Barcelona entre personas afectadas por exposiciones a insecticidas en el lugar de trabajo.

Los trabajos del citado Martin Pall<sup>[209]</sup> y de la profesora Iris Bell,<sup>[210]</sup> de la Universidad de Arizona, señalan la posibilidad de que la fibromialgia sea debida a la exposición a sustancias químicas en los lugares de trabajo (insecticidas, disolventes y otros) que se asocian con frecuencia a la hipersensibilidad química múltiple. La hipótesis fisiopatológica se basa en una agresión repetida a la zona hipotálamo-hipofisaria por microtraumatismos físicos o químicos, que acaban produciendo disrupción endocrina y alteraciones de la inmunidad. Se ha descrito la asociación con el síndrome de Sjögren<sup>[211]</sup> en mujeres que padecían la enfermedad y sensibilidad química múltiple (SQM).<sup>[212]</sup> En 2001, Martin Pall<sup>[213]</sup> publicó que la elevación de peroxinitritos (moléculas

oxidantes) y del óxido nítrico podría ser el nexo común en la etiología de la SQM, la fatiga crónica y el estrés postraumático. El autor también señaló la posibilidad de un mecanismo compartido con la fibromialgia,[\[214\]](#) ya que los peroxinitritos son altamente oxidantes y están distribuidos en todos los tejidos.

En los estudios realizados por nuestro equipo del CAPS se ha podido demostrar que el dolor que presentan las personas expuestas a plaguicidas en el lugar de trabajo evoluciona imitando la clínica de la fibromialgia[\[215\]](#) y que un factor común con la sensibilidad química era la afectación mitocondrial.

En nuestro grupo médico trabajamos para la corrección de estas carencias, junto a las carencias metabólicas, endocrinas y de vitaminas y minerales que puedan alterar de forma subyacente la función de oxidación-reducción de las mitocondrias.

La evolución de la enfermedad muestra resultados variables.

El estudio realizado por Pöyhiä y otros investigadores[\[216\]](#) en Canadá y Finlandia, que ha seguido a ochenta y dos mujeres diagnosticadas de fibromialgia durante tres años, ha concluido que un tercio de las pacientes experimentó una mejora espontánea del dolor. En un estudio randomizado por Richards y Scott en 2002, se constató que el tratamiento físico, sobre todo con ejercicio físico aeróbico graduado, producía más beneficios que la medicación prescrita. Además, a medida que disminuye la utilización de medicación, aumenta el uso de medicinas alternativas.

El curso de la enfermedad es más favorable de lo que se había informado con anterioridad, y se abren dos caminos de esperanza: por una parte, la medicina basada en la evidencia, que puede ayudar a generar métodos diagnósticos seguros; por otra, el creciente asociacionismo de mujeres alrededor de la afectación fibromiálgica o del dolor crónico. Toda asociación es buena, pues genera un grupo de ayuda mutua que no se resigna, que presenta batalla a las enfermedades y que consigue mejores recursos, siempre y cuando se mantenga la mente abierta y, en lugar de encerrarse en la enfermedad, se busquen caminos para salir de ella.

Será una buena época, la que agrupe a las mujeres para mejorar y vivir plenamente su salud, demostrando la alta autoestima que se tienen a ellas mismas. Las asociaciones de mujeres y los profesionales sanitarios debemos potenciarnos mutuamente para iniciar la curación del dolor y del malestar capa a capa, en orden inverso a como han ido entrando en el organismo.

Por el momento, debemos aceptar que el tratamiento ha de ser individualizado, y que tanto este como la rehabilitación deben seguir un proceso como el que han seguido el dolor y el malestar para introducirse en el cuerpo de las mujeres.

Si el tratamiento debe basarse en la causa biológica, en la aplicación de psicoterapia, en gimnasia descontracturante, en la acupuntura o en el yoga, dependerá del momento y aceptación de cada persona; lo importante es que la mujer pueda decidir.

Una mujer dedicada toda su vida a trabajar y a cuidar de los demás necesita empezar a desear, a decidir, a abordar su propio sufrimiento capa a capa, tal como se ha ido introduciendo en su propio cuerpo; sin prisas, pero sin pausas. Y en esta etapa estamos las y los profesionales.

El sesgo de género en el circuito del dolor de las mujeres se manifiesta en continuos errores de diagnóstico, atribuyendo causas psicológicas cuando existen enfermedades orgánicas y viceversa, lo que desemboca en tratamientos erróneos (antiinflamatorios no esteroides, corticosteroides, antidepresivos, etc.) que, al no estar indicados, provocan iatrogenia.

La red de médicas y profesionales sanitarias en género y salud deberá hacer un esfuerzo especial para protocolizar los diagnósticos y los tratamientos del dolor y evaluar los resultados a corto y medio plazo. Se abren caminos de esperanza. Necesitamos elaborar por consenso, entre los profesionales de atención primaria y otros especialistas que intervienen en el abordaje multidisciplinar del dolor, un protocolo eficiente de diagnóstico diferencial. En la esperanza de que las alianzas y la sororidad nos harán más lúcidas, clarividentes y eficaces, debemos buscar la forma de no resignarnos ni aceptar con sumisión un destino que parecía inexorable. Las y los profesionales han de trabajar codo con codo con las asociaciones de personas afectadas para desarrollar una medicina basada en la evidencia que tenga en cuenta los factores biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales del dolor y se proponga identificarlos, para combatir la minusvalía y reinsertar socialmente a las afectadas y los afectados, desplegando una estrategia de prevención que sea capaz de detectar los problemas cada vez más precozmente o de impedir su aparición.

---

[187] Foucault, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Madrid: Siglo XXI, 1999.

[188] Valls-Llobet, C. y M. Botinas, «Afrontando las causas del dolor crónico», *Mujeres y Salud*, 44, 2018, pp. 21-24.

- [189] Greenspan, J. D. *et al.*, «Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report», *Pain*, 132, suplemento 1, 2007, pp. 26-45.
- [190] Fillingim, R. B. *et al.*, «Sex, gender and pain: a review of recent clinical and experimental findings», *The Journal of Pain*, 10(5), 2009, pp. 447-485.
- [191] Valls-Llobet, C. y M. Botinas, *op. cit.*, *Mujeres y Salud*, 44, 2018, pp. 21-24.
- [192] Frankenhaeuser, M., «The psychophysiology of sex differences as related to occupational status», en M. Frankenhaeuser, U. Lundberg y M. A. Chesney (eds.), *Women, Work and Health: Stress and Opportunities*, Nueva York: Plenum Press, 1991, pp. 39-61.
- [193] Farrerons, J. y C. Valls-Llobet, *Vitamina D y salud*, FAES, 1996.
- [194] Valls-Llobet, C., «Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia», *Anuario de Psicología*, 39(1), 2008, pp. 87-92.
- [195] Barger-Lux, M. J., R. P. Heaney, S. J. Lanspa, J. C. Healy y H. F. DeLuca, «An investigation of sources of variation in calcium absorption efficiency», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 80, 1995, pp. 406-411.
- [196] Van der Wielen, R. P. *et al.*, «Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe», *Lancet*, 346(8969), 1995, pp. 207-210.
- [197] Drezner, M. K., «Patient education: vitamin D deficiency (beyond the basics)», *UpToDate*, 2013.
- [198] Nanzer, A. M. *et al.*, «Enhanced production of IL-17A in patients with severe asthma is inhibited by 1 $\alpha$ ,25-dihydroxyvitamin D3 in a glucocorticoid-independent fashion», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 132(2), 2013, pp. 297-304.
- [199] Bischoff-Ferrari, H. A., B. Dawson-Hughes *et al.*, «Oral supplementation with 25(OH)D3 versus vitamin D3: effects on 25(OH)D levels, lower extremity function, blood pressure, and markers of innate immunity», *Journal of Bone and Mineral Research*, 27(1), 2012, pp. 160-169.
- [200] Mitri, J. *et al.*, «Plasma 25-hydroxyvitamin D and risk of metabolic syndrome: an ancillary analysis in the Diabetes Prevention Program», *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(3), 2014, pp. 376-383.
- [201] Dawson-Hughes, B., «Vitamin D deficiency in adults: definition, clinical manifestations, and treatment», *UpToDate*, 2010.
- [202] Jetter, A., A. Egli, B. Dawson-Hughes, H. B. Staehelin, E. Stoecklin, R. Goessl, J. Henschkowski y H. A. Bischoff-Ferrari, «Pharmacokinetics of oral vitamin D(3) and calcifediol», *Bone*, 59, 2014, pp. 14-19.
- [203] Yong, W. C., A. Sanguankeo y S. Upala, «Effect of vitamin D supplementation in chronic widespread pain: a systematic review and meta-analysis», *Clinical Rheumatology*, 36(12), 2017, pp. 2825-2833.
- [204] Aksoy, M. K., L. Altan y B. Ö. Metin, «The relationship between balance and vitamin 25(OH)D in fibromyalgia patients», *Modern Rheumatology*, 27(5), 2017, pp. 868-874.

[205] Wolfe, D. *et al.*, «The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee», *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 1990, pp. 160-172.

[206] Wolfe, D. *et al.*, «The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity», *Arthritis Care and Research*, 62(5), 2010, pp. 600-610.

[207] Valls-Llobet, C., *op. cit.*, Madrid: Càtedra, 2009.

[208] De Luca, C. *et al.*, «Biological definition of multiple chemical sensitivity from redox state and cytokine profiling and not from polymorphisms of xenobiotic-metabolizing enzymes», *Toxicology and Applied Pharmacology*, 248(3), 2010, pp. 285-292.

[209] Pall, M. L. y J. H. Anderson, «The vanilloid receptor as a putative target of diverse chemicals in multiple chemical sensitivity», *Archives of Environmental Health*, 59(7), 2004, pp. 363-375.

[210] Bell, I. R., C. M. Baldwin y G. E. Schwartz, «Illness from low levels of environmental chemicals: relevance to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia», *American Journal of Medicine*, 105(3A), 1998, pp. 74S-82S.

[211] Migliore, A., E. Bizzi, U. Massafra, A. Capuano y L. S. Martin Martin, «Multiple chemical sensitivity syndrome in Sjögren's syndrome patients: casual association or related diseases?», *Archives of Environmental and Occupational Health*, 61(6), 2006, pp. 285-287.

[212] Guidotti, T. E., «The multiple chemical sensitivity behavior pattern and Sjögren's syndrome», *Archives of Environmental and Occupational Health*, 61(6), 2006, pp. 243-244.

[213] Pall, M. L. y J. D. Satterlee, «Elevated nitric oxide/peroxynitrite mechanism for the common etiology of multiple chemical sensitivity, chronic fatigue syndrome, and posttraumatic stress disorder», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 933, 2001, pp. 323-329.

[214] Pall, M. L., «Common etiology of posttraumatic stress disorder, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity via elevated nitric oxide/peroxynitrite», *Medical Hypotheses*, 57(2), 2001, pp. 139-145.

[215] Quadern CAPS temàtic, «Medi ambient i salut», 2008. En: [http://cads.gencat.cat/web/.content/Documents/Publicacions/caps\\_catala.pdf](http://cads.gencat.cat/web/.content/Documents/Publicacions/caps_catala.pdf).

[216] Pöyhiä, R., D. Da Costa y M. A. Fitzcharles, «Pain and pain relief in fibromyalgia patients followed for three years», *Arthritis and Rheumatism*, 45(4), 2001, pp. 355-361.

**La salud de las mujeres mayores de 50 años** Una mujer de 50 años llega a la consulta del equipo de atención integral a la salud de las mujeres, después de haber consultado con dos médicos de primaria y varios especialistas en reumatología, traumatología y psiquiatría. Hace diez años, su marido murió en pocos meses a causa de un cáncer de pulmón, y ella debió hacerse cargo en solitario del negocio de panadería que habían abierto años antes. Empieza a sentir dolores en la espalda y mucho cansancio, que ella misma atribuye a su situación de soledad y al intenso trabajo que debe realizar, ya que se levanta a las cinco de la mañana cada día.

El dolor empieza a hacerse insoportable y acude al médico de familia, que le receta un analgésico y un sedante, ya que ella alega que el dolor le impide dormir por las noches. Continúa sintiéndose mal, y a sus problemas se añade una creciente confusión mental que le impide llevar las cuentas de su negocio, en el que tiene cada vez más dificultades.

Sus hijos le aconsejan que venda el negocio y su casa y se vaya a vivir con ellos a otra ciudad para poder cuidarla. Así lo hace, pero su estado de confusión continúa, y su pena y su sensación de depresión se agravan por el cambio de vecindad, amistades, tiendas. El dolor continúa cada vez más fuerte y se concentra en manos, pies y espalda, aunque ahora ya no trabaja. Visitada por traumatólogos, reumatólogos y psiquiatras, no encuentran ninguna alteración en las pruebas, por lo que le recetan antidepresivos, sedantes e hipnóticos a dosis altas, sin que la paciente aprecie mejoría.

Cuando se le práctica el protocolo de estudio de morbilidad diferencial, en la exploración se aprecia una hiperplasia tiroidea difusa, una disminución de sus reflejos osteotendinosos y múltiples movimientos musculares. La paciente no deja de llorar durante casi toda la consulta y afirma «no poder más» y «que así no vale la pena vivir». La analítica efectuada siguiendo el protocolo aprecia una tiroiditis autoinmune con hipotiroidismo y un exceso de hormona paratifoidea. Tratada con vitamina D y hormona tiroidea, mejora algo su cansancio, pero no su dolor. Una gammagrafía de paratiroides pone de manifiesto un adenoma (tumoración benigna) de la glándula inferior derecha. Se procede a la extirpación quirúrgica. A los dos meses el dolor ha disminuido casi a la mitad, y la confusión mental y la sensación depresiva se han resuelto totalmente, a pesar de que sus circunstancias personales son las mismas que antes.

La morbilidad diferencial de las mujeres mayores de 50 años puede presentar las mismas patologías que en etapas anteriores, ya que hay determinadas alteraciones, como las de la tensión arterial o las del metabolismo de la glucosa, que se pueden

desarrollar desde la juventud. Pero para mejorar la claridad de la exposición agrupo aquí diversas patologías que son predominantes en las mujeres y que, además de afectar a su calidad de vida, son factores de riesgo para la mortalidad diferencial. Estas patologías son la diabetes, la hipertensión, el estrés físico y mental, la osteoporosis, la bioacumulación de insecticidas y xenoestrógenos, el síndrome de fatiga crónica, la ansiedad y depresión y la enfermedad de Alzheimer.

**Diabetes La diabetes es una enfermedad cuya base es el incremento de la glucosa en sangre durante años, debido a alteraciones en la secreción de insulina por el páncreas o por un aumento de la resistencia a la insulina, que no permite que la glucosa penetre dentro de las células y se pueda convertir en energía. La sintomatología inicial de la enfermedad es el cansancio, que se acompaña de aumento del apetito, de la sed y de la diuresis. La persistencia de la glucosa aumentada en el torrente sanguíneo altera la pared interna de los vasos sanguíneos más finos, provocando complicaciones en los ojos, en el corazón y en la circulación de la sangre de las piernas. Además, a largo plazo se desarrollan neuropatías con alteración de la sensibilidad de las extremidades.**

La diabetes mellitus (DM) del tipo 2 se presenta con alta prevalencia entre el sexo femenino mayor de 40 años, relacionada en muchos casos con la obesidad. Otros factores de riesgo demostrados han sido la ausencia de ejercicio físico vigoroso, el tabaco y una dieta poco rica en fibra y con exceso de grasa y azúcares.

A nivel mundial, se considera que hay una prevalencia entre la población blanca, del 3 % al 6 %. A partir de los 50 años aumenta hasta situarse entre el 10 % y el 15 %. La mortalidad por diabetes tipo 2 en España se sitúa entre la tercera y la sexta causa de mortalidad, aunque queda incluida como causa de la mortalidad cardiovascular. En mujeres, la tasa bruta es del 29 % por cada cien mil, y en los hombres del 16 %. Se puede presentar también un incremento de glucemia en sangre durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, lo que se denomina diabetes gestacional, que puede afectar a entre un 2 % y un 12 % de los embarazos.

Como en otros ámbitos de la ciencia médica, llama la atención la falta de datos diferenciados por sexos y por edades en los trabajos de investigación. Tampoco las complicaciones están diferenciadas (solo en algunos casos se diferencia por años de evolución desde el diagnóstico). En general, el interés al analizar los datos de los estudios se centra en hacer globalizaciones de los resultados en la población, y no se comentan las diferencias por sexos y tampoco por edades. En los estudios de diabetes diferenciados por sexos, se observa que la diabetes es más frecuente en los hombres hasta los 49 años, y a partir de los 50 es más prevalente en las mujeres.



En un estudio llevado a cabo en Israel,[\[217\]](#) no se hallaron diferencias significativas entre la mortalidad de hombres y la de mujeres en relación con la presencia de diabetes, que era de un 30 %. Pero sí hallaron diferencias significativas en los cambios metabólicos que se producían en el cuerpo. La mortalidad en las mujeres estaba más ligada a cifras elevadas de hemoglobina glicosilada, mientras que en los hombres se relacionaba con la presencia de microalbuminuria. El ácido úrico y los triglicéridos (grasa que depende de los azúcares ingeridos y de su metabolismo, y que puede ser elevada independientemente del colesterol) aumentaba en los hombres con diabetes II; en las mujeres, en cambio, lo que se incrementaba era la creatinina. En el estudio del Leicester General Hospital,[\[218\]](#) la prevalencia de ceguera en casos de diabetes mellitus era superior en las mujeres que en los hombres, y no existían diferencias por etnia.

La diabetes mellitus ya era considerada como un factor de riesgo para la insuficiencia cardíaca, con una alta mortalidad entre mujeres, y un estudio[\[219\]](#) la ha confirmado como un factor de riesgo directo e independiente entre las mujeres.

Hasta hace pocos años se consideraba una enfermedad dependiente de malos hábitos de nutrición, por comer demasiados hidratos de carbono o demasiadas grasas. Recientes trabajos realizados con animales de experimentación apuntan a que los disruptores endocrinos del medio ambiente pueden ser una causa de la creciente incidencia de la diabetes en la sociedad industrializada.

Estudios epidemiológicos han demostrado una relación entre la presencia ambiental de algunos disruptores endocrinos (como dioxinas, pesticidas y bisfenol A) y un incremento del síndrome metabólico (obesidad abdominal, hipertensión, exceso de lípidos e incremento de glucosa), confirmando lo que ya se había observado en animales de experimentación: que estos disruptores alteran el metabolismo de la glucosa. Después del accidente de Seveso, en Italia —por el cual se liberó al medio ambiente la dioxina TCDD—, se demostró un aumento de riesgo de diabetes mellitus, en especial en mujeres.[\[220\]](#) Años después, también se probó la asociación de la exposición a dioxinas en la guerra de Vietnam y el incremento de resistencia a la insulina y de diabetes mellitus entre los veteranos de guerra.[\[221\]](#) En estudios realizados tomando en consideración la población en general, la prevalencia de diabetes mellitus[\[222\]](#) fue de dos a cinco veces más elevada en individuos con niveles altos de productos orgánicos persistentes en sangre. Algunos derivados perfluorados han demostrado incrementar la diabetes y la enfermedad microvascular.

El hecho de que los estudios epidemiológicos ya estén aportando datos sobre la relación entre los compuestos orgánicos persistentes y los riesgos cardiovasculares de la población ha obligado a la Sociedad Internacional de Endocrinología a realizar una

declaración en la que se solicita el principio de precaución para que todas estas sustancias no se utilicen en productos de la vida cotidiana, como alimentos y cosméticos, o en productos que puedan llegar al agua o al aire.<sup>[223]</sup> Sería recomendable que los especialistas en atención primaria, ginecología y pediatría recomendaran a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas que no consuman productos que puedan contener disruptores, y que las autoridades de salud pública tengan en cuenta también el bisfenol A como un producto que restringir en el mundo, tal como acordó el Convenio de Estocolmo sobre el resto de los compuestos orgánicos persistentes.

A pesar de los últimos trabajos que han estudiado la causa ambiental de la diabetes, aún cuesta que los estudios de investigación sobre los factores de riesgo y las consecuencias de la enfermedad se diferencien por sexo. Se podría decir, a modo de resumen, que la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad de mujeres que se ha estudiado mayoritariamente en hombres, y que faltan estudios sobre factores de riesgo y de evolución de la enfermedad diferenciados por sexo.

**Hipertensión El sesgo de género que preside el inconsciente de muchos profesionales de la medicina y que ha llevado a creer que las mujeres son inmunes a los problemas cardiovasculares ha generado también la idea incorrecta de que la hipertensión arterial era de predominio masculino. Nada más lejos de la verdad. La mayoría de las personas hipertensas son de sexo femenino, con una proporción de dos mujeres con hipertensión — sobre todo por encima de los 50 años — por cada hombre que la padece.**

Las causas de esta hipertensión no están del todo claras, por lo que la posible prevención resulta difícil. ¿Por qué son más hipertensas las mujeres que los hombres? En la era de las explicaciones genetistas como causa de los problemas de salud, ¿podemos explicar el doble de hipertensión entre mujeres por razones genéticas? Existen dos hipótesis que diversos grupos de investigadores están intentando demostrar: la biológica y la social.

La causa biológica está relacionada con el cese de la producción hormonal de progesterona en la menopausia o con su declinar a partir de los 35 años. La progesterona es una hormona que entre sus propiedades tiene una acción antialdosterónica, o sea, que tiene propiedades diuréticas. Su función durante el ciclo menstrual conlleva neutralizar el exceso de retención de líquidos que producen los estrógenos. Cuando en la perimenopausia empieza a disminuir la secreción de progesterona y los ciclos menstruales se hacen más cortos, se inicia la retención de líquidos y de sal (si la ingesta es excesiva), por lo que se crean las condiciones biológicas de la hipertensión. Este tipo de hipertensión se podría neutralizar con la administración

de progesterona natural, por ejemplo, con la aplicación de un gel de progesterona en la piel.

La causa psicosocial de la hipertensión tiene relación con el efecto cardiovascular y neuroendocrino del estrés físico y mental. El grupo de Marianne Frankenhaeuser, del Instituto Karolinska, ya demostró en 1978 que las mujeres ejecutivas, a diferencia de lo que ocurría con sus homólogos masculinos, presentaban patrones de secreción de neurotransmisores que podían causar hipertensión. Durante las mañanas, en el trabajo, tenían unos niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol mucho más bajos que sus compañeros, y unos niveles de tensión arterial que incluso disminuían cuando llegaban al trabajo. Por la tarde, al llegar a su hogar, los varones disminuían sus niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol, así como de tensión arterial, mientras que en las mujeres aumentaban, sobre todo el de adrenalina (tres veces el nivel basal), y estos niveles altos se mantenían en la noche. Esta situación, sostenida durante meses y años, condiciona riesgos cardiovasculares y de hipertensión, sobre todo de las siete de la tarde a las siete de la mañana siguiente. Esta hipertensión de predominio femenino se relaciona con el hecho de que a esas horas ellas se hacen cargo del trabajo doméstico, ya sean ejecutivas, administrativas o amas de casa. Estas causas de hipertensión han permanecido invisibles, pues no se han investigado las diferentes manifestaciones entre mujeres y hombres.

### **Hiperparatiroidismo secundario por deficiencia clínica y subclínica de vitamina D**

Esta patología está presente en todas las edades de la vida de los seres humanos. Produce discretos hiperparatiroidismos secundarios al déficit de vitamina D y miopatía periférica.[\[224\]](#) Se calcula que a partir de los 50 años un 38 % de la población femenina puede presentar déficit subclínico de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario, y a partir de los 70 años podría llegar a afectar al 70 % de la población, tanto masculina como femenina. Su descripción se ha realizado en el capítulo anterior.

**Osteoporosis** La osteoporosis se define como una reducción de la masa o densidad ósea. Esta reducción de la masa ósea se acompaña de un deterioro de la arquitectura del esqueleto, lo que conduce a un incremento del riesgo de fracturas. Actualmente se define como una reducción de la densidad ósea de 2,5 desviaciones estándar (SD) de la media de las densidades correspondientes a la edad del sujeto.

El riesgo de osteoporosis en las mujeres después de los 50 años es mucho más alto que en el hombre de la misma edad, y en algunas mujeres la densidad ósea puede disminuir

bruscamente después de la menopausia. La proporción de osteoporosis es de cuatro mujeres por cada hombre. Puede afectar al 30 % de las mujeres de los países del norte de Europa y América. No son definitivos los estudios de población en España. También se presenta en hombres y mujeres con enfermedades o factores de riesgo que favorezcan la desmineralización ósea.

Existen dos tipos de tejido óseo: el *trabecular*, en forma de malla, que da consistencia a huesos que deben soportar mucho peso, como el tejido que rellena los huesos vertebrales; y el *cortical*, que como la corteza de un tronco tapiza y refuerza los huesos largos, como los del fémur y los huesos de las extremidades. Las consecuencias de la osteoporosis son las fracturas: las del radio (antebrazo y muñeca), que se presentan ya desde antes de los 50 años (fractura de Colles); las fracturas vertebrales, que aumentan su incidencia a partir de los 60 años; y las fracturas de fémur, que se duplican cada cinco años a partir de los 70 años. La masa ósea se forma y se destruye a diario. La formación depende de unas células denominadas osteoblastos, y la destrucción de unas células denominadas osteoclastos.

Su remodelación depende del ejercicio físico, del aporte de calcio, vitamina D y proteínas, y solo en parte del estado hormonal. Los estrógenos se han demostrado útiles para impedir la pérdida ósea rápida, sobre todo después de la extirpación quirúrgica de los ovarios, pero no para la formación del hueso.

La progesterona natural es una hormona osteogénica capaz de formar hueso desde los primeros momentos de la pubertad. La densidad ósea de la columna vertebral (hueso trabecular) depende más de factores hormonales. La densidad del hueso del fémur (cortical), por el contrario, depende de los niveles de calcio y de vitamina D.

Existe un gran número de enfermedades que pueden colaborar en la presencia de osteoporosis desde etapas muy jóvenes de la vida. Cuando una persona presenta dolor óseo o deformidad de la columna vertebral o de alguna articulación en las extremidades (como el arqueamiento de las rodillas), se debe pensar en una posible osteoporosis, sea cual sea la edad y el sexo de las personas afectadas. Ha sido muy frecuente considerar que la osteoporosis solo se presenta entre mujeres después de la menopausia, por lo que en este pequeño apartado quisiera demostrar que las causas de la osteoporosis son múltiples y diversas, y que se podría prevenir y a veces evitar si se le prestara más atención.

Entre estas causas están: los estados con hipofunción de las gónadas (ovarios o testículos); enfermedades endocrinas; deficiencia de nutrición o enfermedades gastrointestinales; enfermedades reumatológicas; enfermedades hematológicas

malignas; enfermedades hereditarias raras. Otras enfermedades o disfunciones como el síndrome de Turner y el de Klinefelter (que son malformaciones congénitas), la anorexia nerviosa, la amenorrea hipotalámica o el exceso de prolactina también pueden producir osteoporosis desde edades muy jóvenes, y se trata de patologías que se presentan de forma mayoritaria o exclusiva en mujeres.

Existen múltiples enfermedades endocrinas que pueden estar implicadas en la formación y resorción ósea; las más frecuentes son las relacionadas con la función tiroidea, como el hipotiroidismo y el hipertiroidismo (tirotoxicosis), las insuficiencias o excesos de producción de las glándulas suprarrenales, el exceso de formación de hormona del crecimiento (acromegalia) y la diabetes mellitus insulino dependiente.

Las deficiencias de nutrición o las enfermedades gastrointestinales pueden producir osteoporosis por déficit de absorción de los nutrientes esenciales para la formación ósea, como el calcio, la vitamina D, el fósforo, el flúor y la matriz proteica del hueso.

Estos estados se presentan en la población que se nutre de forma deficiente, o en personas que reciben nutrición a través de sondas (parenteral). También se produce osteoporosis en las personas que presentan enfermedades que implican malabsorción, como las inflamaciones intestinales (enteritis), gastritis crónica con anemia perniciosa, enfermedades hepáticas o extirpación parcial o total del estómago o del intestino. Las enfermedades reumatológicas que también pueden acompañarse de osteoporosis son la artritis reumatoide y la espondilitis anquilopoyética. Las enfermedades hematológicas malignas que se acompañan de osteoporosis son el mieloma múltiple, el linfoma y la leucemia, la mastocitosis, la hemofilia y la talasemia. Algunas enfermedades congénitas pueden acompañarse de osteoporosis, aunque son enfermedades raras.

Por último, existen causas muy frecuentes de osteoporosis que se podrían prevenir fácilmente, como el tabaco, el alcohol y la vida sedentaria. En mujeres fumadoras de un paquete diario se ha comprobado la pérdida de más de dos desviaciones estándar, incluso desde los 25 años, y esta pérdida no se puede compensar si no dejan el hábito tabáquico.

El ejercicio físico moderado mantiene la agilidad articular y la fuerza física necesaria para evitar obstáculos o para sortearlos. Muchas de las fracturas que se producen en la tercera edad son debidas a la falta de agilidad y podrían haberse evitado con una mejor preparación física. Un ejercicio extenuante —más de ocho horas diarias de ejercicio fuerte— puede incrementar la osteoporosis en el sexo femenino, por la anovulación que se produce.

Investigaciones recientes<sup>[225]</sup> señalan un efecto de la contaminación ambiental con partículas pequeñas PM 2,5 en la deformación del hueso trabecular de los huesos.

**Bioacumulación de insecticidas y xenoestrógenos** Las sustancias químicas ambientales en los lugares de trabajo o en el medio ambiente, ya sean pesticidas o disolventes, pueden afectar al sistema nervioso central y la placa muscular, provocando una miopatía a medio y largo plazo. Cuando la exposición ha sido a insecticidas o productos con moléculas de cloro, sobre todo en los casos de exposición a organofosforados que contengan cloro, las secuelas más importantes son sobre el sistema nervioso central y periférico. Las personas afectadas sienten calambres y pérdida de fuerza en las extremidades superiores e inferiores, así como dolor. El árbol respiratorio también queda afectado y tienen irritabilidad de garganta, sinusitis crónica y tos de repetición que puede prolongarse meses o años después de la exposición.

Las mujeres quedan afectadas con más secuelas que los hombres por el hecho de que su sistema nervioso central ya tiene una ferritina más baja, lo que lo hace más vulnerable a las intoxicaciones, pero también porque la mayoría de estos productos se acumulan en las células grasas, a veces durante años, y anatómicamente las mujeres tienen una proporción de células grasas mayor que los hombres. Además, como estos productos son xenoestrógenos, producen alteraciones en la menstruación (más abundantes y con ciclo cortos) y aumentan los fenómenos autoinmunes. En una serie de 154 mujeres afectadas, un 83 % llegó a presentar una tiroiditis autoinmune. Se presentan también alteraciones en la función hormonal hipofisaria, con incremento de la hormona del crecimiento y, en algunos casos, tumores hipofisarios. La mayoría presenta después una alta sensibilidad a productos químicos ambientales: colonias, aerosoles, hidrocarburos de los coches, *etc.* Se ha denominado a esta afectación intolerancia ambiental idiomática o síndrome de hipersensibilidad química múltiple. Dada la cantidad de sistemas afectados y la plurisintomatología, estas mujeres han sido a menudo diagnosticadas de histeria, ansiedad, depresión o trastornos psicósomáticos, a veces durante años, y la falta de ciencia ha impedido que se las relacionara con exposiciones a sustancias en el medio ambiente laboral o doméstico.<sup>[226]</sup>

**Ansiedad y depresión** El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva<sup>[227]</sup> en todos los grupos de edad, con una ratio de riesgo mujer/varón de 2:1.<sup>[228]</sup> Aunque se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres, su etiología no está claramente comprendida. En estudios realizados en nuestro medio sobre población anciana, se han encontrado síntomas de depresión mayor en el 19,6 % de los varones y en el 46 % de las mujeres. Según sus responsables, los factores de riesgo estudiados no justifican esta diferencia

**de prevalencia, por lo que sugieren la importancia de la definición cultural de los roles de género como posible explicación.**[\[229\]](#)

Los últimos estudios sobre las causas de esta diferencia apuntan a la necesidad de estudiar el efecto conjunto de las características biológicas y de las experiencias vividas por razón de género. Cada vez se conocen más los efectos de la doble jornada laboral y doméstica. Las mujeres con una posición baja en las escalas de ocupación, con un bajo control sobre el trabajo doméstico y un bajo control sobre el trabajo asalariado, tienen mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad.[\[230\]](#) El tipo de contrato laboral y la precariedad del trabajo se relacionan con un peor estado de salud mental, según datos bien consolidados en la investigación que realizó la doctora Lucía Artazcoz en el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona.[\[231\]](#)

Dentro de las «obligaciones de género» destaca por su coste en salud el papel de las mujeres como cuidadoras. El cuidado de las personas enfermas de la casa recae en la mayoría de los casos sobre las mujeres, siendo una de las obligaciones domésticas que menos se comparten. En el Nurses' Health Study se observó que las mujeres que dedicaban mayor tiempo al cuidado de parientes discapacitados tenían el doble de sintomatología ansiosa o depresiva. Cuando el cuidado era hacia el esposo enfermo, los síntomas aumentaban en seis veces.[\[232\]](#)

Entre las manifestaciones depresivas de la mujeres, queremos destacar, por su especificidad, la depresión posparto, con una prevalencia estimada de un 15 %. Diversos factores se han implicado en su patogénesis, pero entre ellos destacan los antecedentes de depresión, un puntaje alto en la escala de acontecimientos vitales y la falta de apoyo social expresada por una mala relación con la pareja.[\[233\]](#)

A la salud mental de las mujeres y sus agresiones vamos a dedicar un capítulo entero en este libro, pero es importante citarlo en este apartado, porque es muy frecuente que cualquier demanda realizada por mujeres con diversos síntomas sea tratada o acompañada con psicofármacos.

También hemos de señalar los profundos estudios realizados en los últimos años sobre el desarrollo de la subjetividad de mujeres, hombres y personas transgénero. Se ha de destacar el excelente estudio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,[\[234\]](#) coordinado por María Teresa Climent Clemente y por Marta Carmona Osorio, sobre transpsiquiatría y abordajes *queer* en salud mental.

**Síndrome de fatiga crónica** El síndrome de fatiga crónica se ha definido como una fatiga inexplicada y persistente que se inicia en un momento dado y que no tiene

**relación con el ejercicio físico. No mejora con el reposo. Las personas que lo padecen no pueden realizar actividades laborales, sociales, educativas ni personales, y presentan cuatro o más de entre los siguientes síntomas en los seis meses anteriores a la visita médica: pérdida de memoria y de capacidad de concentración; dolor de garganta; adenopatías engrosadas en cadena cervical anterior, que son los ganglios que cubren la zona del cuello y de la faringe y laringe, o engrosamiento de los ganglios axilares; dolor muscular; dolor poliarticular sin enrojecimiento o hinchazón; dolores de cabeza con nuevas formas de manifestación o gravedad; sueño no reparador; malestar que dura más de veinticuatro horas después del ejercicio. Esta sintomatología ha sido denominada «criterios de Fukuda», para el diagnóstico de fatiga crónica, por el doctor que la estableció en 1994.[\[235\]](#)**

La historia natural de la fatiga crónica verdadera se presenta con una gran astenia brusca después de una infección faríngea o del árbol respiratorio, o después de una mononucleosis. Una vez acabada la infección inicial, el paciente presenta alteraciones en la capacidad de concentración y de memoria, así como alteraciones en el sueño. La actividad física excesiva empeora los síntomas. No suele haber antecedentes de dolor de espalda o de dolor de cabeza. En muchos casos se trata de personas con alto nivel de funcionamiento que ven frenada bruscamente su actividad con la enfermedad.

En 1992, el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos sugirió modificar estos criterios para excluir a personas con psicosis y drogadicciones. Pero, en cambio, lo que se hizo fue incluir la fibromialgia, los trastornos psicosomáticos, la ansiedad y la depresión. Con estas modificaciones se reconoció que existe un solapamiento notable entre el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia. De forma similar, el 70 % de los pacientes con fibromialgia también reúne criterios clínicos para la fatiga crónica. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), junto a un grupo de estudio internacional, revisaron la definición en 1994, añadiendo que los pacientes debían presentar una astenia persistente e inexplicada. Estos criterios diagnósticos están actualmente en estudio para determinar su validez.[\[236\]](#)

El síndrome se presenta en personas de edad joven y de mediana edad, y es el doble de frecuente entre mujeres. Puede darse de forma aislada, aunque a veces se presenta como brotes, que se han denominado neuromiastenia o encefalomiелitis miálgica.

A los profesionales de la medicina se les recomienda que realicen un exhaustivo examen físico y que aconsejen a los pacientes que controlen la temperatura y el peso. Entre las analíticas recomendadas por los especialistas en la materia figuran: hemograma y recuento diferencial de glóbulos blancos, velocidad de sedimentación



globular, ferritina, bioquímica general, hormona estimulante del tiroides (TSH) y otras pruebas diagnósticas si están clínicamente indicadas. El diagnóstico del síndrome de fatiga crónica se realiza por exclusión y en pacientes con historia típica y sin alteraciones en los exámenes físicos o en las analíticas.

En el grupo de personas afectadas por exposición laboral a pesticidas y disolventes, que he seguido durante veinte años, ya había comprobado que las personas (mayoritariamente mujeres) que desarrollaban síndrome de fatiga crónica tenían alteraciones en el funcionamiento de las mitocondrias, que podía objetivar por medio de la determinación del ácido láctico y pirúvico, y de la ratio entre estas dos determinaciones. La doctora Sarah Myhill ha propuesto la disfunción mitocondrial<sup>[237]</sup> como una de las principales causas del síndrome de fatiga crónica/encefalomielitis miálgica, y para ello propone la determinación del ATP y su metabolismo como prueba objetiva de la fatiga. En su libro<sup>[238]</sup> sobre el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de fatiga crónica propone diversos tratamientos que mejoran la fatiga combinando vitaminas y antioxidantes. Utiliza un subtítulo muy clarificador: «No es la hipocondría, es la mitocondria». Su experiencia después de haber tratado a miles de personas demuestra que más de un 80 % de los pacientes pueden mejorar de forma significativa.

### **La fatiga crónica y la exposición a tóxicos en el medio ambiente**

La etiología del síndrome de fatiga crónica permanece desconocida hasta la actualidad, pero, dada la asociación con la fibromialgia y la sensibilidad química múltiple (SQM), numerosos autores creen que comparten en muchos casos un mecanismo común, que estaría situado en la afectación mitocondrial que transforma el alimento en energía en todas las células del cuerpo. El profesor Martin Pall<sup>[239]</sup> ya señaló en 2001 que el síndrome de fatiga crónica, la SQM, la fibromialgia y el síndrome de estrés postraumático son patologías que con frecuencia se presentan juntas en las mismas personas, son comórbidas y comparten muchos síntomas en común. Estas cuatro enfermedades comparten también una misma forma de iniciación. Cada una puede empezar por un estresor (evento estresante) que actúa durante un tiempo que incluso puede ser corto, pero que produce unas alteraciones clínicas que duran años o incluso toda la vida. El profesor Martin Pall opina que los estresores incrementan los niveles de óxido nítrico y su producto oxidante, el peroxinitrito, desencadenando alteraciones en el mecanismo de modificación de la oxidación celular y la formación de citoquinas. Estas citoquinas también se desencadenan cuando tenemos inflamaciones de origen viral, como en una gripe, produciendo una gran fatiga y sensación de aplastamiento

muscular. Propone que el tratamiento se concentre en disminuir la oxidación celular, que también puede ser causa del envejecimiento precoz de las personas.

Martin Pall señala como estresores causantes de la iniciación del síndrome de fatiga crónica las infecciones virales, las infecciones bacterianas, los traumas físicos, el estrés psicológico grave, la exposición a monóxido de carbono, la exposición a insecticidas organofosforados, la exposición a ciguatoxina y la infección por el toxoplasma (protozoo) que produce toxoplasmosis. Aunque el inicio del síndrome de fatiga crónica se había relacionado en primer lugar con las infecciones virales y bacterianas, puede ocurrir que dichas infecciones se presenten en personas que ya están afectadas en su fisiología por exposiciones a los tóxicos ambientales que se han descrito a lo largo de este libro. Estas personas serían más vulnerables y podrían cronificar la enfermedad.

En nuestro grupo de investigación del CAPS, al estudiar a personas afectadas por insecticidas en el lugar de trabajo que desarrollaron un síndrome de fatiga crónica — con un seguimiento a lo largo de dieciocho años desde la exposición inicial—, hemos encontrado las mismas alteraciones en la valoración de la fuerza muscular por medio de la espectrometría inferior a infrarrojos que las alteraciones que se han encontrado con la misma técnica en personas afectadas por el síndrome de fatiga crónica<sup>[240]</sup> de origen no ambiental. En estos casos la fatiga tendría un origen ambiental por exposición laboral o doméstica a productos que pueden ser tóxicos para las mitocondrias o xenobióticos.

## **Enfermedad de Alzheimer**

### **y las demencias**

La enfermedad de Alzheimer, que aumenta progresivamente a partir de los 65 años y deteriora el funcionamiento cerebral, la memoria y la capacidad de concentración, se está incrementando en nuestra sociedad en parte por el mayor envejecimiento de la población y en parte por la mejoría en las técnicas de diagnóstico, ya que anteriormente quedaba a menudo subsumida en el grupo general de las demencias.

Las causas de la enfermedad de Alzheimer no están claras, pero se ha comprobado que predomina más en el sexo femenino, si bien desconocemos el porqué de esta diferencia de sexos. Tampoco se ha encontrado una forma de prevenirlo. Dadas las placas de tejido amiloide que se encuentran en el cerebro de las personas afectadas, se especula con la posibilidad de que sus causas apunten a fenómenos autoinmunes, mucho más frecuentes en el sexo femenino, o a carencias metabólicas de las mujeres que se habían despreciado previamente como posible causa de problemas neurológicos. En un reciente estudio<sup>[241]</sup> se ha podido relacionar la hemoglobina baja y la falta de hierro

como factor de riesgo de la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Esta relación, que ha podido ser confirmada, daría la razón a todo el trabajo realizado para denunciar el olvido de la morbilidad diferencial en relación con las anemias ferropénicas y las ferritinas bajas en mujeres en las etapas jóvenes de la vida. En este sentido, la prevención de las demencias de las etapas adultas de la vida debería empezar corrigiendo las ferropenias y los excesos de sangrado en el ciclo menstrual.

En la medida en que los estudios epidemiológicos no se han hecho con la premisa de que las enfermedades podían manifestarse de forma distinta entre mujeres y hombres y de que existen enfermedades que se presentan entre mujeres de forma prioritaria —sin olvidar la exclusividad de los trastornos de menstruación—, la morbilidad femenina ha permanecido invisible. Falta ciencia y faltan tratamientos para estos problemas precisamente porque han permanecido invisibles. Pero, además, como sus manifestaciones son sutiles e insidiosas, se confunden con trastornos psicossomáticos o con estados de ansiedad o depresión, lo que hace mucho más difícil que se investiguen claramente las relaciones entre los síntomas y sus causas orgánicas, clínicas y subclínicas, que permanecen solapadas.

No se debería diagnosticar a una mujer de un trastorno psicossomático sin haber analizado a fondo todas las patologías descritas anteriormente.

[217] Biderman, A. *et al.*, «Sex differentials in predictors of mortality for patients with adult-onset diabetes: a population-based follow-up study in Beer-Sheva, Israel», *Diabetes Care*, 23(5), 2000, pp. 602-605.

[218] Hayward, L. M. *et al.*, «What is the prevalence of visual impairment in the general and diabetic populations: are there ethnic and gender differences?», *Diabetic Medicine*, 19(1), 2002, pp. 27-34.

[219] Ohkuma, T., Y. Komorita, S. A. E. Peters y M. Woodward, «Diabetes as a risk factor for heart failure in women and men: a systematic review and meta-analysis of 47 cohorts including 12 million individuals», *Diabetologia*, 62(9), 2019, pp. 1550-1560.

[220] Bertazzi, P. A. *et al.*, «Health effects of dioxin exposure: a 20-year mortality study», *American Journal of Epidemiology*, 153(11), 2001, pp. 1031-1044.

[221] Kern, P. A., S. Said, W. G. Jackson Jr. y J. E. Michalek, «Insulin sensitivity following agent orange exposure in Vietnam veterans with high blood levels of 2,3,7,8-tetrachlorodibenzo-p-dioxin», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(9), 2004, pp. 4665-4672.

[222] Lee, D. H. *et al.*, «A strong dose-response relation between serum concentrations of persistent organic pollutants and diabetes: results from the National Health and Examination Survey 1999–2002», *Diabetes Care*, 29(7), 2006, pp. 1638-1644.

- [223] Soto, A. M. y C. Sonnenschein, «Environmental causes of cancer: endocrine disruptors as carcinogens», *Natural Reviews. Endocrinology*, 6(7), 2010, pp. 363-370.
- [224] Consultar Farrerons, J. y C. Valls-Llobet, *op. cit.*, FAES, 1996.
- [225] Ranzani, O. T., C. Milà, B. Kulkarni *et al.*, «Association of ambient and household air pollution with bone mineral content among adults in peri-urban South India», *JAMA Network Open*, 3(1), 2020, e1918504.
- [226] Valls-Llobet, C., *op. cit.*, Madrid: Cátedra, 2018.
- [227] Zung, W. W., W. E. Broadhead y M. E. Roth, «Prevalence of depressive symptoms in primary care», *Journal of Family Practice*, 37(4), 1993, pp. 337-344.
- [228] Kessler, R. C., «Epidemiology of women and depression», *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 2003, pp. 5-13.
- [229] Zunzunegui, M. V., F. Béland, A. Llácer y V. León, «Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(5), 1998, pp. 195-205.
- [230] Griffin, J. M., R. Fuhrer, S. A. Stansfeld y M. Marmot, «The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class?», *Social Science & Medicine*, 54, 2002, pp. 783-798.
- [231] Artazcoz, L., E. Cirera, C. Borrell, C. Coll, I. Rohlfs y J. R. Villalbí, «Doble jornada y diferencias de género en la salud mental de la población trabajadora», *Gaceta Sanitaria*, 13, 1999, p. 9092.
- [232] Cannuscio, C. C., C. Jones, I. Kawachi, G. A. Colditz, L. Berkman y E. Rimm, «Reverberations of family illness: a longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the Nurses' Health Study», *American Journal of Public Health*, 92(8), 2002, pp. 1305-1311.
- [233] Eberhard-Gran, M. *et al.*, «Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 2002, pp. 426-433.
- [234] Climent Clemente, M. T. y M. Carmona Osorio (coords.), «Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental», Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018.
- [235] Fukuda, K., S. E. Straus, I. Hickie, M. C. Sharpe, J. G. Dobbins y A. Komaroff, «The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group», *Annals of Internal Medicine*, 121(12), 1994, pp. 953-959.
- [236] Gluckman, S. J., «Patient information: chronic fatigue syndrome», *UpToDate*, 2013. En: <http://www.uptodate.com/contents/chronic-fatigue-syndromebeyond-the-basics>.
- [237] Booth, N. E., S. Myhill y J. McLaren-Howard, «Mitochondrial dysfunction and the pathophysiology of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)», *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 5(3), 2012, pp. 208-220.

[238] Myhill, S., *Diagnosis and Treatment of Chronic Fatigue Syndrome*, ed. revisada, Londres: Hammersmith Health Books, 2015.

[239] Pall, M. L., *op. cit.*, *Medical Hypotheses*, 57(2), 2001, pp. 139-145.

[240] McCully, K. K., S. Smith, S. Rajaei, J. S. Leigh Jr. y B. H. Natelson, «Muscle metabolism with blood flow restriction in chronic fatigue syndrome», *Journal of Applied Physiology*, 96(3), 2004, pp. 871-878.

[241] Wolters, F. J., H. I. Zonneveld, S. Lichers *et al.*, «Hemoglobin and anemia in relation to dementia risk and accompanying changes on brain MRI», *Neurology*, 93(9), 2019, pp. e917-e926.

# 13

## La salud laboral:

### lo invisible que hace daño

*En el terreno de la salud en relación con el trabajo, el estatuto de las ciencias biomédicas permanece privilegiado, por lo que, tanto en el medio laboral como en los tribunales, la opinión de los expertos prima sobre las experiencias de las trabajadoras y los trabajadores. Además, las cuestiones de indemnización y prevención de los problemas de salud en el trabajo están sometidas a presiones políticas y económicas evidentes para hacer callar a las asalariadas y asalariados en provecho de los grupos de interés más fuertes, los empleadores.*

KAREN MESSING[242]

*La visibilidad y la objetivación del acoso sexual siguen siendo difíciles de conseguir. La verbalización de las situaciones se enfrenta a barreras personales y/o colectivas y organizacionales, y se identifica una distancia importante entre el discurso político sobre el acoso sexual y la percepción o conciencia que tienen de ello las mujeres [...]. La vivencia de situaciones de tipo sexual ofensivas, molestas o irrespetuosas es expresada de forma recurrente por un colectivo de mujeres representativo de diversos sectores laborales, aunque se ha de señalar la escasa o nula utilización de la denuncia por parte de las mujeres que han sufrido una situación de acoso.*

CARME ALEMANY[243]

*Las chicas del radio originales se parecían a Casandra en los poderes, y como le sucedió a Casandra, tampoco a ellas les prestaron atención en sus profecías. Las normas de seguridad solo te protegen si la compañía para la que trabajas las aplica [...]. Los inspectores detectaron unos niveles de radiación 1.666 veces superiores al umbral de seguridad [...]. Del centenar de trabajadoras, setenta y cinco habían muerto. El índice de casos de cáncer era el doble de lo normal.*

KATE MOORE[244]

**M**argarita es una mujer médica de 28 años que ha acabado su especialidad en Psiquiatría y busca trabajo. Encuentra un centro privado que tiene concierto con la Seguridad Social en una zona suburbial de una gran ciudad. Inicia su trabajo como asalariada del centro, en el que trabaja junto con dos psicólogas y una asistente social. El centro tiene dos psiquiatras más, uno de ellos es el director médico. Al cabo de unos meses, Margarita empieza a notar ciertas insinuaciones y comentarios sobre su figura o sobre cómo va vestida por parte del director del centro. Ella las rechaza de plano, pero una de las psicólogas le explica que pasó lo mismo con otra médica hace ya más de un año y que acabó despedida. Margarita contesta que tiene sus derechos, pero comprueba que ya no se le derivan pacientes nuevos y que la forma en que realiza su trabajo es criticada por los compañeros. Lo que hace seis meses les parecía perfecto es ahora mal considerado. Se la obliga a rehacer sus historias clínicas y a reordenar los archivos, cuando no eran las tareas por las que entró en el centro. Cuando se queja, se le dice que si no está contenta puede marcharse. No se atreve a denunciar su situación ni sabe dónde hacerlo. Ninguna compañera acepta ser testimonio en caso de denuncia, porque creen que perderán el lugar de trabajo.

He presentado una reclamación por la destrucción de mis rodillas por efecto de las vibraciones, porque he trabajado muchas horas sobre una plancha que vibra. Se me ha sugerido que, debido a mi edad, el nivel de calcio o su insuficiencia en mis piernas podría ser la causa, y que quizás una mujer de mi edad no debería haber sido enviada aquí [...]. En el momento actual, no hay ninguna mujer médico en los comités de revisión de la oficina de compensación de los trabajadores que pueda contrarrestar cualquiera de sus decisiones. Antes de que una mujer consiga culminar su batalla a través de una panoplia de abogados hombres que no la creen, para enfrentarse seguidamente a estos «viejos chicos», empieza a dudar de si su reclamación es justa.

Carta de CARRIE CHENIER, trabajadora del metal

de Metalúrgicos Unidos de América

### **La salud de las mujeres en relación con el trabajo ha permanecido invisible durante décadas**

En la década de 1980 se iniciaron las investigaciones en salud ocupacional, en las que se empezó a valorar si algunos factores ambientales (ruido, frío, calor, sustancias químicas) tenían relación con las enfermedades que presentaban los trabajadores. Con resistencias, pues los empresarios no querían reconocer que las condiciones de trabajo podían causar enfermedades, una nueva especialidad médica surgió con fuerza, la denominada salud ocupacional.

De la misma forma que se ha descrito para la especialidad de cardiología, y dado que la mayoría de las profesiones en las que se consideraba que existían riesgos estaban ocupadas por hombres, los trabajos de investigación y valoración de exposición laboral a riesgos solo incluyeron a los representantes del sexo masculino. Se consideró, sin ninguna base científica, que era imposible que las mujeres sufrieran enfermedades relacionadas con las condiciones de trabajo, ya que habitualmente se dedicaban a profesiones con escaso riesgo o a tareas «livianas», mientras que los hombres, que son los que trabajan en la construcción o la minería, estaban expuestos a riesgos muy importantes, como lo demostraba y demuestra el elevado índice de mortalidad en estas profesiones.

Sin embargo, existen tres razones particulares por las que es necesario abordar la salud laboral de las mujeres de forma específica:

1.<sup>a</sup>) El hecho de que la mayoría de las mujeres trabajen en profesiones segregadas en función del sexo o vulgarmente dichas «feminizadas», casi siempre en el sector servicios, con trabajos peor pagados y con precariedad.

2.<sup>a</sup>) No existen conocimientos específicos sobre los efectos en la salud de las mujeres de la exposición a riesgos laborales, incluso sobre la fisiología del embarazo y la mujer lactante.

3.<sup>a</sup>) Las mujeres, en general, soportan una doble carga, la del empleo y la de las responsabilidades domésticas y familiares.

### **El esfuerzo de las feministas científicas**

#### **ha desvelado lo invisible que hace daño**

La salud laboral de las mujeres no se ha valorado de forma correcta, como ha puesto de manifiesto Karen Messing, profesora de la Universidad de Quebec y directora del centro Cinbiose en Montreal. Ella ha sido la primera investigadora que ha mostrado la poca visibilidad de los problemas de salud laboral de las mujeres. Como se consideraba que ellas participaban en profesiones con escaso riesgo, las condiciones de trabajo no se estudiaban y por lo tanto el círculo vicioso se cerraba sin hacerse visibles los riesgos laborales ni valorar si existían exposiciones diferentes.

Además, si las mujeres presentaban alguna sintomatología en relación con su trabajo era habitual que se atribuyera automáticamente a «problemas derivados de su propia naturaleza» o de «su sexo», por lo que no se hacía el esfuerzo necesario para relacionarlo con sus propias condiciones de trabajo o con algún accidente que hubieran sufrido. Esto es lo que ha ocurrido en el caso de la trabajadora del metal que denunciaba sus problemas al iniciar este capítulo. Cuando reclamó por sus rodillas maltrechas por haber trabajado en un suelo que vibraba, la respuesta fue que quizás le faltaba calcio por problemas de su edad. Esta ha sido una de las primeras dificultades: correlacionar las condiciones de trabajo con los problemas de salud que presentan los trabajadores y trabajadoras. En el caso del sexo femenino, se tiende a decir que el problema es debido a que «es mujer», para eludir la indemnización si se demostrara que estaba relacionado con las condiciones de trabajo.

Por ejemplo, la presencia de nódulos en las cuerdas vocales de las maestras se atribuyó en una sentencia del Tribunal de lo Social del País Vasco a que los nódulos eran «frecuentes» en el sexo femenino por la «debilidad» de sus cuerdas vocales, sin advertir que no todas las maestras desarrollan nódulos y sin evaluar las condiciones de humedad, temperatura y número de alumnos con los que tuvo que trabajar la maestra en concreto ni el grado de formación en la utilización de la voz que recibió durante su entrenamiento. Precisamente las maestras jóvenes son las que desarrollan más nódulos,



porque no han recibido el entrenamiento adecuado para controlar y dirigir una clase sin tener que forzar la voz. ¿El problema es de sexo o de ausencia de prevención?

El Primer Congreso sobre Salud de las Mujeres: Ocupación, Cáncer y Reproducción, que se celebró en Baltimore (1993) —y el segundo en Reikiavik (1998)—, ya señaló la necesidad de potenciar la investigación epidemiológica sobre el trabajo y salud de las mujeres, y se centró en primer lugar en la salud reproductiva y en el cáncer, para ampliarse después a otras áreas de la salud laboral y a mejorar las metodologías para hacer visibles los problemas de salud ocultos, como se explicitó durante el tercer congreso, celebrado en Barcelona en septiembre de 2002.

En paralelo, un nuevo grupo de investigadoras e investigadores se reunió en 1993 en Barcelona, en el taller preparatorio del Congreso Internacional Mujeres, Salud y Trabajo, organizado por el CAPS. Este congreso, celebrado en abril de 1996 en Barcelona, reunió a representantes de cincuenta y dos países de los cinco continentes, que acordaron, en un documento de consenso discutido durante un año, que se debían visibilizar las enfermedades de las mujeres causadas por los trabajos realizados, ya fuera por el trabajo remunerado o por los trabajos domésticos o relacionados con el cuidado de los hijos y la atención a las personas ancianas, enfermas o discapacitadas.

### **Los riesgos para la salud de las mujeres en el trabajo**

Analizando a fondo los problemas que supone la invisibilidad de la salud de la mujer para la prevención de la mortalidad prematura y de los trastornos de salud por los que las mujeres demandaban ayuda al sistema de atención sanitaria, y tomando en cuenta que estos dependen siempre (al igual que en el caso del hombre, pero de manera mucho más manifiesta) de tres aspectos —biológico, psicológico y sociocultural—, nuestro grupo constató que el vacío existente es especialmente profundo (se podría hablar de un abismo) en el terreno del trabajo.

Si bien la mujer se estaba incorporando cada vez más a los lugares de trabajo, sus problemas de salud continuaban siendo invisibles, y por tanto se hacía muy difícil la prevención. En este sentido, Karen Messing<sup>[245]</sup> nos ilustró en el Primer Congreso de Mujer, Salud y Trabajo (Barcelona, 1996): «Dado que no existen problemas, no puede haber ninguna política de prevención porque no se constata ninguna diferencia en el terreno de la salud». Y Katherine Lippel<sup>[246]</sup> nos habló de las dificultades de conseguir una indemnización por problemas específicos de las mujeres, dado que solo habían sido visibles los riesgos que sufrían los hombres en estas mismas profesiones, pero nunca se

había valorado ni la ergonomía ni cómo podían afectar los microesfuerzos repetidos y monótonos, ni tampoco los riesgos psicosociales específicos que corren las mujeres relacionados con las características de su lugar de trabajo: mujeres policía, trabajadoras de bancos, de supermercado, enfermeras, profesionales de la enseñanza, *etc.* Sobre estas profesiones, como están altamente feminizadas, existen menos estudios de salud laboral. El proceso de realización del Primer Congreso de Mujeres, Salud y Trabajo llevó a dos resultados:

1. El conocimiento de las personas que estaban investigando la salud de las mujeres alrededor del mundo y la formación de una red básica.
2. La aprobación de un documento de consenso para encontrar los tres problemas claves en los que trabajar en los años siguientes y coordinar los esfuerzos en investigación y acción entre los diferentes países.

El congreso finalizó con tres grandes objetivos:

1. Introducir la perspectiva de género en la investigación de los problemas de salud de las mujeres y hombres en general, y en la investigación de salud laboral en particular, con la creación de indicadores, instrumentos de medida y métodos de investigación en salud para los contenidos docentes, especialmente los universitarios, así como para la asistencia sanitaria.
2. Abolir cualquier forma de discriminación negativa o violencia por razones de género, tanto en el acceso al trabajo como en los servicios asistenciales. Hacer visibles y valorar todos los trabajos que realicen las mujeres y los hombres. Cambiar las condiciones de trabajo y organización del tiempo en función de las necesidades humanas.
3. Crear recursos individuales, sociales y legislativos para fortalecer la autonomía personal y la calidad de vida de las mujeres.

Este documento de consenso se aprobó en sesión plenaria al finalizar el congreso y permitió coordinar ya una primera base de datos de investigaciones que hemos ido desarrollando e implementando en el CAPS, acumulando los trabajos de investigación que nos han ido llegando de todo el grupo de colaboradoras que asistieron al congreso. Cabe destacar la importantísima colaboración de Karen Messing, que nos ha mantenido al día de todas sus investigaciones en el campo de las trabajadoras de la enseñanza, así como el trabajo de Kaisa Kauppinen<sup>[247]</sup> sobre la calidad de vida, las diferencias entre los países del este y del oeste de Europa, el problema del *techo de cristal* en las mujeres y

el acoso sexual. A través de María Isabel Matamala también tenemos acceso a todos los trabajos de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLC), que son nuestra fuente de conocimiento de la salud y la realidad de las mujeres de esos países.

### **¿Existen diferencias entre mujeres y hombres**

#### **en cuanto a la invalidez transitoria o permanente relacionada con el trabajo?**

El primer estudio exhaustivo sobre la salud de las mujeres en relación con los diversos trabajos que realizan fue un informe de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) que se publicó en el año 1993 y en él ya se señalaban unas primeras diferencias en cuanto a la invalidez permanente y la jubilación forzosa por razones de enfermedad.

Las mujeres que deben acabar su vida laboral por problemas de salud lo hacen mayoritariamente por trastornos musculoesqueléticos (con artrosis en columna vertebral, rodillas, otras articulaciones o deformidades en los pies y las extremidades inferiores), y en una cuarta parte de las invalideces por problemas de salud mental (ansiedad y depresión), mientras que entre los hombres la causa predominante de jubilación anticipada por razones de enfermedad son las afecciones cardiovasculares y las enfermedades cardíacas (infarto de miocardio o accidentes vasculares cerebrales).

#### **Riesgos visibles**

→ Macroergonómicos.

→ Problemas musculoesqueléticos, cervicales, dorsales, lumbares, articulares, manos y pies.

→ Químicos medioambientales.

→ Síndrome respiratorio, hiperestrogénico, autoinmune, hipersecreción de hormona del crecimiento.

→ Específicos.

→ Infecciones (sanidad, enseñanza), síndrome respiratorio (este de Europa), problemas mentales, ansiedad, depresión.

→ Condiciones de trabajo ilegales (no agrupación sindical): Filipinas, África, sur de Asia, Sudamérica (maquiladoras).

### **Riesgos invisibles**

→ Microergonomía (Karen Messing).

→ División sexual del trabajo (a igual trabajo, diferente función según sexo) y trabajo aparentemente liviano con gran sobrecarga.

→ Organización del trabajo + doble jornada.

→ Estrés físico/mental, problemas musculoesqueléticos, síndrome hiperestrogénico (trastornos menstruales), anemias y ferropenias.

→ Acoso sexual.

→ Violencia física y mental.

→ Discriminación vertical (techo de cristal).

→ Discriminación horizontal (segregación, trabajos feminizados).

### **Riesgos de salud por profesiones**

Trabajo en la enseñanza

→ Enfermedades infecciosas.

→ Estrés mental: ansiedad y depresión.

→ Baja laboral por problemas de salud mental entre los 31 y los 40 años.

Trabajo de oficina

→ Trabajo repetitivo, ritmo a presión.

→ Problemas musculoesqueléticos: hombro, cuello, muñeca.

→ Terminal de ordenador: cansancio visual, estrés mental, ¿problemas en los embarazos?

→ Exposición a agentes químicos en oficina (baja dosis / largo tiempo):

↳ Fotocopiadoras.

↳ Impresoras.

↳ Papel químico.

↳ Síndrome del edificio enfermo.

→ Aumento del riesgo de enfermedad cardíaca.

→ Aumento del riesgo de cáncer de colon.

→ Aumento de problemas relacionados con el estrés.

Trabajo de asistencia sanitaria (enfermeras, auxiliares, médicas)

→ Dolor de espalda y lesiones musculoesqueléticas.

→ Infecciones: hepatitis, sida.

→ Exposición a sustancias químicas y a radiaciones (problemas en piel y en embarazo).

→ Agresiones en el trabajo (cuidadoras de enfermos mentales).

→ Estrés mental (trabajo emocional).

→ Índice de suicidios elevado.

Trabajo agrícola

→ Intoxicación por sustancias químicas y pesticidas.

→ Accidentes con máquinas (diseñadas para hombres).

→ Enfermedades relacionadas con el estrés:

↳ Doble jornada.

↳ Mayor grado de vigilancia por riesgo de accidente en niños.

↳ Dificil acceso al sistema sanitario (según zonas).

Mujeres que trabajan en grupos

especialmente vulnerables

→ Mujeres con ocupaciones tradicionalmente masculinas.

→ Mujeres mayores de 45 años.

→ Mujeres emigrantes y minorías étnicas.

### **Las condiciones ergonómicas del trabajo y los problemas musculoesqueléticos**

El síndrome del túnel carpiano, muy frecuente en el sexo femenino, puede ser un ejemplo de las diferencias de exposición en las tareas de un mismo trabajo entre los dos sexos, y además pone de manifiesto diferencias biológicas, ya que este síndrome está relacionado también con problemas hormonales como la deficiencia de progesterona o de la función tiroidea. Los factores de riesgo se dan con más frecuencia entre mujeres, que trabajan más a menudo en cadenas de montaje manipulando piezas pequeñas, porque se ha dicho que tienen más habilidad en los pequeños gestos que los hombres, aunque también les pagan menos, padecen cincuenta veces más deficiencias de la función tiroidea y todas en algún momento de la vida pueden presentar deficiencia de progesterona.

En casi todos los trabajos está implicada la ergonomía, y precisamente en los más feminizados no ha sido estudiada en profundidad. El grupo pionero en el estudio de los problemas ergonómicos en el trabajo es el de Cinbiose, en Canadá, dirigido por la profesora de Biología Karen Messing. Ella ha desarrollado desde hace más de veinte años una metodología para observar la sobrecarga de los pequeños y grandes pesos, así como todos los movimientos que se realizan en el lugar de trabajo, para establecer una relación de causalidad con los problemas de salud, sobre todo los dolores de espalda, lumbares, de cuello y de hombros. Su libro *Lo invisible que hace daño* es ya un clásico en salud laboral y enseña a identificar las diferencias de trabajo en una misma ocupación según la división sexual que exista en la empresa.

En una empresa de jardinería, por ejemplo, no son iguales las condiciones de trabajo de hombres y mujeres, aunque su profesión esté catalogada bajo el mismo epígrafe. Los hombres transportan sacos y macetas con máquinas transportadoras, mientras que las

mujeres realizan su trabajo agachadas, plantando las macetas en la tierra y tocando y oliendo los insecticidas que se han aplicado. En una empresa de pastelería, los hombres transportan los sacos de material a hombros o con máquinas, mientras que las mujeres están en cadenas de montaje, transportando bandejas de pasteles de unos cuatrocientos gramos cada cinco segundos de la cinta a un soporte. ¿Quién podrá indemnizarlas si tienen un problema en sus cervicales y cuello, cuando el peso es tan liviano? Sin embargo, se ha calculado que al final del día habrán transportado una tonelada de peso en sus manos. Pese a ello, no se contempla ninguna indemnización para el caso de que alguna sufra una hernia discal cervical, pues se cree que «tan poco peso» no puede provocar ningún problema de salud.

Otro grupo laboral estudiado por Cinbiose ha sido el de las trabajadoras y los trabajadores de la enseñanza, porque presentaban gran número de patologías musculoesqueléticas y, en cambio, tenían condiciones de trabajo aparentemente livianas. Para ello, realizaron estudios específicos entre profesionales de enseñanza primaria y secundaria, constatando que en este trabajo se cumple lo que denominan «la hora de ciento veinte minutos», porque el profesional debe hacer multitareas durante su hora de clase: controlar y nombrar a cada uno de los alumnos, explicar su docencia, controlar la temperatura, mantener la armonía en la clase... Analizados los movimientos ergonómicos y las horas pasadas de pie o inclinados, más de la mitad del tiempo de trabajo constituía un factor de riesgo para la zona lumbar y las extremidades inferiores. La profesora Messing y la investigadora Lena Kalvist, del Instituto Karolinska de Suecia, publicaron un libro en el que analizan los factores de riesgo ergonómicos y proponen formas de prevenirlos.

### **Cuando el ambiente corta la respiración**

Una de las características de las profesiones feminizadas, como la de las peluqueras o la de las trabajadoras de la limpieza, son los problemas respiratorios y las alergias en la piel. Las partículas en suspensión en el aire de las peluquerías, junto a los tintes y los aerosoles, generan una atmósfera a veces irrespirable para las personas que han de realizar en su interior una jornada de más de ocho horas. Padecen más problemas de asma bronquial, bronquitis de repetición y dermatitis de contacto que el resto de las profesiones. Sin embargo, no se han identificado estos problemas como enfermedad profesional y, por lo tanto, no se compensan adecuadamente cuando los padecen las profesionales.

Por otra parte, un estudio realizado por la doctora Mercedes Medina,[\[248\]](#) del Instituto Municipal de Investigación Médica, y dirigido por el doctor José María Antó, ha demostrado el incremento de asma entre las mujeres de la limpieza, que realizaban este

trabajo profesionalmente todo el día o por horas, además del trabajo doméstico en su propia casa. En esta población se ha podido demostrar una frecuencia de un 20 % de asmáticas. El producto más usado era la lejía, además de otros disolventes y desengrasantes. Existen pocas guías de salud que se centren en la prevención para esta profesión, que además está claramente feminizada. Hasta ahora, los problemas de salud de estas profesiones han permanecido invisibles y se han realizado muy pocos estudios específicos, por lo que en el futuro se deberá hacer un esfuerzo suplementario para la identificación de riesgos y el establecimiento de medidas de prevención.

### **El acoso sexual y el *mobbing***

El acoso sexual en los lugares de trabajo ha sido una de las agresiones más repetidas, y se ha mantenido desde hace años de forma invisible y soterrada, sin que existan todavía fórmulas para darle visibilidad. Desde insinuaciones y comentarios hasta las agresiones sexuales claras, han sido diversas las fórmulas de acoso que se han ejercido desde la jerarquía laboral o desde los propios compañeros de trabajo.

La denuncia ha sido siempre difícil, pues enfrenta la palabra de la acosada con la del acosador. Si las mujeres afectadas no se han atrevido a denunciar ha sido por la falta de apoyo y por el miedo a convertirse en acusadas. El libro de Carme Alemany<sup>[249]</sup> contiene entrevistas en profundidad realizadas a mujeres de diversas profesiones, y en todas se relatan casos de acoso que no han sido denunciados y que se han mantenido en silencio por miedo a perder el empleo. Llama la atención que las profesiones sanitarias sean las que más casos de acoso relatan, y ello coincide con estadísticas efectuadas en Estados Unidos, donde más de un 38 % de las médicas en periodo de especialidad afirman haber sufrido diversos tipos de acoso en su lugar de trabajo. Cuando los sindicatos han tomado cartas en el asunto y han habilitado asesorías jurídicas fuera de la empresa, algunos casos han podido salir a la luz y ser juzgados en los tribunales. Se ha de recordar el caso de la empresa Mitsubishi en Estados Unidos; después de una denuncia presentada por una empleada, más de trescientas acabaron denunciando haber tenido que mantener relaciones sexuales para continuar en sus puestos de trabajo. La denuncia pública de este caso obligó a una de las indemnizaciones más grandes por acoso sexual. Una directiva europea aprobada en el año 2002 recomienda que exista una figura ajena a la empresa a quien las personas afectadas puedan acudir para denunciar casos de acoso. Algunos países han promulgado leyes que prevén estas figuras.

Un segundo problema laboral que aún permanece oculto es el denominado *mobbing*, un tipo de acoso moral al que se somete a una persona para intentar que pida la recesión voluntaria del contrato laboral. Se la denigra delante de los compañeros o se la destina a un puesto apartado, con poco trabajo o en el que debe realizar tareas repetitivas que no



tienen ninguna relación con sus habilidades habituales. El proceso es progresivo y puede llegar a afectar gravemente a la salud mental de la persona. Es un problema difícil de objetivar, pero ya se han ganado juicios en los tribunales por esta causa, y, aunque afecta a los dos sexos, son muchas más las personas afectadas del sexo femenino, siendo los acosadores de ambos sexos. Las patologías que se desprenden de estos tipos de acoso, así como de los casos de *bullying* en las escuelas, constituyen uno de los problemas emergentes en el ámbito de la salud laboral.

## **El estrés físico y mental y las consecuencias invisibles para la salud**

Proponemos cambiar tres paradigmas en la salud laboral: revisar los términos de sobrecarga de trabajo; redefinir el estatuto del trabajador, siempre disponible a las necesidades de su empresa, para exigir un medio de trabajo adaptado a las necesidades familiares de los dos sexos; [...] sustituir las nociones de estándares o normas de exposición por la de acumulación de estrés [...]. Es necesario considerar el contexto global en el que las trabajadoras despliegan sus esfuerzos de trabajo.

KAREN MESSING<sup>[250]</sup>

Los trabajos monótonos y repetitivos se asociaban tradicionalmente con el estrés físico y mental, pero después de las investigaciones de Robert Karasek en la década de 1980 se demostró que son los trabajos con altas demandas y escaso control sobre la forma de realizarlos la primera causa de estrés físico y mental. Los trabajos con interrupciones constantes en su desarrollo, como el de los profesionales sanitarios o el de los que están de cara al público, también conllevan altos niveles de estrés. Pero también se han objetivado como factores estresantes las discriminaciones salariales por el mismo trabajo o la menor remuneración de las profesiones feminizadas con la excusa de que exigen una menor cualificación. En el caso de estas profesiones es oportuno resaltar las afirmaciones de Susan Bullock:<sup>[251]</sup> «Las mujeres reciben salarios inferiores porque trabajan en profesiones feminizadas que se asocian con la esfera doméstica o porque se las considera asalariadas «secundarias»; se les paga peor porque se considera que tienen menos habilidades o preparación, ya que las habilidades adquiridas de manera informal por las mujeres se ignoran aunque sean esenciales para desarrollar la tarea a realizar». Aunque las mujeres estén perfectamente preparadas o incluso mejor preparadas que los hombres de su misma esfera de trabajo, reciben en general de un 17 % a un 25 % menos de salario.

Por otra parte, las dificultades en la promoción laboral de las mujeres en las empresas son otra forma de discriminación, así como la poca flexibilidad de los horarios a la hora de planificar los cursos de promoción. Como dice Clara Coria en *Los laberintos del*

*éxito:*[\[252\]](#) «Los hilos invisibles que la atan a lo privado le impiden acceder a los centros de decisión en las empresas o a participar de forma clara y decidida en el poder político».

¿Existen diferentes formas de vivir el estrés según el sexo? Solo pudimos empezar a responder a esta pregunta cuando la investigadora sueca Marianne Frankenhaeuser inició, en el año 1975,[\[253\]](#) una serie de estudios sobre las repercusiones neuroendocrinas de las situaciones de estrés diferenciadas por sexo. Las situaciones estresantes, como una gran afectividad, pérdida de control, desamparo, desesperanza o dolor, producen un incremento del cortisol, hormona de la corteza de la glándula suprarrenal, lo que estimula la producción de adrenalina y noradrenalina. El grupo sueco empezó a estudiar si estudiantes de ambos sexos reaccionaban de forma diferente a las situaciones de estrés, y comprobaron al hacer test aritméticos, test de inteligencia y análisis de sangre que en principio los chicos segregaban más adrenalina que las chicas. Al continuar investigando a estudiantes de 16 años que iniciaban la escuela superior o el bachillerato, la adrenalina fue superior en los varones, pero las chicas acortaron distancias, que desaparecieron cuando el estudio se realizó en estudiantes de ambos sexos que iniciaban estudios de Ingeniería. La primera conclusión fue que los niveles de adrenalina dependían de las expectativas que tenían los chicos y las chicas en cada momento y no de una diferencia biológica en las glándulas suprarrenales. Cuando se comparó el incremento de adrenalina de padres y madres al llevar a su hijo enfermo al hospital se observó un incremento mayor de adrenalina en las madres.

En estudios posteriores realizados por Frankenhaeuser y Lundberg[\[254\]](#) se compararon los niveles de tensión arterial y de las hormonas suprarrenales de ejecutivos y ejecutivas suecos que tenían las mismas condiciones de trabajo en su puesto laboral y en casa. Durante la jornada laboral la tensión arterial de los hombres aumentaba, mientras que la de las mujeres bajaba. Los incrementos hormonales eran de predominio masculino. Pero por la tarde, al llegar a casa, la tensión arterial aumentaba entre las mujeres y disminuía entre los hombres, y también se constataron incrementos claros de adrenalina y noradrenalina entre las ejecutivas suecas a esa hora del día. El exceso de las hormonas causantes del estrés neuroendocrino durante la tarde y la noche impide que se pueda tener un reposo nocturno reparador.

Las consecuencias físicas serán insomnio nocturno o sueño con intermitencias, dolor en la zona del trapecio, taquicardias, dolor abdominal o colon irritable y contracciones musculares involuntarias (fasciculaciones). Todos estos síntomas serían efectos secundarios del estrés crónico, ya sea por exceso de estrés en el trabajo o por la doble jornada que por ahora comparten la mayoría de las mujeres del mundo.

## **El trabajo doméstico y la doble jornada, riesgo para la salud física y mental de las mujeres**

La tarea de los cuidados amenaza la salud de quien la realiza, tanto por el trabajo físico como por el emocional. Cuidar niños es ya una sobrecarga, pero cuidar ancianos, especialmente si están enfermos o con demencia, descompone el equilibrio vital y es una de las primeras causas de desencadenamiento del dolor crónico en las mujeres. La mayoría de las personas cuidadoras son del sexo femenino, y dada la mayor longevidad de la población, se da el caso de que muchas mujeres dejan de trabajar para poder ponerse a disposición de los familiares más allegados, por voluntad propia o por falta de recursos para tener ayuda, pero en todo caso sufriendo. En palabras de Francesc Torralba:[\[255\]](#) «Cuidar de un ser humano que sufre consiste en reconstruir dialógicamente y responsablemente el sentido. Esta reconstrucción debe desarrollarse en dos planos, en el marco del diálogo y de la responsabilidad social y ética. El diálogo es clave para ahondar en el sujeto y entrever el sufrimiento y sus posibilidades existenciales. La pérdida de sentido que sufren tantos seres humanos como consecuencia del sufrimiento moral no es una cuestión irrelevante, sino absolutamente clave. Como ciudadano soy responsable de este hecho y no puedo mantenerme, por ética, neutral». ¿Pueden la sociedad y los servicios sociales mantenerse al margen de esta larga cadena de sufrimiento, de jornadas interminables, de deterioro de la salud mental de las cuidadoras o cuidadores sin soporte social, sin ayudas y sin recursos? Una discriminación más profunda e invisible recae sobre las espaldas de las mujeres, rompiendo sus columnas vertebrales y haciendo que entrevean su futuro sin esperanzas, sobre todo después del recorte del estado de bienestar.

En un mundo en el que el dinero es la medida de todas las cosas, el trabajo del cuidado no remunerado desvaloriza al que lo realiza, colaborando en la baja autoestima y en la insatisfacción de las mujeres que lo llevan a cabo, aunque intenten revestirlo de obligación moral o incluso de afectividad. Analizando estos aspectos, Esther Borrell,[\[256\]](#) que ha estudiado las relaciones con el trabajo de las mujeres de una comarca de Cataluña, el Ampurdán, ha constatado, en palabras de las propias mujeres, que «el dinero se ha convertido en medida del valor de todo y ha ocasionado una profunda infelicidad femenina en el mundo. La culminación del proceso de *amasación* y la dependencia total de las mujeres de un salario ha provocado, como resultado, una desvalorización del trabajo de las mujeres del Alto Ampurdán». La pérdida de valor y de reconocimiento social de las tareas realizadas acompaña en realidad a todos los trabajos domésticos y del cuidado, que solo se hacen visibles cuando no se realizan.

### **La doble jornada y el trabajo emocional**

La consigna «lo privado es político» ha de ocupar un lugar más prominente en el tratamiento de la desigualdad femenina. Los problemas de la vida privada, esa nula distribución del trabajo no remunerado, exigen soluciones políticas. Pero, al mismo tiempo, hay que entender y reconocer que el poder de la vida privada es también poder político. Que es injusto despreciar y no valorar debidamente el tiempo de la reproducción, el tiempo de las mujeres.

VICTORIA CAMPS[257]

La falta de reconocimiento de la vida privada, de la necesidad de que alguien acoja a los hijos cuando llegan por la tarde, de que alguien ha de hacer el trabajo emocional, de que el trabajo de la reproducción se debe hacer cada día y que es absolutamente necesario para la sociedad, es uno de los grandes fracasos de la sociedad denominada desarrollada. Aunque se propugnen leyes para la conciliación de la vida familiar y laboral, parece que solo deba conciliar el sexo femenino, sobre el que por lo visto recae la maldición bíblica «parirás a los hijos con dolor», que se extiende a «y los continuarás cuidando hasta que se marchen de casa».

La economista Cristina Carrasco sostiene que la valoración del trabajo reproductivo cambiaría si este se colocara en el centro de las actividades económicas, en competencia con las leyes de mercado. «Significa abandonar “el mercado” como eje del sistema socioeconómico y situar en su lugar el ámbito familiar, desde donde se organiza el proceso de reproducción en torno al cual se articulan los demás procesos. Este enfoque es totalmente opuesto a la tradición neoclásica, que subordina la organización familiar —que supone dada— a la eficiencia del mercado y acepta como solución óptima para el problema de conciliación entre producción y reproducción que las mujeres asuman el trabajo que supone la responsabilidad de la privatización del proceso de reproducción social».

Pero la doble jornada no solo conlleva este aspecto de la invisibilidad del trabajo emocional de las que lo realizan, también ha dado lugar a un nuevo tipo de mujeres, que han tenido que afrontar la vida apretando los dientes y que no han reconocido las dificultades objetivas a las que se enfrentaban, sino que han atendido solo a su decisión y su voluntad: las que creen que dominar su entorno es solo cuestión de organización y que quien no lo controla es porque no sabe organizarse. Son las denominadas *superwomen*, que para tener éxito en un mundo de hombres han acabado actuando como ellos. Este tipo de mujeres, que han acabado haciendo invisibles sus propios sentimientos y sus propias ternuras, han sido muy bien analizadas por la profesora de Psicología de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria María Asunción González de Chávez:[258]

Coexisten diversas variantes de estas nuevas mujeres «superiores». Algunas imitan burdamente el modelo masculino, comportándose como mujeres duras e independientes para esconder su profunda fragilidad

interna. Tras la apariencia de autosuficiencia se ocultan frecuentemente necesidades de dependencia no resueltas que las impulsan a ser muy ambiciosas, lo que supone la negación y la represión de esas necesidades. Muchas de estas mujeres exitosas pagan su triunfo con la soledad afectiva. La renuncia persiste en torno a esta creciente pléyade de mujeres «renunciatarias», anhedónicas, luchadoras a menudo en el campo de los derechos sociales, pero que recaban escasas gratificaciones personales y se acomodan a un nuevo y antiguo modelo de mujer, negando sus deseos más recónditos y ajustándose al deseo/norma del imaginario social, alienadas de su propia subjetividad, presas en un discurso *aemocional* que habla por/de ellas. Similares, pues, a una moderna Atenea, salida de la cabeza de su padre e identificada con él. La supermadre sacrificada y entregada se ha convertido frecuentemente, ya sin ambages, en una supermujer que acomete todas las tareas, las familiares y las laborales, con un elevado índice de autoexigencia y afán perfeccionista. Ellas intentan cumplir ahora con el modelo *aggiornato* de la mujer perfecta: ser capaz de hacerlo todo bien, sin pedir ayuda y sin abandonarse al desaliento. Esta nueva mujer perfecta es la heredera de aquella madre perfecta a la que aspiraba la mujer masoquista. Y ambas proceden de la misma niña impotente que continuó vinculada a su todopoderosa madre, cuya huella pervive en ese ideal de omnipotencia que la tiraniza, o que un día percibió que era el padre (el Hombre) el único «omnipotente oficial» admitido. Ambas son, pues, niñas que quisieran negar sus heridas.

Esta demoledora descripción, a veces obviada por las investigaciones epidemiológicas debido a la falta de exploración cualitativa, nos da una pista del gran número de dolencias físicas a largo plazo que pueden afectar a estas mujeres que, considerándose perfectas, han sacrificado todas sus necesidades y no han permitido que afloraran sus propios deseos.

Es interesante analizar los resultados de los estudios de Ulf Lundberg, que ha investigado quién se ocupa habitualmente de las tareas domésticas en la familia y cómo se ejerce la corresponsabilidad comparando datos de 1990 y de 2002. Para ello realizó las mismas preguntas en un año y en otro, y las respuestas demostraron que los hombres seguían ocupándose de tareas relacionadas con el mantenimiento de la casa, el coche o el jardín, así como de las gestiones financieras, mientras que ellas continuaban haciéndose cargo del resto de las tareas, como lavar los platos, planchar, coser o cocinar.

## **El incremento del cáncer ocupacional**

### **entre las mujeres**

Ha sido difícil evaluar el incremento del cáncer ocupacional en el sexo femenino, pero desde el Congreso Europeo de Salud Laboral del año 1998 se han podido demostrar relaciones causales que no habían sido establecidas anteriormente, como la exposición laboral y el incremento de cáncer de pulmón entre mujeres no fumadoras en Europa; el posible papel de los disolventes en la etiología del cáncer de mama y el cáncer de riñón; el incremento de melanomas y cáncer de vejiga urinaria entre las mujeres agricultoras en Italia; y el aumento de riesgo de cáncer de ovario, estómago y esófago entre mujeres expuestas al benceno, el talco contaminado con asbesto y otros productos de la industria de la impresión en Rusia.

El Congreso de Salud Laboral del año 2002 confirmó la relación entre mujeres que presentan leucemia y la exposición al benceno u otros disolventes, al cloruro de vinilo, a fármacos antineoplásicos y a pesticidas. Se ha observado un incremento de cáncer de pulmón entre las mujeres expuestas al asbesto, a metales como el arsénico, el cromo, el níquel y el mercurio, y entre trabajadoras de manufacturas de vehículos a motor, servicios de comidas y cosmetología y peluquerías.[\[259\]](#)

### **Cáncer de vejiga y otras neoplasias**

A finales de la década de 1970, un estudio estimó que en Estados Unidos la exposición laboral causaba el 10 % de los cánceres de vejiga masculinos y el 5 % de los femeninos. En 2003 se realizó un análisis que agrupaba la información de once estudios europeos controlados por caso. Para evaluar la exposición, se empleó la clasificación tradicional por rama de la industria, ocupación y matriz de exposición laboral especial. Los resultados de esta revisión sugieren que la mejora en las condiciones laborales que se dio en Europa occidental durante las últimas décadas resultó efectiva para prevenir una proporción significativa de los casos de cáncer de vejiga causados por exposición a carcinógenos ocupacionales; en particular, a las aminas aromáticas.

El cáncer de vejiga urinaria se incrementa entre mujeres que trabajan en sectores como tintorerías, industria textil, plásticos, piel, utilización de pinturas, limpieza en seco y trabajadoras de la asistencia sanitaria.[\[260\]](#)

Los tumores cerebrales son más frecuentes entre trabajadoras de peluquerías, asistencia sanitaria, industrias químicas, industrias de plásticos y manufacturas electrónicas y de computadores.[\[261\]](#) Los trabajadores de laboratorios biomédicos de Israel, analizados entre 1960 y 1997,[\[262\]](#) presentaron un incremento de cáncer de tiroides, de ovarios y de mama entre mujeres, y de próstata, melanoma y leucemia entre hombres.

En las industrias de curtidos de Bielorrusia, las mujeres presentan un incremento de cáncer de páncreas, de riñón y de cérvix uterino, así como de melanoma.[\[263\]](#) Los embarazos de mujeres que trabajan como anestesistas tienen más factores de riesgo: niños con bajo peso al nacer, índice más alto de mortalidad perinatal e incremento de hijos con malformaciones congénitas del sistema cardiovascular.[\[264\]](#), [\[265\]](#)

La exposición potencial a cancerígenos laborales se incrementa en la medida en que más mujeres están empleadas y trabajan más tiempo, algunas veces en actividades no tradicionales. Diversas publicaciones han encontrado un incremento del riesgo entre mujeres ocupadas en actividades que, en general, no realizan los hombres, como la lavandería y la limpieza en seco en tintorerías.[\[266\]](#) Por ello es importante que en todos

los trabajos de investigación sobre salud laboral se incluyan mujeres en las cohortes estudiadas y se investigue también la salud laboral de profesiones habitualmente feminizadas, como las trabajadoras de la limpieza, enfermería, enseñanza o trabajo social.

### **Exposición laboral a insecticidas**

Como los insecticidas imitan el efecto de los estrógenos en el organismo, producen alteraciones del ciclo menstrual (acortándolo), metrorragias (sangrado abundante), coágulos durante la menstruación, incremento de síndrome premenstrual, fibromiomas uterinos y mastopatías fibroquísticas.

Otros síndromes que se producen en las personas expuestas a pesticidas y que son más frecuentes en mujeres son el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de estimulación de la autoinmunidad (el cuerpo se agrede para defenderse de sí mismo) y el síndrome de sensibilidad química múltiple (no pueden utilizar aerosoles, no pueden ir a cines o a espectáculos públicos, no pueden estar en las áreas de los supermercados de productos de limpieza y tienen dificultad para respirar en calles con mucho tránsito de vehículos).

Muchos edificios y zonas de trabajo son tratados con plaguicidas cuando están vacíos, y luego son ocupados por trabajadores que han de desarrollar su actividad laboral en ambientes mal ventilados, lo que desencadena problemas médicos a muchos de ellos, en algunos casos de forma inmediata. A veces, el tratamiento con plaguicidas se realiza incluso con las personas trabajando en el interior del edificio.

Aunque inicialmente la sintomatología de las personas afectadas suele ser muy abigarrada y se presenta de forma insidiosa, los síntomas que afectan al sistema respiratorio y neurológico están presentes desde el primer momento de la exposición, y los que afectan a los sistemas endocrino y autoinmune y las alteraciones hipofisarias se presentan entre dos y cuatro meses después de la exposición. Los síndromes iniciales se producen por la inhibición de la colinesterasa sérica (enzima presente principalmente en el hígado) que causan los organofosforados (que paralizan el sistema nervioso de los insectos), incrementando los niveles del neurotransmisor acetilcolina. Este neurotransmisor estimula unos receptores denominados nicotínicos y muscarínicos que producen alteraciones en todo el cuerpo.

### **Efectos de la exposición laboral a insecticidas a corto, medio y largo plazo**

Durante más de dieciséis años he realizado el seguimiento de más de doscientas personas afectadas por exposición a insecticidas, fungicidas y herbicidas en su lugar de

trabajo, y he podido comprobar que las personas más perjudicadas eran las que se veían expuestas a los mismos productos en días repetidos y a bajas dosis, ya que no tomaban ninguna medida de evitación o de prevención. Las trabajadoras de la limpieza, que tenían que limpiar después de la aplicación de un insecticida con sustancias disolventes o abrasivas, se veían afectadas de una forma especialmente grave, con efectos a largo plazo sobre su salud.

En el grupo de personas analizado durante dieciocho años, se presentaron sucesivamente una serie de síndromes que paso a describir a continuación. (Se denomina «síndrome» al conjunto de síntomas y signos que se presentan juntos en relación con un sistema o un órgano).

**Síndrome respiratorio.** Se manifiesta con irritación de la mucosa nasal, bucal y faríngea, mucosidad nasal y bronquial, tos, dolor al tragar, disnea, salivación, lagrimeo y excitación del olfato (hiperosmia). Lo presentaron el 100 % de las personas afectadas desde el primer momento de la exposición. La exploración clínica mostró faringes enrojecidas, hiperreactividad bronquial y test de metacolina positivo. Los síntomas eran parecidos a los descritos en la exacerbación de los receptores muscarínicos por el exceso de acetilcolina.

**Síndrome neurológico.** Se manifiesta con la presencia inicial de un estado de confusión mental, dolor de cabeza frontal, pérdida de rapidez de respuesta, pérdida de memoria y de capacidad de concentración, calambres y parestesias en extremidades superiores e inferiores, pérdida de fuerza muscular y sensación de fatiga. Estos síntomas se presentaron inmediatamente después de las exposiciones y empeoraron progresivamente en las personas que habían estado reexpuestas, aunque fuera a dosis bajas. Este síndrome ha sido descrito ya en la literatura médica como afectación crónica del sistema nervioso central inducido por organofosforados (COPIND). El síndrome de afectación neurológica se ha descrito en el 100 % de las personas afectadas por una exposición a insecticidas, aunque su intensidad depende de las repeticiones de la exposición. Las exploraciones clínicas han demostrado un enlentecimiento de los potenciales cognitivos y visuales, resultados alterados del test neuropsicológico, lentitud del flujo sanguíneo en la zona temporal y frontal objetivada por SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotón único), y alteraciones en la resonancia magnética cerebral, con pérdida de mielina, que se observa en un 60 % de los casos un año después de la exposición.

**Síndrome de disrupción endocrina con exceso de secreción de estrógenos.** Aparece en las mujeres afectadas con metrorragias que se presentaron un mes después de la exposición, con ciclos menstruales más cortos, presencia de coágulos, presencia o



agravación del síndrome premenstrual, incremento de la mastopatía fibroquística y, medio año después, incremento de fibromiomas uterinos. En los varones se observaron dificultades en la erección e impotencia sexual. La exploración en las mujeres encontró un aumento de la hormona 17 beta-estradiol en la segunda fase del ciclo, deficiencia de progesterona, anemia y deficiencia de las reservas de hierro (ferritina baja).

**Síndrome de parasimpaticotonía hipotalámica con hipersecreción de hormona del crecimiento.** Medio año después de las primeras exposiciones, se observó en algunas personas un crecimiento del tamaño de los pies, que les obligó a calzar un número superior de zapatos. Al estudiar las hormonas hipofisarias, se encontró un incremento de secreción de la hormona del crecimiento (GH) —dos o tres veces por encima de los valores normales—, pero sin llegar a cifras compatibles con las observadas en la acromegalia (secreción excesiva de la hormona del crecimiento). La secreción de IGF-1 —una hormona similar a la insulina— estaba disminuida, y la de somatostatina —el factor inhibidor de la GH— estaba disminuida o abolida en la mayoría de los casos. Este neurotransmisor hipotalámico depende directamente de la acción de la acetilcolina, hormona que aumenta cuando las personas o los animales han estado expuestos a insecticidas organofosforados o carbamatos.

En la exploración de la hipófisis se halló un incremento del tamaño en un 30 % de los casos, y en varios de ellos se tuvo que extirpar quirúrgicamente una tumoración por exceso de la hormona del crecimiento que no es habitual en las tumoraciones hipofisarias de la población general.

**Síndrome de estimulación de la autoinmunidad.** A los seis meses de las primeras exposiciones, las personas afectadas desarrollaron un incremento de fenómenos autoinmunes, con la aparición o incremento de títulos de anticuerpos antinucleares, anticuerpos antitiroideos (tiroiditis autoinmune), anticuerpos anticitomegalovirus y anticuerpos anti-Epstein-Barr. El incremento de tiroiditis ha dado lugar al desarrollo de hipotiroidismo en un 73 % de las personas afectadas, y de hipertiroidismo en un 5 %, porcentajes tres veces superiores a los de la población normal.[\[267\]](#)

**Síndrome de fatiga crónica (SFC).** Al 80 % de las personas afectadas se les pudo diagnosticar a los seis meses un SFC. En estas pacientes he podido demostrar una alteración de la función mitocondrial que se manifiesta con un desequilibrio en la secreción de ácido láctico y pirúvico, y una disminución de la producción de energía. Este efecto negativo de los pesticidas en la mitocondria, que afecta al centro de producción de energía de las células, ha sido descrito por Antonio Moreno, investigador y profesor de Bioquímica de la Universidad de Coimbra (Portugal), tanto por acción de los organofosforados[\[268\]](#) como de los carbamatos.[\[269\]](#) Este efecto directo de los

insecticidas —que no se había descrito anteriormente y todavía no consta en muchos libros de toxicología, que han quedado desfasados por la investigación reciente— es el que explicaría que personas expuestas a plaguicidas se hayan visto afectadas a largo plazo por un SFC.

**Sensibilidad química múltiple (SQM).** Un 70 % de las personas afectadas han desarrollado un síndrome de SQM, que persiste doce años después de la primera exposición. Las personas que continuaron trabajando —aunque la exposición fuera a bajas dosis— tuvieron una afectación más grave y crónica del sistema nervioso central, y un 70 % acabaron desarrollando fibromialgia y SFC.

### **Salud reproductiva y exposición laboral a químicos**

Entre las madres expuestas a insecticidas en su lugar de trabajo, se han documentado incrementos de prematuridad, abortos espontáneos, niños con bajo peso al nacer y niños con una disminución del perímetro craneal. También se ha descrito un aumento de malformaciones congénitas, sobre todo de las genitales, con más epispadias (malformación de la uretra), hipospadias (desarrollo inusual del pene) y testículos en ascensor por el menor tamaño de estos. Se ha asociado además a un incremento de nacimientos con anencefalia (malformación cerebral congénita), presencia de espina bífida y aumento de malformaciones de paladar y de labio leporino. En Iowa y Míchigan se ha podido demostrar una mayor frecuencia de labio leporino en fetos cuyas madres estuvieron expuestas a las fumigaciones con pesticidas que se realizan de abril a noviembre en estos estados norteamericanos. El exceso de labio leporino fue mayor entre los niños de Iowa y mayor entre las niñas de Míchigan.[\[270\]](#)

Los insecticidas más usados, después de la prohibición del DDT, han sido los organofosforados, y entre ellos el clorpirifós, cuyos efectos han sido descritos en un informe realizado por el grupo de trabajo coordinado por el doctor Fernando García del Pino, de la Universidad Autónoma de Barcelona.[\[271\]](#) Los productos neurotóxicos — como el clorpirifós— pueden alterar el desarrollo y las funciones del cerebro de manera específica y permanente, y sus efectos adversos se pueden presentar con exposiciones a niveles actualmente aceptados como seguros, ya que dosis bajas y repetidas pueden provocar los mismos efectos que dosis altas de exposición.

En concreto, los organofosforados y el clorpirifós se han relacionado con retraso en el desarrollo neurológico, defectos en la proliferación y migración neuronal del cerebro fetal, desórdenes de la conducta, hiperactividad y alteraciones motoras.[\[272\]](#) La

exposición gestacional afecta especialmente a la capacidad cognitiva de las hembras, con interacciones entre las células de la glía y la formación de la arquitectura cerebral, los circuitos y su función. En especial se ven afectados la corteza cerebral, el hipocampo y los núcleos estriados vinculados al aprendizaje y la memoria. Estas alteraciones persisten hasta la adolescencia y la vida adulta, con pérdidas de memoria y de capacidad para ganar habilidades de trabajo por los defectos de la transmisión sináptica.[\[273\]](#)

En los niños nacidos en la ciudad de Nueva York antes del 1 de enero de 2001, el peso al nacer disminuía 67,3 gramos y la talla 0,43 centímetros por cada unidad de más en los niveles de clorpirifós hallados en el cordón umbilical con respecto a la media de los nacidos. En cambio, después de enero de 2001, fecha en que entró en vigor el plan de regulación de los insecticidas en las viviendas, no se ha encontrado esta asociación.[\[274\]](#) En ratas expuestas a clorpirifós durante la organogénesis se ha demostrado teratogenicidad (capacidad de desarrollar malformaciones) y toxicidad en el desarrollo de órganos, así como aumento de labio leporino y paladar hendido, y algunos efectos fetales adversos como malformaciones óseas y formación de quistes óseos.[\[275\]](#)

En mujeres embarazadas que trabajan en la agricultura o conviven en granjas o espacios donde se están aplicando insecticidas se ha comprobado un incremento de hipertensión durante el embarazo y de preeclampsia gravídica, la presencia de hipertensión y edemas en las semanas anteriores al parto.[\[276\]](#)

La exposición a pesticidas organoclorados, organofosforados, carbamatos y rotenonas puede producir graves efectos para la salud a corto y largo plazo. La afectación es profunda y sutil, por lo que el diagnóstico es difícil de realizar, y tanto las personas expuestas como los profesionales sanitarios pueden atribuir los síntomas a problemas psicológicos.

Como decía Francis Bacon:

Pero si hay en el mundo hombres que tomen a pecho no atenerse a los descubrimientos antiguos y servirse de ellos, sino ir más allá; no triunfar de un adversario por la dialéctica, sino de la Naturaleza por la industria; no, en fin, tener opiniones hermosas y verosímiles, sino conocimientos ciertos y fecundos, que tales hombres, como verdaderos hijos de la ciencia se unan a nosotros, si quieren, y abandonen el vestíbulo de la naturaleza en el que solo se ven senderos mil veces practicados, para penetrar finalmente en el interior y el santuario.[\[277\]](#)

Se requiere un gran esfuerzo para introducirse en «el interior y en el santuario», donde radica la causa real de los problemas. Es más fácil decir que son problemas psicosomáticos que aceptar que los efectos secundarios de los pesticidas son más graves y persistentes en las mujeres. Como ya he explicado, es más probable que los síntomas

de una mujer sean atribuidos a causas psiquiátricas, en lugar de investigar realmente lo que ocurre en su organismo. Cuando las personas afectadas se reexponen accidentalmente a uno de estos productos, vuelven a reproducir los síntomas. Por todo ello es preciso que sea considerado un problema de salud pública y afrontarlo como tal.

[242] Messing, K., *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*, Bruselas: BTS, 1999.

[243] Alemany, C., V. Luc y C. Mozo González, *El acoso sexual en los lugares de trabajo*, Madrid: Instituto de la Mujer, 2001.

[244] Moore, K., *Las chicas del radio*, Madrid: Capitán Swing, 2018.

[245] Messing, K., «Buscando el rastro de lo invisible: indicadores científicos de los riesgos de salud en el trabajo de las mujeres», en *Vivir con salud haciendo visibles las diferencias. Congreso Internacional «Mujer, Trabajo y Salud», Barcelona 1996*, Madrid: Instituto de la Mujer, 1997.

[246] Lippel, K., *Le stress au travail. L'indemnisation des atteintes à la santé en droit québécois, canadien et américain*, Quebec: Éditions Yvon Blais, 1993.

[247] Kauppinen, K., «El acoso sexual no es algo para reírse; no es romántico, ni sexi», *Vivir con salud haciendo visibles las diferencias*, Madrid: Instituto de la Mujer, 1997, pp. 233-242.

[248] Medina-Ramón, M., J. P. Zock, M. Kogevinas, J. Sunyer y J. M. Antó, «Asthma symptoms in women employed in domestic cleaning: a community based study», *Thorax*, 58(11), 2003, pp. 950-954.

[249] Alemany, C., V. Luc y C. Mozo González, *op. cit.*, Madrid: Instituto de la Mujer, 2001.

[250] Messing, K., *op. cit.*, Bruselas: BTS, 1999.

[251] Bullock, S., *Women and Work*, Londres: Zed Books, 1994.

[252] Coria, C., *Laberintos del éxito: ilusiones, pasiones y fantasmas femeninos*, Barcelona: Paidós, 1993.

[253] Frankenhaeuser, M., «The psychophysiology of sex differences as related to occupational status», en M. Frankenhaeuser, U. Lundberg y M. A. Chesney (eds.), *op. cit.*, Nueva York: Plenum Press, 1991, pp. 39-61.

[254] Frankenhaeuser, M., U. Lundberg y M. A. Chesney (eds.), *op. cit.*, Nueva York: Plenum Press, 1991, p. 271.

[255] Torralba, F., *Antropología del cuidar*, Madrid: Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina, 1998.

[256] Borrell, E., *Presoners dels progrés. Fragmentació i felicitat femenina*, Lleida: Pagès Editors, 1999.

[257] Camps, V., *El siglo de las mujeres*, Madrid: Cátedra, 1998.

[258] González de Chávez Fernández, M. A., *op. cit.*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.

[259] Martí Valls, J. (coord.), «La contaminación y la salud. Análisis de los determinantes ambientales de la salud: contaminación química interna, radiaciones no ionizantes, la contaminación del agua, la producción industrial de alimentos y la salud, patologías emergentes y cáncer de mama», Barcelona: CAPS, 2011.

[260] Colt, J. S., M. R. Karagas, M. Schwenn, D. Baris, A. Johnson *et al.*, «Occupation and bladder cancer in a population-based case-control study in Northern New England», *Occupational and Environmental Medicine*, 68(4), 2011, pp. 239-249.

[261] Zahm, S. H., M. H. Ward y A. Blair, «Pesticides and cancer», *Occupational Medicine*, 12(2), 1997, pp. 269-289.

[262] Shaham, J., R. Gurvich e Y. Kneshet, «Cancer incidence among laboratory workers in biomedical research and routine laboratories in Israel: Part II-nested case-control study», *American Journal of Industrial Medicine*, 44(6), 2003, pp. 611-626.

[263] Veyalkin, I. V. y A. Milyutin, «Proportionate cancer mortality among workers in the Belarussian tanning industry», *American Journal of Industrial Medicine*, 44(6), 2003, pp. 637-642.

[264] Pharoah, P. D., N. E. Day, S. Duffy, D. F. Easton y B. A. Ponder, «Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis», *International Journal of Cancer*, 71(5), 1997, pp. 800-809.

[265] Ribas-Fitó, N., J. Sunyer, M. Sala y J. O. Grimalt, «Cambios en las concentraciones de compuestos organoclorados en las mujeres de Flix, Tarragona», *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 2003, pp. 309-311.

[266] Lynge, E., A. Andersen, L. Rylander, H. Tinnerberg *et al.*, «Cancer in persons working in dry cleaning in the Nordic countries», *Environmental Health Perspectives*, 114(2), 2006, pp. 213-219.

[267] Bessac, B. F. y S. E. Jordt, «Breath-taking TRP channels: TRPA1 and TRPV1 in airway chemosensation and reflex control», *Physiology (Bethesda)*, 23, 2008, pp. 360-370.

[268] Moreno, A. J. y V. M. Madeira, «Interference of parathion with mitochondrial bioenergetics», *Biochimica et Biophysica Acta*, 1015(2), 1990, pp. 361-367.

[269] Moreno, A. J., T. L. Serafim, P. J. Oliveira y V. M. Madeira, «Inhibition of mitochondrial bioenergetics by carbaryl is only evident for higher concentrations. Relevance for carbaryl toxicity mechanisms», *Chemosphere*, 66(3), 2007, pp. 404-411.

[270] Gordon, J. E. y C. M. Shy, «Agricultural chemical use and congenital cleft lip and/or palate», *Archives of Environmental Health*, 36(5), 1981, pp. 213-221.

[271] García del Pino, Fernando, C. Argemí Morral e I. Corbella Cordomí, «Estudio de la utilización del insecticida organofosforado clorpirifós en espacios urbanos», *Revista de Salud Ambiental*, 9, 2009, pp. 1-20.

[272] Ortega, J. A., J. Ferrís, A. Canovas, E. Apolinar, E. Crehuà, J. Garcia y M. Carmona, «Neurotóxicos medioambientales (I). Pesticidas: efectos adversos en el sistema nervioso fetal y postnatal», *Acta Pediátrica Española*, 63, 2005, pp. 140-149.

[273] Qiao, D., F. Seidler, C. Tate, M. Cousins y T. Slotkin, «Fetal chlorpyrifos exposure: adverse effects on brain cell development and cholinergic biomarkers emerge postnatally and continue into adolescence and adulthood», *Environmental Health Perspectives*, 111, 2003, pp. 536-544.

[274] Whyatt, R. M., D. Camann, F. P. Perera, V. A. Rauh, D. Tang, P. Kinney *et al.*, «Biomarkers in assessing residential insecticide exposures during pregnancy and effects on fetal growth», *Toxicology and Applied Pharmacology*, 206(2), 2005, pp. 246-254.

[275] Tian, Y., H. Ishikawa, T. Yamaguchi, T. Yamauchi y K. Yokoyama, «Teratogenicity and developmental toxicity of chlorpyrifos. Maternal exposure during organogenesis in mice», *Reproductive Toxicology*, 20(2), 2005, pp. 267-271.

[276] Saldana, T., O. Basso, D. Baird, J. A. Hoppin, C. Weinberg, A. Blair *et al.*, «Pesticide exposure and hypertensive disorders during pregnancy», *Environmental Health Perspectives*, 117(9), 2009, pp. 1393-1396.

[277] Bacon, F., *Novum Organum*, Barcelona: Hogar del Libro, 1988, p. 29.

## Patologías invisibles:

### los sesgos de género

### en el diagnóstico

*«La razón por la que lo superior está siempre del lado masculino y lo inferior del femenino es, en mi opinión, una consecuencia directa del hecho de que los hombres consideran a las mujeres como un recurso que les pertenece para que ellos se puedan reproducir. La relación masculino-femenino es una relación jerarquizada por esta razón, [...] pero esto no quiere decir que esta relación haya existido siempre y que permanecerá así por toda la eternidad en el futuro».*

FRANÇOISE HÉRITIER<sup>[278]</sup>

Elena tenía 19 años cuando empezó a encontrarse muy cansada; no rendía en su trabajo, y empezó a llegar tarde. Siempre tenía mucho sueño por las mañanas. Había sufrido cambios en su menstruación durante el último año. Fueron muy abundantes y cada vez más frecuentes, hasta que en los últimos tres meses tuvo las pérdidas menstruales cada quince días. Sus padres la llevaron a consulta con una médica internista que, después de hacerle una exploración completa, le pidió una analítica. Como resultado, se observó la presencia de anticuerpos contra la glándula tiroidea (tiroiditis autoinmune), un discreto incremento de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y una ligera anemia ferropénica. La médica internista les explicó la relación existente entre el hipotiroidismo leve que presentaba Elena y el cansancio, la pérdida de rendimiento personal y los excesos de menstruación, también denominados metrorragias, y les dijo que una dosis baja de levotiroxina sódica administrada cada mañana podría mejorar la mayoría de sus síntomas. Al cabo de trece años, Elena volvió a consultar a la internista con una larga historia de problemas médicos y psiquiátricos. Había tomado la medicación medio año y después la había dejado. Se fue encontrando cada vez más cansada y triste. No podía realizar su trabajo, y como tendía a engordar, empezó a restringir la comida, perdiendo peso en extremo, y a sufrir un pertinaz estreñimiento. Por indicación de sus padres, fue a visitar a varios psiquiatras, que la trataron con ansiolíticos y antidepresivos a dosis altas. Presentó un intento de suicidio con ingesta de altas dosis de pastillas ansiolíticas, y aunque pudo ser remontado, tuvo que ser ingresada en un centro psiquiátrico. Continuaba sin poder realizar su trabajo habitual, y la acabaron despidiendo. Creía que no podría mejorar nunca más y que

nunca podría tener relaciones afectivas con nadie de forma duradera. La analítica trece años después presentaba un incremento de los anticuerpos antitiroideos, y la TSH permanecía aumentada, con cifras de 12 ng/ml. Elena acudió sola a la consulta, y después siguió el tratamiento con hormona tiroidea de forma constante. La doctora le explicó la relación que existía entre el déficit de hormona tiroidea y la depresión de un neurotransmisor denominado serotonina que está en la base de muchas depresiones biológicas. Durante un año pactaron una reducción progresiva de la medicación con ansiolíticos y antidepresivos, y que trabajaría su miedo y su baja autoestima con una psicóloga advertida del caso. Mejoró lentamente, con altibajos. Actualmente puede trabajar, tiene una pareja estable y no precisa ansiolíticos ni antidepresivos para su vida cotidiana.

Tal como hemos analizado previamente, la mayoría de los síntomas que presentan las mujeres no son sometidos de entrada a un proceso de análisis y exploraciones para llegar a un diagnóstico. El desconocimiento de la morbilidad diferencial y el hecho de que el inconsciente médico crea que cuando está delante de una mujer lo más probable es que no TENGA NADA hacen que el camino hacia el diagnóstico esté lleno de obstáculos. Más que «la búsqueda de la verdad», el proceso para llegar al diagnóstico parece a veces esquivar los síntomas, minimizarlos, tratarlos con psicofármacos para que las quejas no continúen, y, en todo caso, si la paciente sigue insistiendo, se realiza alguna prueba exploratoria para confirmar que no tiene ninguna patología orgánica y que sus problemas son de orden psicológico.

Si el sistema sanitario que la atiende es público, la tendencia será solicitar pruebas o consultas a especialistas que se dilatan en el tiempo, para retardar el proceso de diagnóstico y, en parte, derivar las demandas de las mujeres e impedir que continúen hiperfrecuando los centros de primaria con sus quejas. Si el sistema que las atiende es privado, la tendencia será solicitar muchas pruebas costosas, pero cuyo objetivo puede que no sea llegar a un diagnóstico de lo que realmente presenta aquella paciente, sino conseguir un beneficio lucrativo. En muchos casos, el sesgo de género en el proceso de diagnóstico se parece más a un proceso de encarnizamiento, que acaba conduciendo a una iatrogenia y, como consecuencia, a aplicar un tratamiento erróneo.

### **Cuando los números cuentan.**

#### **El hombre como patrón de la «normalidad»**

*Normal* (medicina): «Libre de una infección u otra forma de enfermedad o malformación o de terapia experimental o manipulación». (*Webster's Encyclopedic Dictionary*).



Cuando se empezaron a realizar los primeros análisis de sangre y las primeras exploraciones, en la primera mitad del siglo XX, uno de los problemas conceptuales que se pusieron de manifiesto fue determinar qué se consideraba «normal» para una persona sana. Los patrones de normalidad fueron en un principio la media de los valores encontrados en una población dada. Pero las primeras poblaciones estudiadas fueron de hombres, y con el patrón hombre como patrón de la «normalidad» se construyeron los primeros valores que se consideraron normales para evaluar el estado de salud física de una población en un parámetro determinado (número de glóbulos rojos, número de glóbulos blancos o niveles de colesterol sérico).

Pero al analizar los valores de hombres y mujeres, se encontraron diferencias en algunos parámetros, en el sentido de que la mayoría de las personas del sexo femenino no presentaban como media cinco millones de glóbulos rojos, sino tan solo cuatro o cuatro y medio.

¿Era normal que una mujer presentara un millón menos de glóbulos rojos que un hombre? ¿O era debido a que ya presentaba una ligera anemia?

Otros parámetros relacionados con el metabolismo de los glóbulos rojos, como los niveles de hierro circulantes (sideremia) o de hierro almacenado (ferritina), también presentaban diferencias ostensibles según el sexo de las personas analizadas.

¿Lo que era normal para un hombre no lo era para una mujer?

Estas diferencias no se estudiaron con métodos rigurosos y epidemiológicos de forma sistemática, sino que se aceptó la existencia de diferencias en el metabolismo del hierro y de los glóbulos rojos, con un silogismo que puede ser falso: dado que las mujeres tienen la menstruación, es «natural» que tengan menos glóbulos rojos, porque pierden sangre cada mes. Nadie comprobó que con una pérdida normal (de unos cien centímetros cúbicos al mes) la recuperación de los glóbulos rojos se realiza en diez días, como tampoco que solo las pérdidas mayores (y por lo tanto anormales) no se recuperan y dan lugar a una carencia crónica.

Siguiendo el diccionario enciclopédico médico y su definición de normalidad, ¿podemos considerar normal una pérdida menstrual de más de doscientos centímetros cúbicos? ¿Lo que es habitual o frecuente lo podemos considerar normal? Las infecciones en las ciudades eran frecuentes antes del siglo XIX, porque no existían cloacas y las calles eran un hervidero de aguas residuales y excrementos que contaminaban incluso el agua de uso doméstico. ¿Era esto normal? Cuando se canalizaron las aguas residuales y aumentó la salubridad disminuyeron drásticamente las infecciones. ¿Debemos

considerar normal que una persona en el siglo XVIII padeciera cuatro o seis infecciones intestinales al año?

### **Normalización de la inferioridad**

Como muy bien explica la profesora Victoria Sau, decir que la mujer es inferior y darle a eso carta de naturaleza ha constituido desde hace siglos un estado de indefensión aprendida colectiva que conduce a tener las alas cortadas para iniciar un cambio o simplemente una aclaración veraz que pudiera dejar los términos en su lugar. El hombre no es superior a la mujer por su «naturaleza», sino porque ha poseído las estructuras de dominio, el dinero y el poder. Es muy difícil estudiar las diferencias sin caer en el reduccionismo, porque es muy difícil estudiar a mujeres y hombres, su salud y sus enfermedades, sin tener en cuenta cómo los ha definido la religión, la política y su entorno social.

### **Consideración de la clínica**

#### **y síntomas de las mujeres como inferiores**

El cuerpo y el espacio crecen juntos, y por lo tanto los criterios sobre lo que es normal y lo que es patológico, sobre lo que pertenece a una genética propia natural o a una genética adaptada al espacio material en el que nos ha tocado vivir, son criterios en constante transición que han evolucionado según las relaciones de poder y dominio, por lo que deberemos ser muy cautas ante cada afirmación que realice la ciencia, para intentar desenmascararla. La medicina no se escapa de estos sesgos patriarcales y culturales, y en su lenguaje y en sus análisis cae en sesgos conscientes o inconscientes a la hora de definir qué es normal y qué es patológico en las mujeres y en los hombres. En medicina existen muchas normas que se imponen como criterios de normalidad, en especial en el terreno del lenguaje simbólico, lo que englobaría a mi entender todos los signos que se pueden observar en la clínica, los síntomas que nos refieren las y los pacientes y las exploraciones que podamos realizar para «ver más» y entender qué está pasando en aquel organismo.

#### **¿Qué entendemos por normalidad?**

La medicina definió lo normal como ausencia de lo patológico. Dado que no había podido entender la fisiología del cuerpo y de la mente por carecer de medios para hacerlo, definió la salud como ausencia de enfermedad. Más adelante, la OMS definió la salud como «un estado de bienestar biológico, psicológico y social», lo que en la práctica cotidiana no ayuda mucho a avanzar, pues si esta fuera realmente la definición de

salud, todas y todos podríamos considerarnos enfermas y enfermos, pues nunca llegamos a alcanzar ese maravilloso estado de bienestar. ¿Hemos de considerar entonces que no somos normales?

¿Qué puede significar el término *normal*? El *Diccionario de la lengua española* define el término *normal* con varias acepciones: 1) Que es general o mayoritario o que ocurre siempre o habitualmente, por lo que no produce extrañeza; 2) como sinónimo de lógico; 3) que sirve de norma o regla; 4) que por su naturaleza, forma o magnitud se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano. Pero existen otras acepciones: normal se opone a lo anormal (al que se opone a las normas); normal en el sentido de banal u ordinario; normal en el sentido de hiperrígido e hipernormativo.

Lacan decía que cada uno es normal en su estructura. Y, a buen seguro, es más fácil definir lo patológico que lo normal. Pero si nos mantenemos en el campo de la biología, podemos empezar a preguntarnos si para nosotros la medicina debería considerar normal lo que ocurre mayoritariamente, «por lo que no produce extrañeza», lo frecuente o incluso lo banal u ordinario. Y debemos reflexionar sobre ello porque es muy fácil definir como normales analíticas, exploraciones, radiografías o electrocardiogramas simplemente porque no existe un gran tumor o una fractura abierta y no se ha procedido a analizar los cambios mínimos en las estructuras o los resultados bioquímicos con una mirada fisiopatológica, sino que lo que se ha hecho es mirar la columna de la derecha en la que están impresos los valores límites de las analíticas.

### **¿Lo normal es natural?**

Los trastornos de la menstruación se han tratado de invisibilizar con la idea de que son «naturales» y no tienen tratamiento, por lo que se ha preferido no verlos antes que intentar encontrar la verdad de lo que está pasando en ese organismo.

Si lo frecuente no tiene por qué ser lo natural ni lo normal, ¿como es posible que en excelentes tratados de medicina y de hematología se afirme en las páginas introductorias al texto que «las mujeres “sanas” tienen bajas las reservas de hierro», sin ninguna cita bibliográfica ni evidencia que lo avale?

¿Es natural que la mayoría de las mujeres del África subsahariana sean anémicas? ¿Es natural que la mayoría de las mujeres jóvenes en el mundo denominado desarrollado tengan carencias profundas de la reserva de hierro? ¿Es natural que no se traten las carencias leves de tiroides, de predominio en mujeres, sin ninguna razón científica de

peso para ello (ya que se ha comprobado que si no se tratan pueden producir graves deficiencias en la calidad de vida)?

### **Minimizar los datos de laboratorio**

#### **para naturalizar la inferioridad**

Uno de los avances importantes en los últimos treinta años en la investigación del organismo humano ha sido poder determinar, por medio de los denominados «análisis de sangre», elementos químicos, minerales, hormonas y metabolitos. A través del lenguaje simbólico de los números cuantitativos, el cuerpo nos habla —si sabemos interpretarlo adecuadamente— en paralelo al lenguaje de los síntomas. Pero no podemos encontrar el sentido de este nuevo lenguaje si pretendemos encasillarlo en determinados grupos nosológicos y no entendemos qué nos intenta decir, ya que las analíticas están bioquímicamente relacionadas con el funcionamiento de todos los órganos y sistemas. El lenguaje del organismo puede ser minimizado o maximizado en función de determinados intereses culturales o de la organización sanitaria y de las relaciones de poder en el acto médico.

Los patrones de «normalidad» en los parámetros de análisis bioquímicos u hormonales se construyeron en principio determinando la media de los valores encontrados en una población dada, con un método estadístico que permite analizar el valor máximo y mínimo más frecuente. Estos valores se determinaron en los centros hospitalarios, que, como ya hemos dicho, es donde se construye la ciencia médica de finales del siglo XX, tanto entre los pacientes como entre el personal sanitario (médicas/os, enfermeras/os), con la suposición imaginaria de que se trataba de población sana según el modelo saludable del que nos habla Foucault. Por lo tanto, dado que la mayoría de la población estudiada estaba formada por hombres, se construyeron los primeros valores de normalidad utilizando el patrón hombre, con la presunción de que las mujeres serían iguales. Pero, además, en base a la patología que presentaban predominantemente los hombres, se construyó un conjunto de analíticas sobre trastornos de hígado y de riñón y sobre alteraciones de los lípidos, con las cuales se analizaba a las personas que demandaban ayuda por cualquier causa, constituyendo así los parámetros de vigilancia de salud de las poblaciones laborales. Se vigilaba la salud masculina, pero ¿qué pasaba con las mujeres estudiadas? Que como la mayoría de las mujeres que consultaban por estar muy cansadas o presentar dolor en alguna parte del cuerpo daban «normales» en los análisis bioquímicos predeterminados, es decir, según la vigilancia de la salud establecida para los hombres, durante mucho tiempo se consideró que no tenían trastornos biológicos y que su malestar se debía a problemas psicológicos, con el

reduccionismo etiológico que supone hacer atribuciones cuando hay carencia de investigación.

### **Confusión entre valores de referencia, valores normales y valores óptimos**

Los valores normales se refieren a la población normal, con buena calidad de vida y buenas funciones vitales. Se han de evaluar en base a los test de calidad de vida. Los valores de referencia son costosos de conseguir y de determinar en población sana. Por eso se usan datos de la bibliografía o del fabricante de los reactivos, que puede que haya subvencionado un estudio fiable, pero que no tendrá en cuenta la calidad de vida, porque todavía no se exige como control.

Existen laboratorios de análisis clínicos que usan valores de referencia de hace veinte años. El problema es que los valores de referencia no sirven para determinar si el resultado de las analíticas es normal o patológico. Y este aspecto dificulta habitualmente la actividad de los profesionales sanitarios que deben interpretarlos, ya que los valores de referencia se confunden con los valores normales, sin que ninguna de las dos valoraciones se haya relacionado con el estado de salud ni con la calidad de vida.

Si queremos entender parte de nuestra identidad biológica y proyectar lo que todavía no somos, como dice Celia Amorós, no podemos mitificar ni ontologizar los valores normales, y mucho menos los de referencia, que no tienen relación ni con la energía ni con lo patológico. Quizás así podremos conseguir que las nuevas tecnologías analíticas nos permitan analizar aspectos cada día más sutiles de nuestro organismo y se conviertan en aliados en la «propia lucha emancipatoria», para la que todas las mujeres precisan el máximo de energía. Por ello propongo trabajar en una nueva valoración: los valores óptimos, que serían los que nos permiten el máximo de calidad de vida, de energía y de vitalidad en los años que podamos vivir.

### **Valoración de las diferencias como minusvalías y no como consecuencia de la discriminación**

La primera discriminación en el estudio de las diferencias entre mujeres y hombres la causa la metodología sesgada, que para establecer dichas diferencias parte de una igualdad completa entre los organismos y que, como hemos visto, confunde lo frecuente en un sexo con lo normal para todos. En los dos casos se naturaliza la inferioridad del sexo femenino bajo la capa de la normalidad en base a la alta frecuencia de las anemias, los hipotiroidismos y la propia violencia. La frase «mi marido me pega lo normal» tiene su equivalente médico en «la medicina me discrimina con lo normal».

## Los valores normales y los valores de referencia. ¿Cómo empiezan los sesgos?

Cuando los directores de los laboratorios de análisis clínicos fueron sensibles a la duda casi filosófica sobre qué consideramos valor normal para un determinado parámetro, la resolvieron con la denominación «valores de referencia», que es la que utilizan actualmente la mayoría de los laboratorios acreditados. En este caso, los valores se «referirán» a la población que acude a un determinado centro. Si la mayoría de las personas que se hacen análisis clínicos en un centro tienen valores bajos de un determinado parámetro, el laboratorio está plenamente legitimado para decidir que los límites de referencia sean más bajos. Por ejemplo, si la mayoría de las mujeres que acuden a un centro no tienen casi reservas de hierro en su organismo, el laboratorio puede decidir que los niveles de ferritina oscilan entre 4 ng/l y 80 ng/l en la mujer y entre 35 ng/l y 200 ng/l en un hombre, ya que en la población que atiende este laboratorio la mayoría de las mujeres presentan ferritinas por debajo de 20 ng/l. Muchos médicos clínicos no son informados de estos cambios de criterio, por lo que considerarán esos valores de referencia como valores «normales». Siguiendo este criterio, en una extrapolación extrema nadie en la población podría tener valores anormales, porque disminuyendo hasta el límite los valores de referencia los resultados estarían siempre entre límites prefijados. Así, en África sería «normal» que una mujer antes del parto tuviera dos millones y medio de glóbulos rojos (una de las primeras causas de la mortalidad materno-infantil), porque la mayoría de las mujeres de «referencia» son anémicas. Por lo tanto, y siguiendo el falso silogismo: «Es normal que las mujeres africanas sean anémicas».

Los sesgos a la hora de valorar los análisis de sangre de las mujeres a la baja se fueron implantando de forma gradual y sin explicación científica, de la misma forma que, como dice Françoise Héritier al inicio de este capítulo, en general todo lo relacionado con la mujer era considerado inferior. Por lo tanto, era «natural» y se debía considerar un parámetro normal que las mujeres tuvieran niveles de glóbulos rojos inferiores, así como una hemoglobina, una sideremia y una ferritina también inferiores. Era «natural» que todos los parámetros que podían mejorar la energía corporal y que ofrecían la posibilidad de desarrollar trabajos continuados que exigieran gran esfuerzo físico o concentración mental fueran considerados inferiores a los del sexo masculino.

¿Alguien puede pensar que a la medicina le interesa que la mitad de la población se mantenga siempre cansada, con dificultades de concentración, con frío y con dolores de cabeza? Es impensable, al menos de un modo consciente, pero lo cierto es que no se han abierto todavía grandes vías para remediarlo. En la mayoría de los buenos tratados de hematología podemos todavía leer: «La mayoría de mujeres “sanas” presentan las ferritinas bajas». Esperamos que esa práctica de valorar los parámetros energéticos de

las mujeres como inferiores —una forma de hacer invisible la falta de energía corporal— tampoco *permanezca para toda la eternidad en el futuro*.

### **¿Con qué estado de salud se comparan**

#### **los valores «normales»?**

Otra forma de sesgar los valores analíticos de las mujeres es considerar «normales» los resultados analíticos de las patologías que son más frecuentes en el sexo femenino o que constituyen lo que hemos denominado morbilidad diferencial.

Aunque en principio los valores medios de una población se definieron como los «valores normales», no siempre los valores de los parámetros más frecuentes fueron exactamente el punto medio entre los valores máximos y mínimos. Esta realidad ha generado también mucha confusión a la hora de valorar la normalidad, por ejemplo en el caso de la función tiroidea, precisamente una función que por razones genéticas y ambientales se altera mucho más entre mujeres que en hombres.

Los valores de la hormona estimulante del tiroides o TSH, indicador de la función tiroidea, y frecuentemente alterada en el sexo femenino, han ido evolucionando con el tiempo y con las diversas técnicas de determinación. Actualmente tiene unos valores de normalidad que oscilan entre 0,3 UI y 2,5 UI, según las técnicas de valoración más avanzadas basadas en anticuerpos monoclonales. Sin embargo, la media que en estadística se denomina «moda» se encuentra aproximadamente alrededor del 1, y en todas las técnicas anteriores también. Esto significa que la normalidad de la población se concentra en las personas cuya TSH esté alrededor de 1. Sin embargo, aún muchos laboratorios y muchos médicos clínicos y especialistas consideran que el valor es «normal» hasta 6 UI, y no se empieza a tratar el hipotiroidismo resultante si la TSH no es mayor de 10. ¿Por qué en los parámetros relacionados con el colesterol, en los que las alteraciones son de predominio masculino, se ajustan los niveles hasta límites por debajo de 200, y en la patología tiroidea, de predominio femenino, se permite que se consideren normales parámetros que indican alteración de función, y por lo tanto más cansancio, más dificultad de memoria y concentración y más tendencia a la obesidad y a la depresión? No hay explicación plausible, más que la de demostrar que los problemas que afectan al sexo femenino son inferiores. De este modo, no se valoran las alteraciones y las patologías, y en concreto los hipotiroidismos, que permanecen invisibles.

En teoría, los valores analíticos que expresan una situación metabólica «normal» deberían corresponderse con un estado de salud también «normal». Pero la definición de lo que consideramos desde la medicina un estado de salud normal es difícil de

evaluar. En principio se consideraba que una persona estaba sana cuando no tenía ninguna enfermedad, y por lo tanto lo que debían evaluar los análisis clínicos era la ausencia o presencia de una enfermedad.

Pero el concepto de salud ha ido evolucionando y la humanidad se ha podido permitir el lujo de considerar la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social. ¿Y cómo se puede evaluar este estado de bienestar? ¿Es compatible el estado de bienestar con padecer carencias hormonales o enfermedades autoinmunes? ¿Es compatible el estado de bienestar con presentar anemias o deficiencias en las reservas de hierro? ¿Con qué estado de salud se ha comparado la normalidad de los parámetros bioquímicos?

Dado que muchos laboratorios de análisis clínicos no tienen medios para hacer estudios de población han decidido poner sus propios límites a los valores normales, por lo que la oscilación de normalidades puede variar de forma amplia de un centro a otro. Dada la escasez de medios y la dificultad de evaluar clínicamente lo que es una población «sana», muchos de los parámetros de normalidad se determinaron entre profesionales sanitarios o voluntarios, sin saber qué grado de salud tenían las personas que participaban en la valoración ni si estaban cansadas o, por el contrario, estaban pletóricas de energía.

Para salvar este escollo se han desarrollado instrumentos de medida del estado de salud biopsicosocial para evaluar la calidad de vida de la población estudiada. Estos instrumentos de medida permiten saber qué estado de salud se correlaciona con unos determinados niveles bioquímicos u hormonales, y por lo tanto saber qué aspectos de la energía, del sueño, del ocio y del placer se modifican cuando se «normalizan» los parámetros. Pero la mayoría de las analíticas no se han evaluado todavía de esta forma, y los criterios que establecen las «diferencias de los valores normales» entre mujeres y hombres son totalmente arbitrarios y están influidos por la ideología patriarcal dominante, que considera inferior todo lo referente al sexo femenino.

De forma parecida a la maldición bíblica, las mujeres han de tener más anemias, más hipotiroidismos o más enfermedades autoinmunes (es «natural»). Asimismo, han de tener menos niveles de hemoglobina y de reservas de hierro, porque también es «natural» que pierdan sangre cada mes de forma excesiva. Todos estos factores y sesgos de género, que se aplican de forma más o menos consciente, contribuyen a la invisibilidad de la morbilidad diferencial.

## **Los sesgos de género en el diagnóstico clínico**



El diagnóstico clínico biopsicosocial es un proceso complejo, porque se debe barajar mucha información para intentar comprender qué es lo que le está pasando a aquella persona concreta y, al mismo tiempo, correlacionarlo con una serie de patologías previamente aprendidas o de riesgos psicosociales que sabemos que pueden producir alteraciones. Si los modelos en los que se basa la ciencia médica se han extraído del estudio de las patologías que presentan los hombres, es difícil que los problemas que presenten las mujeres se puedan poner de manifiesto.

Por lo tanto, los sesgos de género en el diagnóstico clínico hacia las mujeres se deben en primer lugar a la falta de ciencia, como hemos analizado en el séptimo capítulo, pero también a la organización sanitaria androcéntrica, que incrementa la invisibilidad, y a la falta de una investigación adecuada, tanto de las enfermedades como de los tratamientos.

Los profesionales sanitarios y la organización sanitaria son los que construyen poco a poco la ciencia clínica, el gran entramado del análisis estadístico de las frecuencias y las prevalencias de las enfermedades, de las nuevas incidencias patológicas, de los resultados de los tratamientos y de su evolución. Si las actitudes de los médicos y de los/las profesionales sanitarios/as hacia los/las pacientes ya están sesgadas en un inicio, difícilmente las estadísticas de prevalencia de enfermedades podrán ser objetivas, ya que los síntomas de las mujeres, que acostumbran a ser insidiosos (se presentan lentamente, crónicamente y de forma solapada) y a afectar a varias partes del cuerpo a la vez, no se valoran de forma adecuada.

Las actitudes de los médicos de atención primaria hacia los pacientes, mujeres y hombres, fueron estudiados por Bernstein y Kane.<sup>[279]</sup> Se analizaron las actitudes de 253 médicos y médicas de asistencia primaria frente a la expresividad de los problemas de salud de las/los pacientes. Se observó que el 25 % de las mujeres eran catalogadas como pacientes que se quejaban en exceso; sus síntomas se atribuían más fácilmente a influencias emocionales que los de los hombres, y sus enfermedades fueron clasificadas como psicosomáticas en el 26 % de los casos, frente a solo el 9 % en el sexo masculino. Los médicos y las médicas aprecian a menudo que las demandas de los pacientes varones son más serias, siendo más probable que valoren un componente psicosomático si la paciente es del sexo femenino.

### **Los sesgos de género en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es la cuarta causa de muerte en Estados Unidos y es la única causa de mortalidad que está aumentando en prevalencia. Aparentemente, la enfermedad es más frecuente entre hombres, si se atiende a los datos hospitalarios o a los datos de mortalidad. Esto sería aceptable si las causas de la enfermedad —el tabaquismo y la exposición laboral a factores irritantes— fueran predominantes entre el sexo masculino. Pero la situación actual ha cambiado mucho, y sin embargo no han cambiado todavía los hábitos diagnósticos o el sesgo inconsciente de los médicos y profesionales.

Actualmente, el número de fumadoras es casi paralelo al de los hombres fumadores, e incluso entre menores de 20 años las cifras son más elevadas entre el sexo femenino. Además, las mujeres se han incorporado a todo tipo de profesiones y pueden estar expuestas laboralmente a factores irritantes inhalados.

Por otra parte, existen crecientes evidencias de que las mujeres pueden ser más susceptibles a las consecuencias adversas sobre el pulmón del tabaquismo que los hombres. Por ejemplo, en el Lung Health Study (Estudio de Salud Pulmonar), que exploraba enfermedades pulmonares obstructivas crónicas moderadas, se observó que el test de metacolina (una prueba de provocación para observar el grado de obstrucción pulmonar) era positivo en un 25 % de los hombres y *positivo en un 48 % de las mujeres*. En estudios de población daneses en los que se analizaron a 13.897 personas durante varios años (entre 7 y 16 años), a igualdad de cantidad de tabaco fumado, las mujeres tenían un deterioro más rápido de la función pulmonar que los hombres y un riesgo mayor de ser hospitalizadas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Aunque las mujeres tienen un claro riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva, el diagnóstico se hace mucho más a los hombres. En cambio, si se analizan los datos de servicios de urgencias o de clínicas de atención a personas asmáticas, las mujeres presentan asma diagnosticado con mucha más frecuencia que los hombres. ¿Podría explicarse este sesgo en el diagnóstico de las enfermedades respiratorias de un modo similar a como explicamos en el octavo capítulo lo ocurrido en las enfermedades coronarias? ¿Qué pasaría si se realizaran pruebas de función respiratoria, como la espirometría, a una persona, hombre o mujer, que presentara síntomas de dificultad respiratoria?

Para contestar a estas preguntas, Chapman y sus colaboradores<sup>[280]</sup> entregaron a 192 médicos de primaria de Canadá y Norteamérica un cuestionario basado en la historia clínica de un antiguo fumador, que presentaba tos matutina e infecciones respiratorias de repetición. Después les preguntaron qué pruebas solicitarían y cuál sería su diagnóstico (en base a datos suplementarios que les facilitaron junto con la historia

clínica). A la mitad se les dijo que el paciente era un hombre, y a la otra mitad que era una mujer. Los resultados fueron que los médicos de primaria de Norteamérica no eran proclives a diagnosticar la enfermedad obstructiva crónica, y que, a igualdad de datos clínicos y analíticas, era menos probable que diagnosticaran la enfermedad a las mujeres y que les pidieran una prueba de función respiratoria como la espirometría.

En este estudio se obvió la forma en que los pacientes expresaban los síntomas — argumento utilizado para explicar los sesgos en el diagnóstico—, ya que la historia clínica se presentó por escrito, de modo que los resultados indicaron un sesgo preexistente en los médicos, que tienden a diagnosticar a las mujeres de asma cuando en realidad presentan enfermedad obstructiva crónica.

### **Los factores biopsicosociales**

#### **y el diagnóstico médico**

Los profesionales sanitarios, a la hora de realizar la asistencia médica o de investigar, creyeron, como también ha ocurrido en otras áreas del saber, que la ciencia era neutra por naturaleza. Este criterio les hizo pensar que cualquier metodología introducida podía ser válida para estudiar las enfermedades, pues no creyeron en ningún momento que hubiera diferencias de sexo ni en la mortalidad, ni en la evolución de las enfermedades, ni en el metabolismo de los fármacos.

Además, no se plantearon la necesidad de determinar cómo la propia organización sanitaria influye en la metodología de estudio y en los resultados de los análisis estadísticos efectuados. John McKinlay<sup>[281]</sup> demostró que, aunque en una primera aproximación social a los problemas de salud de hombres y mujeres se podía atribuir su etiología a problemas sociales relacionados solo con las discriminaciones, una aproximación más profunda señalaba también la pobreza, la clase social, las demandas de trabajo diferentes, la influencia del medio ambiente, la exposición a sustancias contaminantes e incluso la distribución gubernamental de los servicios sociales como factores que incidían en la salud de las mujeres de un modo diferente por tratarse de un colectivo que está muy afectado por una desigual distribución de las cargas familiares.

Lo que señaló McKinlay, precisamente, fue no solo la necesidad de que en los modelos de análisis estadístico se incluyeran la clase social, la cultura, la etnia y los factores individuales como factores separados, sino que se tuviera en cuenta que muchas veces factores potencialmente modificables como el tabaco, el alcohol, la actividad física o los hábitos dietéticos, y otros factores no modificables como la edad, el género o el bagaje genético, contribuyen de una forma distinta a la enfermedad o a la salud. Pero estas

cuatro áreas de influencia (la clase social, la cultura, la etnia y los factores individuales) no son independientes entre sí y pueden conducir a resultados confusos si no se analizan con un modelo adecuado. Por ejemplo, la pobreza, las escasas posibilidades de acceso a la cultura, la violencia o la actividad física continuada tienen una especificidad de género. A veces, lo que se podría atribuir a la raza o al sexo se debería atribuir al estatus socioeconómico cuando los efectos de los dos factores están adecuadamente separados.

### **¿Cómo influyen la organización sanitaria y el sistema de pago en la visibilidad de los diagnósticos clínicos de las mujeres?**

La comprensión epidemiológica de los problemas de salud será incompleta si la influencia del sistema social en el ámbito estadístico no se reconoce de forma apropiada. Por ejemplo, en los análisis para recoger datos de una determinada enfermedad existía un triunvirato tradicional formado por un agente externo que afectaba, un huésped que soportaba esta enfermedad y el medio ambiente. Pero ahora, analizándolo desde una perspectiva de género, podemos constatar que algunas políticas gubernamentales y de la organización sanitaria, algunas prioridades organizativas y algunas variables de conducta de las personas que tienen que atender a los pacientes o que deben de realizar estudios pueden influir en los resultados. [\[282\]](#)

J. B. MCKINLAY

La influencia de las conductas médicas en las estadísticas epidemiológicas es probablemente más importante que la de todo el sistema social combinado, y esto se puede ver con claridad si consideramos la forma en que los cardiólogos han sesgado la interpretación de los síntomas, su conducta en las exploraciones o incluso los tratamientos que prescriben para las enfermedades cardiovasculares. Si las personas que han de recoger los datos no creen en las enfermedades o creen que solo son causadas por algún determinado parámetro bioquímico (por ejemplo, si solo se plantean que las enfermedades coronarias tienen relación con el colesterol y no recuerdan que el tabaco es uno de los tóxicos que influyen más en ellas), es muy probable que los datos no sean recogidos de forma clara en la historia clínica, impidiendo así una buena evaluación de los mismos y, en consecuencia, que se pueda constituir un cuerpo científico que, por ejemplo, relacione los hábitos tóxicos con la enfermedad. Según McKinlay:

Parece que tanto las circunstancias sociales como los procesos biofisiológicos contribuyen a las frecuencias y a las estadísticas observadas. Una rígida adherencia a un aspecto en exclusión del otro es de un provincianismo destructivo. Además, esta aproximación tiene como resultado una incompleta y a veces poco rigurosa explicación de los fenómenos. Esta rigidez ha conducido a una investigación mal enfocada, a unas evaluaciones inapropiadas y a unas intervenciones mal concebidas relacionadas con la enfermedad. Como resultado, el reduccionismo sociológico entre sociólogos y trabajadores de salud pública se ha convertido en tan destructivamente miope como lo ha sido hasta ahora el reduccionismo biofisiológico entre los científicos de ciencias biológicas y naturales.

En definitiva, las manifestaciones diferenciales de la enfermedad no son visibles porque no hay una predisposición clara para que sean estudiadas. Una mayor proporción de mujeres que de hombres presenta diagnósticos finales denominados «síntomas y signos no específicos» o también, en algunas estadísticas, mortalidad por «causa no definida», tanto en las historias clínicas como en los certificados de defunción. La descripción de los síntomas clásicos de un dolor de infarto o de padecimiento coronario que se ha enseñado en las facultades de medicina en los últimos veinte años solo se centra en los síntomas de infarto de miocardio que presentan los hombres, porque no se han recogido los datos diferenciales que identifican las enfermedades coronarias de las mujeres, que pueden irradiar hacia la cara o que pueden originarse con náuseas o dolores abdominales. Si las personas que realizan los estudios estadísticos no tienen en cuenta que puede haber una evolución de las enfermedades o una metabolización de los fármacos diferente, o incluso un riesgo más elevado de padecer algún tipo de consecuencias negativas por la utilización de determinado fármaco, difícilmente las estadísticas resultantes analizarán la realidad, perpetuando así, año tras año, la invisibilidad de las mujeres en la ciencia médica.

En la atención primaria y en la especializada esta falta de investigación ha producido un vacío en el análisis de la morbilidad diferencial, es decir, de las patologías que de manera absoluta o relativa tienen una alta prevalencia en el sexo femenino, ya que predomina la visión androcéntrica que, tomando al varón como norma, explica toda la morbilidad de las mujeres en función del modelo masculino.[\[283\]](#)

Esta rigidez conlleva también sesgos en el diagnóstico, tanto por considerar que mujeres y hombres enferman de igual forma como por considerar, inversamente, que no pueden tener problemas similares (presencia casi igual de enfermedades cardiovasculares).[\[284\]](#)

Tampoco se tienen en cuenta los condicionantes biopsicosociales de las enfermedades que afectan de forma diferente a mujeres y hombres.[\[285\]](#)

Además de sesgos en el diagnóstico, también se han producido sesgos de género en los métodos de exploración, en la valoración de la normalidad en los análisis clínicos y en la aplicación de terapias sin ninguna diferenciación por sexo, ni en las dosis ni en la vía administrada.

Si la metodología de recogida de información está sesgada (como ocurre, por ejemplo, en la no valoración del dolor retroesternal que presentan las mujeres antes del infarto de miocardio), es difícil que los resultados de las estadísticas de prevalencia de enfermedades puedan atender las diferencias en morbilidad entre mujeres y hombres, ya que es más probable que la sintomatología de ellas se atribuya a problemas

psicosomáticos.[286] Los cuestionarios de síntomas utilizados para evaluar el estado de salud no tienen en cuenta la relación de los problemas de salud con el trabajo, la composición de la familia, los ingresos del hogar, etc.[287] En este sentido, introducir preguntas que tengan en cuenta la perspectiva de género ha dado un gran resultado en salud pública.[288], [289]

Ya en el año 1992, la revista *JAMA* publicó un monográfico dedicado a la salud de las mujeres en el que se señalaba la necesidad de llenar los vacíos en la investigación incluyendo la atención primaria.[290] Diez años después, se empezaron a llenar algunos huecos en las demandas de investigación[291] y en los protocolos asistenciales, pero aún queda mucho por investigar. Asimismo, muchas guías clínicas deberían revisarse y actualizarse desde la perspectiva de género.

Aunque existe literatura sobre la atención a la mujer en atención primaria,[292], [293] el auge que se produjo entre los años 2000 y 2010 se ha detenido. Además, excepto en cardiología, continúan faltando estudios de prevalencia de las enfermedades más frecuentes entre las mujeres y de si existen diferencias por sexo en los factores de riesgo. Los estudios publicados con mujeres en su cohorte de investigación todavía van ligados a menudo a la salud reproductiva o a la nutrición y no contemplan la salud diferencial. No obstante, actualmente dieciocho universidades americanas incluyen una formación específica en mujer y salud multidisciplinar con rotatorio por dieciséis especialidades, empezando por cardiología y endocrinología.[294]

Falta construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género. Para ello se precisa romper estereotipos y construir las bases para un diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. La falta de ciencia promueve que se realicen enfoques diagnósticos erróneos, etiquetando con rapidez determinados síntomas como problemas psicológicos, sin que se analice con detenimiento la existencia de patologías clínicas o subclínicas que puedan dar la misma sintomatología. Precisamente en los estudios realizados en atención primaria se refleja que es el sexo femenino el que presenta la mayoría de los síntomas sin diagnóstico. ¿Todas las demandas de las mujeres se deben a malestar psicológico o social? ¿O la medicina debe reconocer humildemente que no sabemos lo que ocurre y no hemos estudiado la morbilidad diferencial invisible?

---

[278] Héritier, F., *Masculin/Feminin II. Dissoudre la hiérarchie*, París: Odile Jacob, 2002.

[279] Bernstein, B. y R. Kane, «Physicians' attitudes toward female patients», *Medical Care*, 19(6), 1981, pp. 600-608.

- [280] Chapman, K. R., D. P. Tashkin y D. J. Pye, «Gender bias in the diagnosis of COPD», *Chest*, 119(6), 2001, pp. 1691-1695.
- [281] McKinlay, J. B. *et al.*, «Does variability in physician behavior explain any of the gender difference in cardiovascular disease?», en N. S. Czajkowski, D. Robin-Hill y T. P. Clarkson (eds.), *Women, Behavior, and Cardiovascular Disease*, Washington D. C.: Public Health Service, 1994, pp. 223-252.
- [282] McKinlay, J. B., *op. cit.*, *Journal of Health and Social Behaviour*, 37(1), 1996, pp. 1-26.
- [283] Mastroianni, A. C., R. Faden y D. Federman (eds.), *Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies*, Washington D. C.: National Academies Press, 1994.
- [284] Ruiz, M. T. y L. M. Verbrugge, «A two way view of gender bias in medicine», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 1997, pp. 106-109.
- [285] Gijsbers van Wijk, C. M., K. P. van Vliet y A. M. Kolk, «Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women», *Social Science and Medicine*, 43(5), 1996, pp. 707-720.
- [286] Bernstein, B. y R. Kane, *op. cit.*, *Medical Care*, 19(6), 1981, pp. 600-608.
- [287] Artazcoz, L., C. Borrell y J. Benach, «Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 2001, pp. 639-647.
- [288] Artazcoz, L, C. Borrell, I. Rohlfs, C. Beni, A. Moncada, J. Benach, «Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada», *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 2001, pp. 150-153.
- [289] Rohlfs, I. *et al.*, «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud», *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 2000, pp. 146-155.
- [290] Clancy, C. M. y C. T. Massion, «American women's health care: a patchwork quilt with gaps», *JAMA*, 268(14), 1992, pp. 1918-1920.
- [291] DeAngelis, C. D. y M. A. Winker, «Women's health—Filling the gaps», *JAMA*, 285(11), 2001, pp. 1508-1509.
- [292] Leppert, P. C. y F. M. Howard, *Primary Care for Women*, Filadelfia: Lippincott-Raven, 1997.
- [293] Smith, M. A. y L. A. Shimp, *20 Common Problems in Women's Health Care*, Nueva York: McGraw-Hill, 2000.
- [294] Roberts, M. M., F. J. Kroboth y G. M. Bernier, «The women's health track: a model for training internal medicine residents», *Journal of Women's Health*, 4(3), 1995, p. 313.

## La invisibilidad de las

### mujeres en los tratamientos

*«La idea de convencer a personas sanas para que empiecen a tomar un medicamento que no necesitan para una enfermedad que no tienen es tentadoramente fácil».*[\[295\]](#)

PETER GOTZSCHE

Sofía, de 20 años, ha tenido algunas menstruaciones dolorosas y acude a su ginecóloga para consultar. Esta le pregunta si precisa anticoncepción hormonal para sus posibles relaciones sexuales y ella contesta que no. No tiene pareja, y en caso de tenerla utilizaría preservativo. La especialista le recomienda un anticonceptivo hormonal para evitar el dolor de las menstruaciones, y le receta un nuevo anticonceptivo con una dosis muy baja de estrógenos. Al cabo de seis meses, en los que Sofía solo aprecia una ligera pesadez de las extremidades inferiores, se va de viaje con unos amigos en coche durante unos siete días. Al volver, y pasando por una ciudad capital de provincia, se siente repentinamente mal, con sensación de dolor en el pecho y sensación de ahogo. Al advertir que están cerca de un hospital general acuden al servicio de urgencias, donde le diagnostican una trombosis pulmonar aguda y la felicitan por haber acudido tan prontamente, ya que pueden descoagularla. También le suprimen la medicación anticonceptiva. Después de una semana de ingreso hospitalario vuelve a su casa, pero durante dos años tiene que continuar con tratamiento anticoagulante. Sofía pregunta por qué ha sufrido una trombosis si los anticonceptivos que tomaba tenían pocos estrógenos. Su médica de familia le explica que estos anticonceptivos son los que más trombosis pueden producir, porque el gestágeno, unido a los estrógenos, es un derivado de hormona masculina, y las recomendaciones de la Agencia Nacional del Medicamento ya advierten de que duplican el riesgo de padecer trombosis, pero que se informa poco a las usuarias de este posible efecto secundario. Se le recomienda que no vuelva a tomar anticoncepción por vía oral y que evite fumar.

**La invisibilidad en la investigación de nuevos**

**métodos diagnósticos y de nuevos tratamientos**



Históricamente, las mujeres han estado poco representadas o no han sido incluidas en los ensayos clínicos. En consecuencia, los datos que se derivan de ellos para el tratamiento de los pacientes se han basado sobre todo en población masculina, extrapolándose de forma inadecuada para el uso clínico en las mujeres. Pero en la era de la medicina basada en la evidencia no era posible continuar justificando esta aproximación, especialmente cuando se había informado de forma clara que existían diferencias de género relacionadas con la farmacocinética de los fármacos y que muchas de las drogas utilizadas se metabolizaban diferente en el hombre y en la mujer, incluso provocando efectos distintos.

En respuesta a estos problemas sobre las limitaciones de los resultados que se obtienen de los ensayos clínicos, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) publicaron en 1993 unas guías de trabajo que promovían, específicamente, la inclusión de mujeres y minorías en la mayoría de los estudios de investigación. Estas guías de trabajo se formalizaron bajo el nombre de Acta de Revitalización, exigiendo la inclusión de mujeres con posibilidades de quedar embarazadas en todas las fases de los ensayos clínicos para la investigación de nuevos fármacos. También se exigió que se analizaran los datos de los estudios especificando las diferencias de género cuando se realizaran ensayos clínicos de fase III.

Sin embargo, diez años después de la difusión de estas guías de trabajo, múltiples estudios han analizado el impacto que los mandatos del Gobierno han tenido sobre la equidad de género en la investigación y, por desgracia, se ha demostrado que los avances, tanto en el reclutamiento de mujeres como en el uso de análisis específicos de género, han sido muy pocos.<sup>[296]</sup> <sup>[297]</sup> David Harris también observó que en los ensayos clínicos promovidos por el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI, por sus siglas en inglés) se habían efectuado muy pocos cambios en lo referente a la participación de mujeres en los ensayos clínicos entre 1965 y 1998. Regina Vidaver constató lo mismo al revisar los artículos originales de investigación publicados en las revistas *New England Journal of Medicine*, *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, *Journal of the Regional Cancer Institute* y *Circulation* en los años 1993, 1995, 1997 y 1998. Entre todos los estudios pagados por el Servicio Internacional de Salud, aproximadamente una quinta parte no incluía mujeres como sujetos de investigación, y este número no mejoró de forma significativa en los cinco años analizados. Los ensayos clínicos acostumbran a incluir mujeres como sujetos, pero luego, en la mayoría de los casos, los resultados no son analizados por sexo ni por género.

El trabajo realizado por Vidaver fue uno de los primeros, y posibilitó que en el año 2000 el Comité del Senado para Salud, Educación, Trabajo y Pensiones escuchara un informe sobre las desigualdades en la salud dirigida a las mujeres.

Esta presentación motivó que la Oficina de Contabilidad del Gobierno hiciera las siguientes recomendaciones: se deben incluir hombres y mujeres en todos los estudios; cada instituto debe dar la misma importancia a la paridad entre los estudios; se recomienda la inclusión de mujeres y minorías en la investigación clínica. También se envió una carta a los editores de treinta y dos revistas médicas urgiendo a la revisión de las guías para que reflejasen la obligación de incluir mujeres en los ensayos clínicos y analizar los resultados por sexos. Además, se agradeció explícitamente a la revista *Journal of the National Cancer Institute* por ser la única publicación que había contestado a la llamada y había cambiado sus criterios.

Ramasubbu<sup>[298]</sup> llevó a cabo en el año 2001 una investigación sistemática de los ensayos públicos realizados en la revista *The New England Journal of Medicine* desde el 1 de enero de 1974 hasta el 31 de diciembre de 1999. Se centró en los trabajos de esta revista porque es una de las revistas médicas de habla inglesa más influyentes.

Los resultados fueron que se realizaron 442 ensayos clínicos, de los cuales 120 estudiaban la mortalidad. En estos 120 ensayos clínicos se reclutaron un total de 160.801 participantes, de los cuales 39.624 eran mujeres, un 24,6 %. Los porcentajes de reclutamiento eran más altos en los ensayos clínicos del área de medicina vascular (46 %), seguido por neurología (45 %), enfermedades infecciosas (39 %) y gastroenterología (37 %). En los ensayos clínicos de oncología las mujeres reclutadas representaron solo el 34 %, y en los de cardiología solo el 25 %. Los resultados fueron analizados desde una perspectiva de género en 17 de los 20 ensayos clínicos, 12 de los cuales eran sobre enfermedad cardiovascular. La representación de las mujeres no difería de forma significativa en función de quién pagaba el ensayo clínico. Los ensayos clínicos que se dedicaban a estudiar la mortalidad estaban relacionados principalmente con cardiología y oncología, por lo que en la mayoría de los ensayos clínicos que se realizaron durante este periodo las mujeres no estuvieron representadas.

### **¿Por qué existe este vacío en la participación de mujeres en los ensayos clínicos?**

Se barajan varias hipótesis. En primer lugar, los que diseñan los análisis clínicos pueden tender a reclutar una muestra uniforme de participantes con unas características compartidas para reducir la variabilidad y mejorar el poder de los resultados. Además, cuanto más grande es una muestra, más presupuesto necesita.

Por otra parte, existe el miedo a incluir mujeres en los ensayos debido a los posibles riesgos que pueden comportar para ellas, sobre todo los relacionados con los fármacos potencialmente teratogénos en el caso de las mujeres con una vida reproductiva activa.

Por último, también existen factores socioeconómicos. Muchas mujeres tienden a colocar su propia salud y su cuidado personal en el lugar más bajo de su lista de prioridades, ya que antes se encargarán del cuidado de los hijos, de la casa y del trabajo que de cuidarse a sí mismas, por lo tanto, les resulta más difícil participar. Además, el hecho de que no gocen de independencia económica y que no se tenga en cuenta el coste del transporte y de la asistencia de los hijos mientras se está participando en los ensayos puede hacer también que muchas mujeres se resistan a participar en ellos.

En un estudio que analizó el impacto de la directiva promulgada por la Sociedad Americana de Investigación se comprobó que la participación de mujeres en los ensayos clínicos había pasado de un 21 % antes de la directiva a un 26 % después de ella, lo que no supone un cambio significativo.

Aunque la Directiva del Acta de Revitalización de 1993 requería el reclutamiento de mujeres en todas las fases de los ensayos clínicos y un análisis específico por género de los datos de resultado en la fase III, el análisis realizado por Ramasubbu señala que no se han producido cambios significativos en el reclutamiento de mujeres en esta última década.

Vidaver y Harris también señalan que son precisamente las organizaciones no gubernamentales y no pertenecientes a la industria farmacéutica las que ofrecen un porcentaje de participación de mujeres más alto (un 30 %) en sus ensayos; en cambio, en los realizados por la industria farmacéutica solo es de un 27,5 %, y en los impulsados por el Gobierno solo de un 25 %.

Otra forma de invisibilización de la mujer es la que llevan a cabo gran parte de las revistas médicas. Muchas veces, la selectividad de la editorial puede jugar un papel muy importante en impedir la diseminación de datos específicos por sexo. Estos actos de omisión ejercen una influencia negativa en la calidad de la asistencia médica recibida por las mujeres, lo cual debería ser corregido con una mayor transparencia de las editoriales de las revistas médicas.

### **Causas de la poca representación de las mujeres en ensayos clínicos de fármacos**

El hecho de que exista una farmacocinética diferente según el sexo de la persona que recibe el producto hace imprescindible que las mujeres sean incluidas en los ensayos clínicos de farmacología. Una primera limitación ha sido precisamente la preocupación por las implicaciones ginecológicas y reproductivas de los fármacos.[\[299\]](#)

Un análisis detallado de la evolución de la farmacología muestra el gran fracaso que supuso la utilización de la talidomida para prevenir los vómitos durante el embarazo. Las consecuencias teratógenas que provocó en más de diez mil niños repartidos en todo el mundo motivó una gran regresión de la participación de las mujeres en ensayos clínicos.

Tras los acontecimientos adversos que se produjeron después de la administración de dietilestilbestrol (DES) y de talidomida en miles de mujeres embarazadas, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) prohibió en 1977 a las mujeres en edad reproductiva con potencial de quedar embarazadas participar en los ensayos clínicos hasta que se pudiera desarrollar una información segura y eficaz a partir de los primeros estudios clínicos y en animales. La guía de la FDA eliminaba esencialmente a todas las mujeres premenopáusicas de los ensayos clínicos, por lo que los estudios de nuevos fármacos y de nuevos instrumentos e intervenciones se realizaron basándose únicamente en hombres o mujeres posmenopáusicas.

Sin embargo, los análisis por sexo de los sujetos de estudio resultan esenciales en casi todos los casos. Las recomendaciones de tratamiento han acostumbrado a ser neutras en lo referente al sexo, pero el gran número de diferencias que se han descubierto entre hombres y mujeres nos sugiere que estas prácticas son potencialmente peligrosas. Por ejemplo, existen diferencias de sexo observadas en las enzimas que metabolizan muchos fármacos. La subfamilia más abundante de estas enzimas, la CYP3A4, se encuentra fundamentalmente en el hígado, y son más activas en las mujeres que en los hombres, metabolizando un amplio espectro de drogas, como los antiepilépticos, los medicamentos para el sida, algunos tratamientos para tratar el alzhéimer o algunos antihistamínicos que fueron muy peligrosos, como la terfenadina y el astemizol, ya que producían arritmias cardíacas mortales (*torsades de pointes*), sobre todo entre mujeres. Una revisión de la literatura ha puesto de manifiesto, precisamente, que el porcentaje de mujeres que pueden presentar arritmias con estos medicamentos es mucho más alto que el de los hombres.

La poca representación de mujeres en los ensayos clínicos hace necesario un nuevo tipo de estrategias. Esto precisamente fue lo que motivó el desarrollo de un análisis específico de género de los problemas relacionados con el envejecimiento, la presencia de cáncer de mama y de colon, los problemas de osteoporosis y los efectos secundarios de la THS.

En 1996-1997 nació en Estados Unidos el proyecto Women's Health Initiative, que se ha convertido en el primer estudio de población a gran escala encargado de deshacer los mitos que pesaban sobre la THS y las falacias que se habían difundido desde sus inicios.

Dicho proyecto constituyó un primer paso para desarrollar ciencia médica teniendo en cuenta las necesidades e intereses de las mujeres, que tradicionalmente habían sido olvidados o despreciados. En un momento en que los medios de comunicación sensacionalistas hacían pasar por científica información que no lo era o se difundían noticias y falacias sin base experimental, el hecho de que un departamento de salud pública financiase un estudio a gran escala con más de cien mil participantes durante cuatro o cinco años —de hecho, estaba diseñado para que se prolongara durante una década— constituyó un hito muy importante en la historia de la investigación biomédica dirigida a las mujeres.

Marianne Prout ha estudiado cómo debería ser la equidad entre sexos en los ensayos clínicos. Considera que contar el número de participantes de cada sexo en todos los ensayos clínicos es inadecuado; la investigación específica por sexo, como la del embarazo o la menopausia, está dirigida fundamentalmente a las mujeres y hace que el simple recuento del número de participantes no sea significativo. En estudios específicos por sexo se llega a la percepción de que las mujeres están mucho más representadas de lo que realmente lo están. Las mujeres premenopáusicas se encuentran con barreras para participar en la investigación y el desarrollo de fármacos en la fase I y en la fase II de los ensayos clínicos. Los cambios en las políticas de inclusión de mujeres han hecho que muchas terapias y muchos fármacos, y sus efectos en las mujeres, tengan que ser revalorados. Asimismo, algunas de las leyes que permiten la participación de mujeres en edad reproductiva han tenido que ser revisadas. Además, la participación no es suficiente; se necesita un análisis específico por sexo que asegure que las diferencias entre hombres y mujeres son efectivamente valoradas. Los tratamientos y las estrategias de prevención que no tienen en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres empeoran los resultados y hacen invisibles los efectos secundarios de las terapias.

### **La digoxina**

El grupo de investigación sobre la digoxina había informado ya de que las personas que se trataban con este fármaco cuando padecían una insuficiencia cardíaca tenían una mayor mortalidad si tenían una función sistólica ventricular izquierda deprimida. Aunque ya se sabía que las causas, la epidemiología y el pronóstico de la insuficiencia cardíaca varían entre hombres y mujeres, los efectos de la digoxina no fueron evaluados hasta que Saif Rathore<sup>[300]</sup> publicó un trabajo al respecto. En un gran ensayo clínico aleatorizado comparando digoxina con placebo en pacientes con insuficiencia cardíaca, con un seguimiento de tres años, la mortalidad fue ligeramente más baja con digoxina que con placebo entre hombres (35 % vs. 37 %), pero fue ligeramente más alta con digoxina que con placebo entre mujeres (33 % vs. 29 %). Esta interacción entre sexo y

digoxina fue estadísticamente significativa. La terapia con digoxina redujo un 9 % la tasa de hospitalización entre hombres y solo un 4 % entre mujeres. Los autores recomiendan precauciones al prescribir digoxina destinada a mujeres hasta que no se puedan averiguar las causas de estos nuevos datos diferenciales. Se ha demostrado que existe una diferencia absoluta de muertes entre mujeres y hombres por el efecto de la digoxina, independientemente de cualquier causa. Este estudio es muy significativo porque señala que hasta ahora la mayoría de los fármacos que se utilizan para una enfermedad tan grave y con tanto riesgo de mortalidad como la insuficiencia cardíaca no han sido estudiados desde un punto de vista diferencial, y que no se conocía que podían producir en la mujer una tasa de mortalidad más alta que en el hombre precisamente porque en ella existen quizás más alteraciones en la función ventricular.

Un segundo estudio señaló que la mortalidad posinfarto, debida muchas veces a las arritmias cardíacas, podía relacionarse con los medicamentos antiarrítmicos, que según el nivel de la bomba de potasio cardíaca pueden producir arritmia. En las células cardíacas existe una bomba de sodio y potasio que regula la contracción del miocardio y que presenta diferencias según el sexo. Las mujeres tenían una entrada de potasio diferente que los hombres, lo que también ocurre entre animales de experimentación, como se ha comprobado en los conejos. Por lo tanto, algunos fármacos que en los hombres podrían disminuir las arritmias cardíacas en las mujeres podrían provocarles arritmias ventriculares mortales si se utilizan en la fase posinfarto. Lo confirmó Anne Gillis en 2017, como he descrito en el capítulo octavo. Esto quizás explicaría en parte la mayor mortalidad en mujeres entre el tercero y el sexto mes después del infarto.

### **Aspirina y mujeres:**

#### **empezamos a saber algo diferente**

En la década de 1980 se iniciaron los grandes estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo y las formas de prevención de las enfermedades cardiovasculares. Pero en dichos estudios se fraguó el sesgo de género, invisibilizando al sexo femenino.

La mayoría de los grandes estudios sobre tratamiento y prevención de enfermedades cardíacas no incluyeron a ninguna mujer en los trabajos de investigación, por lo que tanto los síntomas que presentan las mujeres antes de los infartos de miocardio como el papel preventivo de algunos medicamentos —ya fuera para la prevención secundaria (cuando ya se ha tenido un infarto) o para la prevención primaria (para prevenirlo)— quedaron sin estudiar.

A partir del año 2000, un metanálisis realizado en Gran Bretaña,[\[301\]](#) en colaboración con varios centros sobre ensayos clínicos con terapia antiagregante plaquetaria para la prevención de muerte del infarto de miocardio y del accidente vascular cerebral, puso de manifiesto el papel beneficioso de la aspirina tanto en hombres como en mujeres para la prevención secundaria de episodios repetidos cuando se había padecido un primer infarto.

Hasta ese momento, solo cinco grandes ensayos clínicos, implicando a 55.580 participantes, habían evaluado la aspirina como prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Y aunque la conclusión de estos ensayos fue que la aspirina reducía en un 32 % el riesgo de infarto de miocardio, en tres de los ensayos solo se incluyeron hombres,[\[302\]](#), [\[303\]](#), [\[304\]](#) y en los demás solo 180 de los 2.402 accidentes vasculares se presentaron en mujeres. Por todo ello, las recomendaciones para el uso de la aspirina como prevención primaria en mujeres se basaban en datos muy limitados.

Sin embargo, la evidencia científica directa del efecto de la aspirina como preventiva entre las mujeres era absolutamente necesaria, pues las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte entre mujeres y hombres, y además se conocían efectos diferentes del metabolismo de los salicilatos, que se degradan de forma diferente entre los dos sexos.[\[305\]](#)

Para dar respuesta a los interrogantes, un equipo de investigadores de diversos centros de Estados Unidos coordinado por Julie E. Buring[\[306\]](#) participaron en un gran ensayo clínico, el Women's Health Study, que comparó placebo y aspirina a dosis bajas (cien miligramos a días alternos) entre 39.876 mujeres aparentemente sanas de 45 años en adelante, seguidas diez años, como media.

Los resultados han puesto de manifiesto las siguientes conclusiones válidas en el sexo femenino:

- Comparado con placebo, la aspirina no tiene efecto significativo en el riesgo de infarto de miocardio mortal entre mujeres.
- Comparado con placebo, la aspirina no tiene efecto significativo en la muerte por causas cardiovasculares entre mujeres.
- El sangrado gastrointestinal que necesitó transfusión fue más frecuente entre las mujeres a las que se administró aspirina que entre las que recibieron placebo.

→ El análisis del subgrupo de mujeres mayores de 65 años mostró que la aspirina a dosis bajas redujo el riesgo de accidentes cardiovasculares graves, infarto de miocardio e infarto cerebral isquémico.

Por lo tanto, la recomendación de usar aspirina a dosis bajas como prevención primaria del infarto de miocardio ha mostrado claras diferencias por sexo en este primer ensayo clínico. Mientras que entre los hombres su utilización puede prevenir un 32 % de infartos de miocardio, entre las mujeres su utilidad no ha sido significativa frente a placebo, con un incremento de hemorragias gastrointestinales. Es interesante señalar que en mujeres mayores de 65 años sí se han demostrado efectos preventivos del infarto de miocardio y de los infartos cerebrales isquémicos (las denominadas embolias).

Esperamos que a este minucioso estudio diseñado hace años le sigan muchos otros en los que el efecto de los fármacos sea analizado tanto en hombres como en mujeres, y tanto en ratas como en ratones. No se deberían comercializar fármacos que no hubieran sido estudiados en fase preclínica y en fase de ensayos en humanos en mujeres y hombres.

Esta es una premisa que todas las mujeres deberían exigir. No deberían consumir ningún medicamento que no se haya investigado con evidencia buena entre personas de su mismo sexo. El metabolismo de muchos fármacos y antibióticos no es igual entre mujeres y hombres, y el de la aspirina tampoco. ¿Nos atrevemos a solicitar investigaciones diferenciadas por sexo?

### **El uso a largo plazo de los COX-2 inhibidores aumenta los riesgos cardiovasculares**

Se han publicado varios estudios sobre el efecto de los COX-2 inhibidores y los riesgos cardiovasculares. El ensayo APPROVe,<sup>[307]</sup> con 2.586 pacientes reclutados para saber si los COX-2 inhibidores —como rofecoxib (Vioxx) y celecoxib (Celebrex)— podían evitar que los pólipos de colon y recto se convirtieran en adenomas, puso de manifiesto que a los tres años la incidencia de acontecimientos trombóticos (cardíacos y cerebrovasculares) fueron significativamente más altos entre el grupo tratado con rofecoxib que con placebo. El ensayo APC,<sup>[308]</sup> con 2.035 pacientes sobre la prevención de adenomas de colon y recto con celecoxib y placebo, demostró a tres años más infartos de miocardio, ictus y muerte cardiovascular en el grupo tratado que en el placebo. Lo mismo ocurrió en un estudio para disminuir el dolor tras la cirugía de coronarias.<sup>[309]</sup> Todos los estudios juntos sugieren que el uso a largo plazo de estos productos aumenta el riesgo de acontecimientos trombóticos, incluso en pacientes clínicamente estables. Si las investigaciones hubieran incluido la vigilancia cardiovascular desde 1999, cuando se detectaron los primeros problemas, se hubiera



podido prevenir un gran número de morbilidad y mortalidad cardiovascular, valorando riesgos y beneficios con igual rigor, como así lo ha hecho el Women's Health Initiative (WHI), tal como han reconocido dos editoriales de la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine*.

## **Manipulando o «farmapulando»**

### **el cuerpo de las mujeres**

Cuando hablamos de medicalización hablamos de consumismo, de excesos; cada vez se consumen más fármacos, con o sin receta, en nombre de la prevención o la calidad de vida en los países donde se los puede pagar. Porque para las enfermedades reales y bien reales de los pobres no se investiga nada que no salga rentable.

LEONOR TABOADA, 2009

Es evidente que la evolución de la farmacología, con la introducción comercial primero de las sulfamidas en el año 1935 y de los antibióticos después, y con la comercialización de la penicilina hacia el año 1942, ha contribuido a mejorar la esperanza de vida al evitar muertes por infecciones, neumonías y sepsis, que eran las principales causas de muerte prematura. Recordemos que las muertes por la gripe del año 1917 lo fueron por las complicaciones neumónicas para las que en aquel momento no disponían de ningún tipo de fármaco con que combatirlos. Pero de no tener fármacos hemos pasado a un exceso de administración de los mismos en los países llamados «desarrollados» que los pueden pagar. Administramos fármacos para tratar problemas sociales o situaciones de estrés, y convertimos en enfermedades procesos fisiológicos como la menopausia y el parto. Fenómenos que son procesos de la vida se convierten en enfermedad, al igual que la pobreza, la precariedad laboral, el paro o la soledad.

La medicalización en Occidente viene determinada por la propia industria farmacéutica, con su tendencia a conseguir beneficios vendiendo todo tipo de productos, aunque no sean necesarios. Es ya clásica la frase que Henry Gadsden, director de los laboratorios Merck, dijo a la revista *Fortune* en 1976: «Es una pena que los únicos clientes de los productos de mi compañía sean los enfermos. Si pudiera conseguir producir medicamentos para los sanos, entonces podría vender a todo el mundo». El objetivo de tratar a las personas sanas se incardina en una cultura desarrollada en Occidente que considera los medicamentos, sean del tipo que sean, como fórmulas para soportar la incertidumbre de lo que pasará y para superar la angustia frente a lo desconocido. La cultura de la pastilla encuentra buen acomodo en la sociedad de la prisa, que no tiene tiempo para incubar correctamente un resfriado o una gripe, guardando cama dos o tres días, y quiere pastillas para acabar antes.

Las y los pacientes también entran en la lógica de la sociedad de consumo, que ha logrado introducir en la mente de las personas el consumo indiscriminado, aunque no cubra las necesidades concretas que tengan. Además, la cultura de la pastilla conlleva una actitud pasiva ante la enfermedad, una mentalidad basada en el «que me curen» que transfiere a otro la responsabilidad de la propia salud.

Por otra parte, la sociedad occidental también ha canalizado malestares de orígenes muy diversos hacia el médico del sistema público, que ha de contener la angustia de la población por la crisis económica o por la falta de ilusión colectiva por el futuro.

### **La medicalización de la población tiene sexo**

La medicalización excesiva de la población afecta más a las mujeres que a los hombres, porque su cuerpo ha sido bombardeado con todo tipo de mensajes contradictorios y porque, en realidad, cuidan de la salud de toda la familia. Pero también por la tiranía del ideal de belleza, que va acompañado de una confusión entre belleza y salud que la industria fomenta. Todo el sistema publicitario continúa considerando a las mujeres como objetos mejorables. Los hombres son seres y las mujeres cosas. Siempre imperfectas, siempre sometidas a la mirada del otro. Tienen tan interiorizada la imperfección a través de la cultura heredada —no olvidemos la misoginia de Moisés, para quien Eva era la gran culpable de todo— que si preguntamos a las mujeres si les gusta su cuerpo, la mayoría contesta que no. Muchas mujeres han asumido como verdad lo que los medios y las miradas de los otros les transmiten. No escuchan la vitalidad de su cuerpo; se centran en la apariencia y en la imagen. La medicalización de las mujeres no encuentra barreras en un contexto en el que los diagnósticos certeros de lo que les está ocurriendo permanecen invisibles. Y a su vez, estos diagnósticos invisibles, o la atribución incorrecta de las causas de los síntomas, se complican por la medicalización del cuerpo de las mujeres y de su mente. Aunque he descrito diversas formas de medicalización en las distintas etapas de la vida de las mujeres, me permito ofrecer un breve resumen de las mismas para que podamos observar la magnitud de lo que supone este encarnizamiento terapéutico.

### **Medicalizar la salud de las mujeres cuando**

### **no se diagnostica la morbilidad diferencial**

La formación del médico o la médica de primaria o de hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino, ni tampoco dispone (porque no existe) de una ciencia sistematizada para apreciar la diferente expresión de la sintomatología de algunas enfermedades según el sexo de las personas. Al faltar

formación y docencia específica, y al mantener en el inconsciente los estereotipos de género, es fácil que los síntomas y patologías más prevalentes entre mujeres permanezcan invisibles. Sus demandas, síntomas y problemas se han considerado inferiores y poco importantes, y sus repetidas solicitudes de ayuda por estar cansadas o sentir dolor se han intentado controlar con psicofármacos o con todo tipo de analgésicos, sin entender las causas de los síntomas que presentaban.

Según las recomendaciones de la Sociedad para la Investigación de la Salud de las Mujeres, se ha de conseguir una investigación que tenga en cuenta las diferencias biológicas y de conducta entre mujeres y hombres. Dicha investigación ha de ser interdisciplinar entre todas las especialidades médicas, desde la epidemiología a la biología molecular. Es necesario que las instituciones apoyen la investigación interdisciplinar con programas de formación *ad hoc*, y que los editores científicos promuevan la publicación de trabajos realizados interdisciplinariamente.

La atención primaria está contaminada por el sesgo de género existente en la ciencia. En ella solo se valoran diagnósticos, clasificaciones y globalizaciones a toda costa, dejando sin contabilizar las diferencias, las especificidades, la subjetividad, los diagnósticos abiertos o la relación de los diferentes síntomas. La proximidad a los problemas, al malestar, a la enfermedad y a la salud forma parte del patrimonio y de la aportación de la atención primaria a la investigación en la ciencia médica. De hecho, en la práctica diaria, la mayoría de los profesionales ejerce esa proximidad de forma empírica, dispensando atención individualizada por género a partir de la experiencia clínica.

### **Medicalización de los procesos naturales: menstruación y menopausia**

Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea.

VICTORIA SAU<sup>[310]</sup>

En junio de 2005, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS clasificó la anticoncepción hormonal y la THS en la menopausia como carcinógenos en seres humanos. Esta clasificación está destinada a identificar los carcinógenos potenciales asociados con la nutrición, el medio ambiente y los productos farmacéuticos, pero no incluye análisis de costo-beneficio, por lo que ha sido discutida por muchos especialistas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en la década de 1950, Gregory Pincus y sus colaboradores descubren la píldora anticonceptiva, que inicialmente tiene el sentido de ayudar a la planificación de la familia y a regular los embarazos. Con el tiempo,

cualquier pequeño trastorno en la regularidad del ciclo menstrual o en la intensidad de la menstruación, en lugar de ser investigado para diagnosticar las causas, fue «tratado» inicialmente con anticonceptivos hormonales. Las explicaciones que se daban a las jóvenes que acudían a la consulta eran superficiales y hábilmente engañosas. Los anticonceptivos hormonales «les regularían el ciclo», o sea, harían que tuvieran la menstruación puntualmente cada veintiocho días, y disminuirían su cantidad, pero nadie les explicaba que, al mismo tiempo, se inhibía el ciclo menstrual en el hipotálamo, la armonía de sus neurotransmisores y el equilibrio de la circulación en sangre de las hormonas tiroideas y de la glándula suprarrenal. Abolir la ovulación no suponía necesariamente ganar calidad de vida, ya que incluso muchas mujeres apreciaron disminución de la libido, aunque sí supuso para muchas la posibilidad de planificar sus embarazos. Los comprimidos que se tomaban para poder tener mayor libertad sexual acababan a veces suprimiendo el deseo sexual. Queda para una reflexión posterior la cuestión de por qué no se ha comercializado nunca la píldora anticonceptiva masculina. Disminuir la producción de espermatozoides sin afectar la producción de testosterona ha sido una tarea no lograda todavía. La farmacoterapia no podía suprimir el deseo sexual masculino, ya era suficiente con manipular el femenino.

Gracias a una mejor nutrición de la población y a la posibilidad de planificar los embarazos, la menstruación es una realidad mensual para millones de mujeres, y es un indicador del estado de salud de las mujeres desde la adolescencia, ya que las situaciones de estrés físico o mental, las anemias, las deficiencias nutricionales o la pérdida de peso pueden alterar su ritmo. La armonía vital física y mental se refleja en su regularidad. La menstruación «normal» —un hecho nuevo del siglo XX, cuando las mujeres ya no están constantemente embarazadas durante su vida reproductiva— se puede presentar cada 26 a 32 días, con un día fuerte y dos o tres con menos flujo, sin coágulos ni dolor, con pérdidas no superiores a 100 centímetros cúbicos y sin síntomas previos de malestar, dolor mamario o dolor en piernas o abdomen, el denominado síndrome premenstrual. La alteración de alguno de estos parámetros nos puede permitir detectar en fases muy tempranas carencias, disfunciones y enfermedades que podrían ser tratadas, equilibradas o curadas.

Se han publicado dos estudios que señalan la disminución de la incidencia del cáncer de ovario entre las usuarias de contraceptivos hormonales durante tres años, con una frecuencia estadística inferior al incremento de incidencia del cáncer de mama. No han sido publicados hasta la fecha estudios que comparen las incidencias de los dos tipos de cáncer en el mismo grupo de población. Aunque algunos divulgadores se han apresurado a resaltar tan solo este beneficio, el incremento de la incidencia de cáncer de mama hace que el balance de los contraceptivos hormonales sea negativo, por lo que no se debe recomendar su uso como prevención, como hemos leído en algunos artículos.

Además, se ha comprobado una correlación entre la utilización de contraceptivos hormonales y el incremento de incidencia de cáncer cervical, aunque algunos autores proponen la explicación de que el uso de anticonceptivos relaja la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de la infección con el papilomavirus humano al no utilizar preservativo.

Se empiezan a conocer los mecanismos biológicos que relacionan los anticonceptivos hormonales y el cáncer de mama. El riesgo de los anticonceptivos orales con bajas dosis de estrógenos depende de la asociación con los progestágenos de síntesis, cuyos efectos negativos dependen del estado previo de las células mamarias, y tienen por lo tanto una variabilidad individual; además no todos los progestágenos de síntesis actúan de la misma forma en la célula mamaria normal y en la patológica. Existen estudios que comparan los efectos de diversas hormonas sobre las células mamarias con cáncer o no.

El desconocimiento de las causas que producen alteraciones del ciclo ha hecho creer a muchas mujeres, y también a muchos profesionales de la medicina, que lo mejor para abolir las molestias de la menstruación es acabar con la menstruación misma, aunque se reconozca que entonces deberían estar tomando medicación durante aproximadamente 35 años, tiempo que corresponde a la duración de la vida reproductiva. Muchos especialistas hablan de controlar o abolir la menstruación actuando con hormonas, con más o menos dosis, como si se pudiera controlar la menstruación actuando tan solo sobre el útero, de cintura para abajo. Olvidan que la ovulación y la menstruación están dirigidas por la base del cerebro, y que solo se podrán manipular actuando sobre el sistema neuroendocrino del sistema nervioso central. Además, en la actualidad todavía desconocemos las consecuencias a medio y largo plazo de la introducción constante de hormonas en el cuerpo de las mujeres.

La introducción de tratamientos para parar, reiniciar o abolir la menstruación sin tener en cuenta todas las circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que pueden alterarla, ¿acerca o aleja cada vez más a las mujeres de su propio cuerpo? Estoy con Victoria Sau cuando dice: «A las mujeres se les crean y dictan *sus* deseos y necesidades para justificar luego cualquier forma de intervención con el pretexto de que son ellas mismas quienes la solicitan».

### **La terapia hormonal sustitutiva**

#### **en la menopausia reconocida como factor de riesgo de cáncer de mama**

La terapia hormonal sustitutiva (THS) se ha mostrado como factor de riesgo de cáncer de mama, tal y como ya preveían los estudios correlacionados con los niveles de

estrógenos en mujeres postmenopáusicas. El riesgo de cáncer de mama diagnosticado aumenta en mujeres que usan THS, y se incrementa con la duración de su uso. Este efecto se reduce después del cese de su utilización, y casi desaparece después de cinco años.

Cuando a principios de la década de 1990 se presentaron los primeros trabajos para tratar la sequedad vaginal y las sofocaciones con THS, las casas comerciales se basaron en estudios de corta duración (de tres a seis meses) en mujeres sanas. Se observó ya que el criterio de elección de las mujeres era sesgado respecto al resto de la población, pues eran más delgadas, realizaban ejercicio físico continuado, *etc.* Y, en cambio, la terapia se aplicaba por igual a todas las mujeres, aunque su peso estuviera por encima de la media o incluso fueran obesas, sin atender a la evidencia científica de que cada nanogramo de hormona administrada se puede multiplicar por diez según el sobrepeso de la mujer. La industria farmacéutica solo realizó estudios a corto plazo, y no basados en población, pero se empezó a afirmar que podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arterioesclerosis de los vasos sanguíneos.

Los primeros estudios en mujeres posmenopáusicas de la población general seguidas durante más de dos años fueron el HERS I y el HERS II. Se trataba de ensayos clínicos controlados en mujeres que ya habían padecido problemas cardiovasculares, y a las que se les administró placebo y terapia hormonal con estrógenos y progestágenos. Aunque el estudio estaba planificado para cuatro años y medio, se tuvo que suspender a los dos años por el incremento de fenómenos trombóticos periféricos y pulmonares, y por un incremento de mortalidad por infartos de miocardio entre las mujeres que tomaban THS. La pretendida función de prevención de problemas cardiovasculares empezó a desmoronarse con el HERS I [\[311\]](#) y se confirmó con el HERS II. [\[312\]](#)

También se publicaron los primeros resultados del WHI (Women's Health Initiative), con 16.608 mujeres posmenopáusicas seguidas durante 5,2 años, aunque estaba previsto seguirlas hasta 8 años. Se suspendió por incremento de enfermedades coronarias, ictus, cáncer de mama invasivo y embolismo pulmonar, con una ligera disminución a los dos años de cáncer colorrectal y de fractura de cadera.

En el año 2003, un excelente estudio [\[313\]](#) entre más de un millón de mujeres de 54 a 64 años mostró un incremento del riesgo de presentar cáncer de mama invasivo entre las mujeres que estaban utilizando terapia hormonal, y un incremento de mortalidad. El riesgo fue mayor entre las mujeres que usaban estrógeno y progestágeno o tibolona.

Estos resultados, aunque era difícil que llegaran de manera rápida a la comunidad científica, modificaron la prescripción de estrógenos, por lo menos en Estados Unidos.

De 80 millones de prescripciones de estrógenos anuales en 1998, año en que se publicó el primer estudio HERS, se pasó a 90 millones de prescripciones en el año 2002, año en que se publicó el estudio HERS II y el WHI. Las prescripciones de estrógenos durante el año 2003 cayeron a 60 millones, el mismo nivel del año 1995.<sup>[314]</sup> Alguna información debió de llegar a los profesionales que la recetaban anteriormente para que en un año se prescribieran 30 millones de recetas menos, demostrando así la utilidad de los estudios de población estimulados por los departamentos de salud pública. Rindamos desde aquí un pequeño homenaje a las investigadoras que impulsaron los estudios, y en especial a la doctora Bernadine Healy, que ya en 1992 consiguió desde los NIH que se realizara una gran investigación entre mujeres sanas sobre los beneficios de la THS aplicada en una gran número de población. Los estudios poblacionales son siempre superiores a los observacionales o al de las mujeres que acuden a consulta.

El Million Women Study<sup>[315]</sup> ha demostrado que diez años de uso de THS producen 5 cánceres más por cada 1000 usuarias de estrógenos y progestágenos. La progesterona natural no tiene ningún efecto negativo sobre la malignización de las células mamarias. Son los progestágenos sintéticos (como el acetato de medroxiprogesterona y los derivados de la 19 nortestosterona) los que tienen efectos metabólicos y hepatocelulares y pueden acabar transformándose en estrógenos y potenciando el efecto sobre la célula mamaria. En el Reino Unido se estima que, en los últimos diez años, la THS ha producido unos 20.000 cánceres de mama extras en la población.

### **Medicalización de los embarazos y los partos**

La salud materno-infantil está evolucionando de forma negativa. En primer lugar, se observa un incremento continuado de enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea y, sobre todo, clamidias entre las adolescentes) con graves consecuencias, ya que la sintomatología es silente y acaban produciendo enfermedad sistémica y esterilidad.

También se observa un incremento continuado de las cesáreas en algunos países desarrollados, como España, que llegan a sobrepasar en determinadas ciudades el 36 % de los partos realizados en clínicas privadas y el 23 % de los practicados en la medicina pública, cuando el límite aceptado por la OMS es un máximo de un 15 % de cesáreas, cifra que ya suponía un incremento del 8 % aceptado hace diez años. Que más de una cuarta parte de los partos sean por cesárea supone un indicador negativo de salud reproductiva y un exceso de medicalización del proceso del parto. Esta situación contrasta con la absoluta ausencia de asistencia profesional en los partos de mujeres de países en vías de desarrollo.

## Medicalización de la salud mental

En múltiples artículos y tratados de medicina, cuando se habla de salud mental, se habla de enfermedad, de depresión o de ansiedad, y no se tiene en cuenta que la subjetividad de los mecanismos de poder, con su creencia de que la mujer es inferior y que su valor es nada, conduce naturalmente a la enfermedad mental. Incluso se valoran los problemas psicológicos como «determinantes» del malestar y la sintomatología de las mujeres. Los condicionantes de género pueden ser considerados un riesgo para la salud mental, pero si se dispone de un espacio de libertad y de recursos para ejercer la propia voluntad, los riesgos de la vida no tienen por qué ser determinantes.

El género es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva en todos los grupos de edad, con una ratio de riesgo mujer/varón de 2:1. Se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres. En estudios realizados en nuestro medio sobre población anciana, se han encontrado síntomas de depresión mayor en el 19.6 % de los varones y en el 46 % de las mujeres.

Los psicofármacos son los medicamentos que más incrementan la factura farmacéutica del Estado español desde el año 2003. En Cataluña, la factura farmacéutica en psicofármacos durante el año 2008 ascendió a unos 312 millones de euros. En el Estado español, más del 85 % de los psicofármacos son administrados a mujeres, sobrepasando en mucho la evidencia científica de que existe como máximo el doble de ansiedad y depresión en mujeres que en hombres. Por cada diez personas que toman psicofármacos, 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres. ¿Existe más depresión y ansiedad en España entre mujeres? ¿O lo que existe es una inclinación a ayudar a las mujeres a soportar la dureza de las discriminaciones y de su papel de eternas cuidadoras haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos? La falta de diagnósticos y de servicios sociales adecuados o las consecuencias de su papel de cuidadoras no se pueden confundir sistemáticamente con ansiedad. Asimismo, el hecho de que muchos de los procesos que cursan con dolor o con cansancio —los dos primeros motivos de consulta entre mujeres— sean poco diagnosticados por falta de protocolos o de recursos facilita un exceso de tratamientos con ansiolíticos o antidepresivos, los cuales no consiguen mejorar la sintomatología de forma eficaz.

Tal como señala Peter C. Gotzsche en su libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*, la psiquiatría se ha convertido en el paraíso de la industria farmacéutica. Los manuales de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM III y IV, editados por la Asociación Americana de Psiquiatría, se han convertido en algo tan infame que hasta su último director cree que la definición de trastorno mental no debería corresponder a dicha asociación. Gotzsche<sup>[316]</sup> señala «que los creadores de estos



manuales presentan fuertes conflictos de intereses, puesto que el hecho de crear nuevos diagnósticos implica abrir grandes fuentes de negocio de todo tipo. Por ejemplo, el trastorno disfórico premenstrual, que presenta síntomas parecidos al síndrome premenstrual, fue catalogado como enfermedad mental, y la FDA permitió que Lilly aprobara el famoso Prozac (fluoxetina) como tratamiento de esta no enfermedad que los psiquiatras estadounidenses tuvieron la desfachatez de bautizar como depresión».

## **Medicalización de los**

### **factores de riesgo**

Cada vez es más frecuente la práctica de no considerar los factores de riesgo como tales, sino como enfermedades a tratar. En este punto, se hace necesario hablar del alto consumo de medicamentos para combatir un factor de riesgo cardiovascular, el colesterol. En los últimos años, los fármacos que disminuyen los lípidos —en especial las estatinas— se han convertido en el grupo de medicamentos que más incrementa el gasto de farmacia después de los psicofármacos.

Que el colesterol puede ser un factor de riesgo para las arterias es cierto, pero ¿debemos combatir este riesgo solo con medicamentos? ¿Y son realmente útiles estos fármacos? ¿Pueden tener efectos secundarios?

La guía del Programa Nacional para la Educación sobre el Colesterol, que se publicó en Estados Unidos en el 2004, recomendaba utilizar estatinas no solo a las personas que tenían enfermedad cardíaca —con un beneficio que sí ha sido probado— sino también a las que supuestamente tenían un «moderado riesgo» de desarrollarla. Esto hizo que 23 millones de americanos más tomaran estatinas para el resto de sus vidas. Sin embargo, al final se ha podido saber que los profesionales que hicieron la guía estaban en su mayoría financiados por compañías farmacéuticas que fabricaban estatinas.

Los profesores Abramson y Wright han realizado un análisis de los principales ensayos en los que los participantes fueron tratados de forma aleatoria con estatina o con placebo. Los resultados de siete ensayos muestran que los hombres adultos de una edad de entre 30 y 80 años que ya tenían enfermedad cardíaca se beneficiaron de las estatinas, pues estas disminuyeron el riesgo de muerte cardíaca, así como de muerte por cualquier otra causa. Sin embargo, el análisis de otros ensayos muestra que las estatinas no deben ser prescritas a mujeres de cualquier edad que no tengan enfermedad cardíaca o diabetes, ni a hombres mayores de 69 años. Además, las estatinas aumentan el riesgo de padecer miopatía, que se confunde con fibromialgia en mujeres, en especial si tienen hipofunción tiroidea. Por último, las personas que consumen estatinas sin necesitarlo

pueden presentar, después de cuatro años, un cáncer extra por cada 70 personas que las estén tomando.

Los autores recomiendan la dieta mediterránea, que la consideran tres veces más efectiva a la hora de prevenir las enfermedades cardíacas recurrentes y la muerte después del ataque cardíaco. Según el profesor Abramson, la mayor parte de la información sobre la enfermedad cardíaca está influida por la industria farmacéutica, que centraliza en el colesterol —más que en la mala dieta, la falta de ejercicio y el tabaco— los riesgos para el corazón, ya que debe maximizar los beneficios económicos de sus empresas. Además, las revistas médicas no cumplen con su responsabilidad y publican únicamente los resultados beneficiosos de los ensayos, omitiendo los efectos secundarios adversos y las muertes por otras causas.

Para prevenir riesgos cardiovasculares, lo más importante es cambiar el estilo de vida, el cual debe incluir ejercicio moderado y una dieta mediterránea. El Lyon Diet Heart Study demostró que seguir una dieta mediterránea después de un ataque cardíaco puede disminuir en un 72 % las posibilidades de que se repita, en un 56 % la tasa de mortalidad y en un 61 % los casos de cáncer.

Para las mujeres, tengan la edad que tengan, las estatinas no son una fórmula idónea para disminuir el riesgo del colesterol. Sin embargo, esta información todavía no ha llegado al gran público, por lo que las noticias difundidas por los medios de comunicación siguen cultivando la idea de que una pastilla puede ayudar a prevenir una enfermedad cardiovascular.

### **Medicalización de la prevención de la salud**

Anteriormente, aunque sin acuerdo formal o protocolo consensuado (que conozcamos), las revisiones ginecológicas en España se hacían con visita anual al ginecólogo/a, y, a partir de los 50 años, se hacía una mamografía cada dos años en el caso de que la mujer no estuviera incluida en los cribajes de población. A partir de 1990, en las consultas privadas se incluyó la densitometría ósea, aunque sin criterios claros sobre cuándo y con qué frecuencia se debía hacer (la osteoporosis afecta al 30 % de la población femenina y no sabemos, por falta de estudios epidemiológicos, si las que se detectan a los 50 años ya estaban presentes a los 30 años por tabaquismo, hipertiroidismo o falta de vitamina D). Falta por lo tanto una actualización de las revisiones necesarias para la prevención en salud ginecológica. Muchas de las prácticas preventivas iniciales no se basaron en estudios epidemiológicos, ya que no se disponía de ellos, sino en las nuevas

técnicas de detección precoz de problemas, como la citología vaginal o la mamografía. Cuando las prácticas de prevención fueron asumidas por la red de asistencia sanitaria pública, supuso para muchas autonomías una sobrecarga de su sistema asistencial público, por lo que se revisó la eficiencia de algunas prácticas preventivas, como las citologías vaginales, descartando una prevención integral ginecológica en la que se incluyeran el cáncer de mama y las enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a la prevención del cáncer de mama, que produce la muerte de unas 5.600 mujeres cada año en España, debemos tener en cuenta que solo podemos hacer por ahora una prevención secundaria a través de las mamografías, que detectan el tumor cuando ya está creciendo. Pero, dado que las mamografías tampoco son inocuas, es necesario preguntarse si debemos realizar mamografías de cribaje en mujeres de 40 a 49 años, tal y como hemos expuesto en el tercer capítulo. Se trata de una controversia a nivel mundial que sigue sin resolverse.

### **Vacunación de niñas y adolescentes contra el virus del papiloma humano**

La presentación de una nueva vacuna (tetraivalente y nonavalente) contra el virus del papiloma humano ha supuesto un nuevo ejemplo de medicalización de la prevención de una infección genital, que hasta ahora se había detectado por la repetición de las citologías vaginales y cuyas lesiones pueden ser provocadas por más de 15 cepas. Después de ser investigada solo dos años en mujeres de edades que oscilaban entre 15 y 16 años, se ha presentado como una innovación en la prevención del cáncer de cérvix. En los países «desarrollados» se ha propuesto su aplicación en niñas que con seguridad todavía no mantenían relaciones sexuales.

Además, la obligatoriedad de la vacunación a niñas de entre 9 y 10 años ha planteado serias dudas a la comunidad científica y epidemiológica por no cubrir todas las cepas que pueden producir cáncer. En concreto, en muchas comunidades autónomas en las que existían estudios epidemiológicos, solo cubría el 30 % de las cepas que pueden provocar displasias. Al ser una vacuna que produce anticuerpos en sangre de una enfermedad que en su proceso natural no los produce, ha generado muchos más cambios inmunológicos que otras vacunas, y en Estados Unidos, donde se inició la vacunación, se han descrito unos diez mil efectos secundarios leves y graves, que pueden consultarse en la página web de la CDC (Centro de Comunicación de Enfermedades).

### **Medicalización de la**

## **promoción de la salud**

Promover salud quiere decir estimular las capacidades individuales y dar recursos para que cada persona se haga responsable de su salud y protagonista de su futuro. Pero el concepto de promoción de salud se ha visto sesgado y, en parte, industrializado. Aunque ya sabemos que la dieta mediterránea es buena para la salud, se bombardea a la población con informaciones sobre todo tipo de dietas sanas, y especialmente a las mujeres, a través de revistas y programas televisivos matutinos donde también se las envía a hacer gimnasia. Dieta y gimnasia son dos fórmulas que no necesariamente promueven la salud. Creo que la promoción de salud de las mujeres pasa por que recuperen sus derechos y su capacidad de decisión, para convertirse en ciudadanas que participen en el debate público que ha de regir los destinos de su entorno. Encorsetarlas y normativizarlas más las hace menos libres y, por lo tanto, más enfermas.

## **La medicalización como una microviolencia del acto médico**

En la asistencia sanitaria coexisten el cuidado y la falta de cuidado; los pacientes pueden ser ayudados o anulados. Esto es una paradoja: las interacciones médicas, que son esenciales para la salud de las pacientes, a veces pueden producir una destrucción de la salud y del bienestar. Para comprender cómo es posible esta paradoja tenemos que examinar las estructuras de la asistencia sanitaria y las relaciones de poder que se establecen entre los profesionales y los pacientes.

Pero muchas profesionales son cada día más conscientes de lo que supone atender el organismo de otros seres humanos, y lo hacen sin omnipotencia, con respeto y admitiendo que no siempre pueden saber lo que le pasa a la persona que acude a la consulta. La ciencia bien realizada y sin sesgos de género será la verdadera barrera que impida la manipulación con fármacos del cuerpo de las mujeres. Debemos continuar reivindicando que no se utilicen fármacos, terapias alternativas o suplementos dietéticos sin que existan estudios que pongan de manifiesto su utilidad terapéutica.

El poder ha sido un tema central en el estudio de la profesora Swahnberg, que ha descrito su pérdida como «no tener voz». Aunque las mujeres habían sufrido abusos en la asistencia sanitaria, no lo habían explicado a sus ginecólogos y ginecólogas ni a sus profesionales de atención primaria, de modo que los posibles abusadores o abusadoras no veían ninguna necesidad de modificar su conducta. Este silencio mutuo es característico de la violencia estructural, que es un proceso silencioso que impide a los

individuos darse cuenta de sus plenos potenciales psicológicos y psicosomáticos. Anular a los y las pacientes es una forma extrema de violencia estructural.

[295] Gotzsche, P. C., *Medicamentos que matan y crimen organizado*, Barcelona: Lince, 2014.

[296] Harris, D. J. y P. S. Douglas, «Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the National Heart, Lung and Blood Institute», *New England Journal of Medicine*, 343, 2000, pp. 475-480.

[297] Vidaver, R. M. *et al.*, «Women subjects in NIH-funded clinical research literature: lack of progress in both representation and analysis by sex», *Journal of Women's Health*, 9(5), 2000, p. 495.

[298] Ramasubbu, K., H. Gurm y D. Litaker, «Gender bias in clinical trials: do double standards still apply?», *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 10(8), 2001, pp. 757-764.

[299] Prout, M. N. y S. S. Fish, «Participation of women in clinical trials of drug therapies: a context for the controversies», *Medscape Women's Health*, 6(5), 2001, p. 1.

[300] Rathore, S. S., Y. Wang y H. M. Krumholz, «Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure», *New England Journal of Medicine*, 347(18), 2002, pp. 1403-1411.

[301] Antithrombotic Trialists' Collaboration, «Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients», *British Medical Journal*, 324(7329), 2002, pp. 71-86. Fe de erratas en *British Medical Journal*, 324(7330), 2002, p. 141.

[302] Peto, R. *et al.*, «Randomised trial of prophylactic daily aspirin in British male doctors», *British Medical Journal*, 296(6618), 1988, pp. 313-316.

[303] «Thrombosis prevention trial: randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of ischaemic heart disease in men at increased risk. The Medical Research Council's General Practice Research Framework», *Lancet*, 351(9098), 1998, pp. 233-241.

[304] Hansson, L. *et al.*, «Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group», *Lancet*, 351(9118), 1998, pp. 1755-1762.

[305] Montgomery, P. R., L. G. Berger, P. A. Mitenko y D. S. Sitar, «Salicylate metabolism: effects of age and sex in adults», *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 39(5), 1986, pp. 571-576.

[306] Ridker, P. M. *et al.*, «A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women», *New England Journal of Medicine*, 352(13), 2005, pp. 1293-1304.

[307] Bresalier, R. S. *et al.*, «Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial», *New England Journal of Medicine*, 352(11), 2005, pp. 1092-1102.

[308] Solomon, S. D. *et al.*, «Cardiovascular risk associated with celecoxib in a clinical trial for colorectal adenoma prevention», *New England Journal of Medicine*, 352(11), 2005, pp. 1071-1080.

[309] Nussmeier, N. A. *et al.*, «Complications of the COX-2 inhibitors parecoxib and valdecoxib after cardiac surgery», *New England Journal of Medicine*, 352(11), 2005, pp. 1081-1091.

[310] Sau, V., *Reflexiones feministas para principios de siglo*, Madrid: Horas y Horas, 2000.

[311] S.Hulley *et al.*, Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. 1998. *JAMA*.280.pp605-613.

[312] S.Hulley *et al.*, HERS Research Group. Noncardiovascular disease outcomes during 6,8 years oh hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). 2002. *JAMA*. 288:pp 58-66

[313] Beral V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Woen Study. *Lancet* 2003. 362: pp 419-427

[314] Radvin PM *et al.*, The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. 2007. *N Engl J Med*. 356: pp 1670-1674

[315] Million Women Study Collaborators. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. 2005. *Lancet*.365: 1543-1551

[316] Gotzsche, P. C., *Medicamentos que matan y crimen organizado*, 8.<sup>a</sup> ed., Barcelona: Lince, 2018, p. 288.

PARTE III

**SALUD PARA  
DISFRUTAR SIN  
DEPENDENCIAS**

## De diosas a invisibles

*«Ignorando la cuestión del género, la crítica vuelve a perpetrar una vez más el «asesinato» simbólico de la mujer (devaluación, supresión, represión, reclusión, reducción al silencio) llevado a cabo repetidamente por la literatura, el arte, la ciencia y otras formas discursivas de la cultura occidental».*

TERESA DE LAURETIS<sup>[317]</sup>

*«La devaluación cultural es también importante como una de las influencias que hace enfermar a las mujeres. Todos los grupos sociales trabajan por medio de una gran variedad de discursos que hacen parecer como naturales las desigualdades y las diferencias de género. Las mujeres tienen que crear su identidad —su sentido de sí mismas— dentro del marco de las definiciones de lo que es ser mujer, a veces conflictivas y construidas culturalmente. Pueden haber sido reverenciadas como madres o como guardianas de la moralidad, o pueden ser vistas como «enfermizas», neuróticas, manchadas o simple y fundamentalmente menos valiosas que el hombre. El mensaje dominante es que las mujeres no son solo diferentes, sino física, psicológica y socialmente inferiores. En un mundo definido por y para los hombres, las mujeres son «el otro». Bajo estas circunstancias no es sorprendente que muchas encuentren difícil desarrollar las sensaciones de competencia y autoestima asociadas con una salud mental positiva».*

LESLEY DOYAL<sup>[318]</sup>

Si existen cada vez más datos científicos que ponen de manifiesto la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en el modo de enfermar, en la evolución de las enfermedades y en la forma en que actúan los medicamentos, ¿por qué la medicina no ve a las mujeres? ¿Por qué no ha estudiado a fondo las diferencias? ¿Por qué continúa considerando como inferiores o poco importantes los problemas crónicos que presentan las mujeres? ¿Por qué no se incluyen todavía a las mujeres en los ensayos clínicos de forma sistemática? ¿Por qué se medicalizan sistemáticamente procesos naturales como el embarazo, el parto y la menopausia? ¿Por qué no se han estudiado o no se valoran los conocimientos ya obtenidos de los efectos de la menstruación en todos los metabolismos corporales? ¿Por qué no se estudian los problemas que realmente padecen y en cambio se crean nuevos problemas tratando el dolor y el malestar con psicofármacos, sin averiguar las causas o las patologías subyacentes? ¿Cómo se han construido e introducido en el subconsciente de los profesionales de la medicina los estereotipos de género que hacen creer que todo lo referente a las mujeres es inferior, maligno y debe ocultarse o esconderse porque no es relevante?

Aunque falta escribir la historia de la invisibilización de las mujeres de una manera global, voy a tratar de describir en este capítulo cómo se ha construido el proceso



histórico, social y mental que ha contribuido a perpetrar el asesinato simbólico de las mujeres para la medicina.

### **Al principio eran diosas y sanadoras**

¿Las mujeres y los hombres primitivos eran «iguales» entre sí? No disponemos de historia oral o escrita que pueda responder a esa pregunta. De hecho, la historia del Neolítico se está escribiendo a retazos gracias a los hallazgos que realizan los paleontólogos mientras excavan con paciencia en cuevas y vertederos. Sí sabemos que los primeros homínidos pueden remontarse a más de cuatro millones de años, por lo que nuestros indispensables cuerpos han evolucionado durante mucho tiempo a lo largo de la prehistoria. Es probable que los hombres perfeccionaran la tecnología de la caza y las mujeres se dedicaran a mejorar las condiciones de vida. Dado que las mujeres se dedicaban a la recolección, y ello exigía un profundo conocimiento de las plantas, también es probable que fuesen las mujeres las que descubrieran los secretos de la medicina y de la nutrición.

Las mujeres se fueron convirtiendo en cuidadoras de las crías, sanadoras, nutriólogas, y creemos que debían de estar pendientes de varias tareas al mismo tiempo. Para la caza quizás se necesitaba la visión en forma de túnel (masculina), y en cambio para el cuidado de todo lo demás se necesitaba el desarrollo de la visión en ojo de pez (femenina). ¿Quizá por ello se diferenció la visión en relación con la función? Las mujeres primitivas, como en la actualidad, pocas veces podían hacer una tarea sola sin tener que estar pendiente de otras. ¿Fue el cuidado de las crías la función que contribuyó a las diferencias en la formación del cerebro humano? No lo sabemos por ahora, pero lo cierto es que hay diferencias neurológicas importantes entre el cerebro de hombres y mujeres que ya aparecen en los primates, y estas diferencias parece que son evolutivas.

### **Las diferencias de los hemisferios cerebrales**

La parte derecha del cerebro (la dominante entre las mujeres) es la primera que madura en el feto humano en la vida intrauterina. En el hemisferio derecho están situados los sentimientos, el reconocimiento de imágenes, la resolución de problemas espaciales, el reconocimiento de rostros y la apreciación de la música. Es la parte no verbal. Se relaciona con el modo de ser o estar y con las experiencias fuera de la lógica, y trabaja de forma holística. Los sueños tienen lugar primordialmente en el cerebro derecho. Es también la puerta de entrada al mundo de lo invisible, el responsable de la creación de metáforas, de poner imágenes en relación, de descubrir mensajes ocultos, interpretando las inflexiones y matices del lenguaje aunque no pueda entenderlo. El hemisferio

derecho es capaz de integrar la percepción de sonidos en un sentimiento placentero global y simultáneo, que denominamos música.

El hemisferio cerebral izquierdo tiene funciones opuestas y complementarias al derecho. Se ocupa del hacer a través de la acción de la mano derecha y controla la voluntad, así como el 90 % de las facultades del lenguaje. Las palabras son herramientas del pensamiento, y las desarrolla a través del análisis en una función lineal, engarzando las palabras por su significado y no por sus imágenes. El dualismo, la lógica, la abstracción y la matemática se desarrollan aquí de forma lineal y en un tiempo secuencial.

**La conexión entre los hemisferios  
cerebrales: una diferencia anatómica  
entre mujeres y hombres**

La investigadora Sandra F. Witelson<sup>[319]</sup> ya demostró en 1989 que las mujeres poseen entre un 10 % y un 33 % más de fibras neuronales en la parte anterior de su cuerpo calloso que los hombres, lo que facilita la conexión entre los dos hemisferios. Como resultado comunican mejor las emociones a sus tareas habituales, y son más capaces de captar las sensaciones del entorno, incluso las subliminales, y de realizar tareas múltiples y simultáneas.

La evolución del *Homo sapiens sapiens* hace cien mil años permitió a través de la especialización de sus hemisferios una gran ventaja respecto a los animales que debía cazar y dominar: un cerebro para cazar y matar, y otro para recolectar y cuidar. ¿Se diferenciaron así las dos subespecies hombre y mujer? Se ha observado que estas diferencias también existen entre chimpancés macho y hembra, y en general en todos los primates en los que el cerebro presenta un cuerpo calloso más voluminoso entre las hembras. ¿La especialización necesaria para el cuidado de las crías ha desarrollado esta gran conexión entre hemisferios? ¿Está relacionada esta diferencia con una predisposición genética relacionada con el cromosoma X?

A nadie se le puede escapar la importancia de contestar a esta pregunta, que podría consolidar un estereotipo de género tan arraigado en la historia de la humanidad y que tanta importancia tiene para la salud de las mujeres. Me refiero a la división sexual del trabajo según la cual solo las mujeres pueden y «deben» cuidar a las crías, mientras que los hombres deben trabajar en otras tareas no relacionadas con el cuidado de las personas. Dado que también se han encontrado diferencias neurológicas anatómicas en

el cerebro de las personas con predisposición hacia las artes musicales, queda mucho por conocer todavía sobre las diferencias, y se abre un apasionante campo de investigación que permitiría entender mejor las denominadas diferencias de sensibilidad entre mujeres y hombres.

### **Las diosas de la prehistoria**

Para comprender si la visualización de las mujeres ha sido siempre como seres inferiores y menos dotados es muy importante analizar el papel que estas tuvieron en la prehistoria. Los restos arqueológicos del Paleolítico y el Neolítico nos aproximan a la forma de vivir y a los cultos que desarrollaron los humanos durante miles de años.

El periodo comprendido entre 7000 años a. C. y 4000 años a. C. muestra un predominio de la agricultura y una disminución de la violencia, siendo los utensilios domésticos los que más se encuentran en las excavaciones. En una superficie de 3.000 km<sup>2</sup>, que abarca casi toda Europa, se han encontrado esculturas, relieves y grabados que representan más de mil imágenes de diosas femeninas relacionadas con la maternidad, siendo las más antiguas de entre 27000 y 26000 años antes de C.

Algunos arqueólogos como James Mellaart han llegado a la conclusión de que fueron las mujeres las que estructuraron la religión neolítica, desarrollaron la agricultura y controlaron los productos, las conservas y el mercado, por ello no hay restos de guerras, castas militares o artes de guerra. Este arqueólogo dirigió las excavaciones del yacimiento neolítico de Höyük Zatal, en Turquía, donde describió las estancias de las diversas casas encontradas como santuarios seguramente destinados al culto de la diosa. Sostiene que durante el siglo V a. C. las estatuas del dios con forma de toro desaparecieron de la religión local, lo que indica el triunfo de la agricultura sobre la arcaica práctica de la caza. El desarrollo de la economía agrícola se relaciona con el aumento del poder y la importancia de las mujeres, ya que tradicionalmente han sido las encargadas de los cultivos. Ya en el siglo IX a. C. vemos frisos mesopotámicos en los que el árbol de la vida está protegido por mujeres aladas. La cultura minoica rendía culto a la diosa, mientras que en la micénica empezaba a dominar lo masculino. Las diosas eran las imágenes de la religión neolítica, y se discute si las figuras encontradas, las denominadas Venus del Paleolítico, fueron realizadas por las propias mujeres, y por ello no tienen rasgos faciales, o por hombres fascinados por las mujeres como fuentes de vida. Algunas pequeñas figuras de 10000 años a. C., muy parecidas a las del Neolítico, apuntan a la existencia de una religión con culto a las mujeres que se habría transmitido desde el Paleolítico.

La civilización egipcia de los siglos anteriores a Agamenón, unos siete siglos antes de Jesucristo, respetaba los derechos de las mujeres incluso en sus leyes. «Egipto fue durante la Antigüedad el único país que dotó a la mujer de un estado legal igual al del hombre».<sup>[320]</sup> Podían heredar bienes igual que ellos y tenían libertad de escoger pareja, incluso si eran sirvientas. En la civilización de Mesopotamia, antes de la aparición de la escritura, las mujeres podían tener dos maridos reconocidos, y existe constancia de que existieron reinas.

Si las mujeres eran consideradas como diosas difícilmente podemos pensar que fueran consideradas como seres inferiores. Parece que su situación dentro de las sociedades primitivas era de respeto, seguramente por el gran misterio de la maternidad y de la procreación, que debía parecer aún más extraño para los pueblos primitivos, ya que ignoraban incluso el papel que jugaba el sexo masculino en la procreación.

### **La historia de la devaluación: el principio del patriarcado**

Cuando contemplamos la época histórica del patriarcado [...] parece existir una terrible ineluctabilidad, un implacable deseo de aplastar la esencia femenina, humana o divina. La razón de ello es una de las cuestiones más desconcertantes de nuestra época.

ELINOR GADON<sup>[321]</sup>

La cultura cretense representó el final del culto a las diosas, aunque sus mujeres todavía gozaron de una gran libertad de costumbres hasta la dominación asiria. ¿Podemos situar en el año 2000 a. C. el inicio del patriarcado y de la devaluación sistemática de las mujeres en la sociedad? ¿Por qué se inicia la destrucción de lo femenino y se da paso al predominio de los guerreros varones? ¿Por qué se produce la caída de las diosas?

Existen diversas teorías para explicarlo. Las tribus nómadas primitivas se convirtieron en guerreras para defender el territorio, que ya era escaso. Pueblos pastores como los de la cultura kurgana domesticaron el caballo y se organizaron como ejército, atacando a los pueblos agrícolas, matando a los hombres y esclavizando a las mujeres. Al considerar a las mujeres como objetos de intercambio empezaron a apropiarse del poder de las mujeres. Algunas antropólogas creen que los hombres se asociaban con la cultura y las mujeres con la naturaleza, por lo que algunos varones creían que dominar la naturaleza incluía también dominar a las mujeres.

Otros autores hablan de la aparición de la esclavitud. Pero en Creta los esclavos eran chicos jóvenes, no mujeres. Leonard Shlain cree que hace 5000 años lo que nació con la

escritura fue el conflicto entre la palabra y la imagen, de lo que surgió el dominio del hemisferio izquierdo sobre el derecho, de la masculino sobre lo femenino. La causa de la devaluación puede ser múltiple y encontrarse en todas las teorías expuestas, a las que habría que añadir la pérdida de la confianza de las primeras agrupaciones humanas en que bastaba el respeto mutuo y la comunicación no verbal para relacionarse entre pueblos. De hecho, la aparición de la escritura permitió escribir las leyes y promulgarlas (los Diez Mandamientos o el Código de Hamurabi), que en realidad restringían los derechos que las mujeres habían tenido en épocas anteriores. La ley escrita es promulgada por dioses masculinos, coléricos o guerreros. Las diosas se dedicaban al amor, a la nutrición y al placer.

### **Las religiones, algunos filósofos y los mitos como formas de supresión y dominación**

Uno de los libros que ha tenido más influencia en la historia de la humanidad es sin duda la Biblia, y como libro escrito por hombres que rezumaban control y dominación sobre las mujeres por sus cuatro costados, deja entrever en sus historias y en sus sentencias una misoginia repetida. El mismo Moisés al escribir el Génesis y la historia de la primera mujer, Eva, que encarnó el pecado y las desgracias que después afectarían al género humano, son claros ejemplos de misoginia. Se inició así en el pueblo judío la superioridad y la dominación del logos y el hacer sobre los sentimientos y las sensaciones.

Pero ya en el inicio de la mitología griega, cuando se relata el dominio de las erinias por Atenea (*Orestíada*), se significa que las que antes vengaban las injusticias cometidas contra las mujeres eran obligadas a guardar silencio y sometidas por una inteligente diosa que formaba parte del sistema masculino. A partir de la filosofía griega y de Aristóteles la misoginia se instaura con carta de naturaleza, y con las más peregrinas demostraciones se hacen afirmaciones categóricas que han alimentado las creencias patriarcales hasta nuestros días: «El macho, comparado con la hembra, es el más principal, y ella inferior; él es el que rige y ella, la que obedece. Pues de la misma manera se ha de hacer de necesidad entre todos los hombres. No es la misma la templanza de la mujer que la del varón; ni tampoco la fortaleza, ni la justicia, sino que la fortaleza del varón es la fortaleza que gobierna, y la de la mujer, la que obedece». Pero Aristóteles tuvo que justificar la superioridad del varón, y para hacerlo se vio obligado a «demostrar», con unos conocimientos biológicos y científicos nulos pero con apariencia de ciencia y sabiduría, que los machos tenían alma y en cambio las hembras solo cuerpo. Sus palabras crearon la aparente ciencia de la antigüedad, que con más o menos ímpetu ha impregnado el pensamiento científico y religioso hasta nuestros días: «De la misma manera que los hijos de padres lisiados unas veces nacen lisiados y otras no, así también los hijos nacidos de una hembra unas veces son hembras y otras

machos, pues la hembra es, por así decirlo, un macho mutilado, y los catamenia (fluidos menstruales) son semen, aunque impuro, ya que carecen de una sola cosa, el macho [...]. El macho se distingue por su capacidad de cocer la sangre para convertirla en semen [...], y toda cocción se produce por medio de calor. En consecuencia, los machos deben ser más calientes que las hembras, pues debido a su frialdad e incapacidad la hembra tiene más abundancia de sangre en ciertas partes de su anatomía».

Para poder reafirmar la superioridad del varón, Aristóteles debe insistir en la supuesta deficiencia «natural» del sexo femenino, y al hacerlo se contradice, alegando que primero se desarrolla lentamente y después de forma rápida (pues seguramente había observado la maduración fisiológica adelantada en dos o tres años de las niñas sobre los niños): «En los seres humanos, el feto de la hembra no tiene la misma perfección del macho [...], pues las hembras son de naturaleza más débil y fría, y debemos considerar el carácter femenino como una especie de deficiencia natural. En consecuencia, mientras está dentro de la madre se desarrolla lentamente debido a su frialdad [...], pero después del nacimiento llega rápidamente a la madurez y la vejez debido a su debilidad, pues todos los seres inferiores llegan antes a su perfección o fin, y esto es tan cierto con respecto a las obras de arte como lo es con respecto a lo formado por la naturaleza». En sus teorías sobre la inferioridad de la mujer llegó a postular que el útero no era más que un mero receptáculo y que el semen de los varones ya contenía un pequeño homúnculo en el interior de los espermatozoides, por lo que toda la fuerza reproductiva estaba concentrada en el semen del varón, siendo la mujer una mera portadora del embarazo.

Aunque otros filósofos como Sócrates no creyeron en la inferioridad «natural» de las mujeres, Platón, en su libro *Leyes*, las acusó de ser menos dignas de confianza que los hombres: «De aquellos que nacieron como hombres, todos los que fueron cobardes y se pasaron la vida haciendo maldades fueron transformados, en su segundo nacimiento, en mujeres [...]. Tal es el origen de las mujeres y de todo lo que es femenino».

Estos planteamientos ideológicos y culturales no reservaban a las mujeres, ya fueran artesanas o patricias, ningún derecho político, aunque a medida que avanzó el derecho romano los derechos civiles de las mujeres fueron incrementándose, pudiendo conservar sus propiedades después de un divorcio. En estos mismos tiempos nace Jesucristo, que plantea la defensa de la igualdad y el respeto hacia las mujeres, pronunciando la frase «quien esté libre de pecado que tire la primera piedra» para defender a una mujer acusada de adulterio. Sin embargo, posteriormente, los apóstoles invisibilizan a las mujeres, y tras la resurrección los evangelistas se contradicen en el papel que ellas deben tener, hasta que la conversión de Pablo, que en su origen era escriba fariseo y convirtió el mensaje oral en escrito, impidió el papel de las mujeres en el culto y obligó a la mujer, en su Carta a los Corintios, a obedecer y mantenerse sumisa

al marido. El pequeño rayo de libertad y de equidad que supuso el mensaje evangélico quedó oscurecido por las afirmaciones posteriores de los Padres de la Iglesia, y el patriarcado acabó oficializando su posición dentro de la Iglesia. San Agustín, que en su juventud frecuentó burdeles, se dedicó a formalizar la culpa, proclamando el pecado original y dejando a los cristianos sin elección. Todas las mujeres representaban la culpa, ya que en realidad estimulaban la concupiscencia y el pecado de los hombres. Todas las mujeres, como Eva, representaban la tentación.

Otro padre de la Iglesia, Tomás de Aquino, afirmaba hacia el año 1100 que las mujeres no tenían alma y que eran un defecto de la naturaleza: «La naturaleza intenta que nazca un hijo varón: el nacimiento de una niña indica que algo ha salido mal, una prueba de que la mujer es defectuosa y está mal concebida [...]. Pusilánimes, arteras, débiles y vacuas, necesitan del hombre para todo, pero el hombre solo las necesita para la procreación». Tomás de Aquino afirmaba que los hombres podían hacer todo mejor que las mujeres, incluidas las tareas domésticas, por lo que solo era necesario usarlas para procrear.

Hacia el año 300 d. C. se destruyen en las iglesias todas las imágenes que puedan representar al sexo femenino.

En otras partes del mundo, las religiones también juegan el papel de la invisibilización del sexo femenino, y por ejemplo con Confucio desaparecen las biografías de mujeres.

Si a pesar de las condiciones sociales de invisibilidad y ocultamiento de las mujeres, alguna de ellas lograba sobrevivir mentalmente y sobresalir de algún modo, entonces era torturada, como le ocurrió a la filósofa y matemática Hipatia en Alejandría, a la que se le sacó la piel en vivo y fue asesinada en el año 415 d. C. por orden de Cirilo, el patriarca cristiano de la ciudad. De los años 400 a los 1000 d. C., el analfabetismo general y la precariedad de los medios de subsistencia redujo a las mujeres a su papel de procreadoras y trabajadoras en el campo. Aparece en este momento la simbología de las vírgenes madre o de las vírgenes encontradas, siempre con el hijo en su regazo. El valor de la mujer era la procreación, así que las órdenes religiosas fueron el refugio de las que querían evitar un destino marcado solo por la subsistencia.

Cuando en el año 570 nace Mahoma y se inicia la creación de las enseñanzas del Corán, los hombres oraban junto a las mujeres, pero hacia el año 750 se les negó la posibilidad de instrucción o incluso de ir solas al mercado. Casi todos los iniciadores de las grandes religiones mostraron respeto hacia las mujeres en sus primeras manifestaciones, aunque después los criterios fundamentalistas de sus seguidores negaron a aquellas sus derechos y su visibilidad, así como la posibilidad de desarrollo personal, sobre todo el

acceso a la instrucción. Si bien en el inicio del protestantismo, a partir del año 1500, el propio Lutero sumó a su personal rigidez una misoginia extrema que le hacía afirmar: «Saca a una mujer de sus labores domésticas y no sirve para nada [...]. Si las mujeres se cansan de tener hijos y mueren, no pasa nada malo; que mueran con tal de que paran; es para eso para lo que están hechas». Le disgustaban mucho las mujeres cultas, y creía que todas debían obedecer al marido.

Con este breve repaso del papel que los filósofos y las religiones han jugado en la justificación de la inferioridad «natural» de las mujeres, podemos entender también cómo se justificó la dominación del varón y la sumisión de las mujeres a sus dictados. Si no hacemos visibles todos estos siglos en los que la filosofía y la religión invisibilizaron a las mujeres, ¿cómo podremos luchar contra los sesgos que han quedado en el inconsciente de los y las profesionales sanitarias y en la mente de todos los seres humanos?

## **De sanadoras a brujas, la historia de la represión y la reclusión**

La hazaña del pensamiento de las mujeres [...] es haber sobrevivido, siglo a siglo, a las pruebas de la hoguera, del linchamiento y del hospital psiquiátrico.[\[322\]](#)

CLAIRE LEJEUNE

Desde la antigüedad existen evidencias de que las mujeres de las tribus primitivas cuidaban de la salud de los demás, y que fueron ellas las primeras recolectoras de plantas medicinales y las primeras conocedoras de las ventajas de la cocción y la mezcla de alimentos con dichas plantas para la curación de heridas y quemaduras. Durante la Edad Media, algunas mujeres ejercían en los pueblos como curanderas o herboristas muy respetadas, aparte de ayudar a otras mujeres durante los partos. Este papel de sanadoras se desarrolló por ejemplo durante la dominación árabe de Andalucía, donde existen las primeras noticias de mujeres que ejercían la medicina de forma encubierta. Pero este ejercicio se hacía a escondidas de la «ciencia oficial», que en aquellos momentos estaba formada por cirujanos con muy pocos estudios previos. En el siglo XV, y en concreto en 1460 en la ciudad de Heidelberg, se queman en la hoguera las doce primeras mujeres acusadas de brujas. A partir de este momento, y hasta dos siglos más tarde, la envidia y el rencor hacia unas mujeres que eran respetadas por todos convirtió la caza de brujas en una de las primeras agresiones selectivas contra el sexo femenino.

La represión se inició, en efecto, con las sanadoras, pero la caza de brujas fue la caza de la mujer, y fue asimismo una forma de quedarse con sus propiedades. Existe también



una teoría que afirma que la comunidad científica y médica que se estaba estructurando conspiraron junto con los clérigos para que el pueblo no tuviera tanta fe en ellas y pudieran mejorar su posición. En todo caso, el papel de las sanadoras fue devaluado, reprimido y considerado como ilegal, y las que lo ejercían debieron aceptar el silencio impuesto si no querían ser condenadas a la tortura y a la hoguera. Nunca llegaremos a saber la información que estas mujeres podrían haber aportado al desarrollo de la ciencia médica, que iniciaba sus pasos con las primeras disecciones y estudios de anatomía. También se perdió la sabiduría que contenían sus preparados medicinales. Pero queda en el pensamiento de todos los que han sobrevivido a agresiones injustas que la caza de brujas fue un primer holocausto injustificado llevado a cabo gracias a todos los miedos ancestrales y a los 3000 años de teorías filosóficas que pretendían normalizar la inferioridad natural de las mujeres. Se calcula que más de 4.000 mujeres fueron condenadas y quemadas vivas en la hoguera. ¿Quién salió ganando de este holocausto selectivo?

### **La historia de la reducción al silencio**

Lo que hoy denominamos ciencia biomédica se empezó a desarrollar en el siglo XVIII naturalmente entre ambientes en los que solo los hombres podían entrar.

La ciencia médica occidental se creó a partir de los cirujanos y de la cirugía, y se desarrolló en los hospitales ejercida por hombres que, fundamentalmente, desalojaron a las antiguas sanadoras y curanderas, desacreditándolas como ya se había hecho en la Edad Media. No se hizo con hogueras, sino con una represión más sutil, negando a las mujeres la posibilidad de estudiar en las universidades de la época.

De las extracciones dentales en las plazas públicas y la aplicación de sangrías y sanguijuelas para «sacar lo malos humores», se pasó al ejercicio médico en los hospitales, donde empezó a construirse el edificio de la futura ciencia biomédica. Se abordaban sobre todo las patologías agudas y por lo tanto masculinas, con equipos de trabajo formados en exclusiva por hombres hasta principios del siglo XX. La ciencia médica, por tanto, nació sesgada hacia planteamientos que, bajo la capa de la neutralidad, eran claramente androcéntricos.

También en los hospitales se llevó a cabo la separación de las enfermedades del cuerpo y de la mente cuando Charcot, en el hospital de la Salpêtrière de París, inició la demostración de los fenómenos histéricos. Al ser silenciadas, las mujeres solo podían hablar a través de sus cuerpos, por lo que no es de extrañar que todas sus contradicciones se manifestaran en la contracción convexa de sus columnas vertebrales

y en sus ataques y convulsiones, que ponían de manifiesto todo lo que no sabían ni podían decir.

A finales del siglo XIX nacía la ciencia del inconsciente de manos de Freud, pero una vez más lo hizo de forma sesgada en cuanto a la visión de las mujeres:

El primer paso en la fase fálica [...] es un descubrimiento trascendental que las niñas pequeñas están destinadas a hacer. Observan el pene de un hermano o compañero de juego, sorprendentemente visible y de grandes proporciones, lo reconocen enseguida como el complemento superior de su propio órgano pequeño y discreto, y a partir de entonces son víctimas de la envidia de pene [...]. Ha visto eso, sabe que ella no lo tiene y desea tenerlo. A partir de ese punto se bifurca lo que ha sido denominado complejo de masculinidad de las mujeres [...]. La esperanza de conseguir algún día un pene a pesar de todo y ser como un hombre persiste hasta una edad increíblemente tardía y puede ser motivo de las acciones más extrañas y, por lo demás, inexplicables. Así, una niña puede negarse a aceptar el hecho de estar castrada [...] y posteriormente verse obligada a comportarse como si fuese un hombre. Las consecuencias psíquicas de la envidia del pene son diversas y de largo alcance. Cuando una mujer es consciente de la herida sufrida por su narcisismo desarrolla, como una cicatriz, un sentido de inferioridad. Cuando ha superado el primer intento de explicar su falta de pene como un castigo personal y se ha dado cuenta de que el carácter sexual es universal, empieza a compartir el desprecio sentido por los hombres hacia un sexo que es inferior en un aspecto tan importante».

Aunque posteriormente Lacan y muchos y muchas psicoanalistas han superado estas teorías, que quizás podríamos denominar opiniones, durante todo el siglo XX ha planeado sobre la mente de las mujeres y sobre el inconsciente de los profesionales sanitarios la visión de que las mujeres eran seres inferiores, siempre ansiosos y carentes de algo esencial que no podían conseguir. Su voz y su expresión de malestar quedaban también reducidas al silencio, porque cualquier síntoma que comunicasen se confundía con la posible envidia del pene y del poder económico y social que suponía su posesión.

Ni la naciente biomedicina ni la naciente psiquiatría contribuyeron a visibilizar las causas del malestar de las mujeres, y, para ser sincera, creo que la fragmentación que supuso separar de forma drástica cuerpo y mente —atribuyendo todo el poder a lo mental, enmarañado en envidias y castraciones— ha contribuido de forma directa a la actual confusión en el abordaje de la salud de las mujeres. Algunos de los investigadores o clínicos que se han atrevido a levantar la voz en contra de dicha fragmentación han sido también reducidos al silencio.

De hecho, quienes pueden mantener una visión más integral y holística de los seres humanos son los profesionales de la atención primaria, que actualmente tienen su voz casi silenciada por la potencia de las especialidades y por la pérdida de confianza de los mismos pacientes, que van de un especialista a otro dentro del sistema sanitario sin dar con el profesional que podría acompañarles en su camino de búsqueda de salud. ¿Se atreverán las mujeres silenciadas a pedir la palabra?

## **El sexismo y la misoginia como método de supresión**

Aunque a algunos les cueste aceptarlo, el sexismo y la misoginia, ejercidos a veces de forma consciente y muchas veces de forma inconsciente, han formado el sustrato sobre el que se han manifestado las actuaciones de la medicina hacia las mujeres. Son muchos siglos de una sistemática negación de la igualdad entre los dos sexos, y de la enraizada creencia de que todo lo que representan las mujeres es inferior y debe ser minusvalorado.

Los pensadores y filósofos del siglo XIX contribuyeron a fortalecer aún más las tendencias negativas hacia las mujeres. Rousseau afirmaba:

Un hombre y una mujer perfectos no deben parecerse en su mente más que en el semblante [...]. Al uno le corresponde ser activo y fuerte, a la otra ser pasiva y débil. Una vez aceptado este principio, se desprende en segundo lugar que la mujer está hecha para satisfacer al hombre [...]. Por este motivo la educación de las mujeres debe estar totalmente dirigida a sus relaciones con los hombres. Complacerles, serles útiles, ganarse su amor y su estima, adiestrarlos en su infancia, cuidar de ellos cuando son adultos [...], tales son la tareas de las mujeres en todas las épocas, y para llevarlas a cabo deben ser adiestradas en su infancia.

También resultan reveladoras las palabras de Hegel, que parece imposible que hayan sido escritas por un pensador eminente: «El verdadero lugar permanente de la mujer es la familia [...]. Por supuesto, es posible educar a las mujeres, pero lo cierto es que sus mentes no pueden adaptarse a las ciencias superiores, la filosofía o ciertas artes creativas, que exigen la facultad de abarcar lo universal».

Si se ha creído desde hace 4000 años que sus problemas son menos importantes y sus vidas inferiores a las de los hombres, es fácil comprender que al iniciarse la época moderna las mujeres fueran excluidas de los trabajos de investigación biomédica, sobre todo si se tiene en cuenta que, además, se creía que no había diferencias anatómicas ni fisiológicas entre los dos sexos y que por lo tanto estudiando al hombre ya se estudiaba también a la mujer.

Ha sido necesario el esfuerzo consciente de las redes de investigadoras en salud desde la década de 1990 para hacer posible que las cosas empezaran a cambiar. La inclusión del agregado «Women's Health» (Salud de las mujeres) en el Index Medicus en el año 1991 supuso un pequeño primer paso en la visibilidad de las diferencias. En ese mismo periodo, muchas redes internacionales se reunieron en diversos lugares del mundo para reflexionar sobre la necesidad de mejorar la visibilidad de las enfermedades y los riesgos de la salud de las mujeres. Cabe destacar a Bernadine Healy y Marcia Angell, en América, y a Lorraine Dennerstein en Melbourne (Australia). En España realizamos el

primer Simposio Internacional sobre Mujer y Calidad de Vida, organizado por el CAPS en Barcelona. En Estados Unidos se organizó el Women's Health Meeting, y en Suecia un congreso especializado en salud reproductiva.

La decisión de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) de subvencionar trabajos de investigación que incluyeran mujeres en su diseño supuso un salto cualitativo, como también el impulso de crear un estudio específico sobre los tratamientos de la menopausia, dado que hasta el año 1990 todos los trabajos de investigación sobre este tema habían sido subvencionados por la industria farmacéutica, que lo que quería era vender sus productos. Esta decisión, impulsada en 1993 de forma decidida por Bernadine Healy cuando fue directora de investigación de los NIH, ha permitido demostrar en la práctica los efectos negativos de la THS al incrementar los riesgos cardiovasculares y el cáncer de mama entre la usuarias. La batalla por hacer visibles los sesgos inconscientes en la investigación tiene nombres y apellidos, y los resultados que vemos en la actualidad son fruto de la voluntad decidida de una red informal de investigadoras e investigadores de todo el mundo que, muchas veces en condiciones precarias, abordaron con decisión romper las barreras que habían hecho invisible la salud de las mujeres.

No va a ser fácil superar las sentencias médicas y filosóficas que atenazan las mentes de mujeres y hombres profesionales de la medicina. No será fácil pasar de la sentencia «la mujer es frígida por naturaleza», de Botella, a explorar libremente la sexualidad femenina, actualmente todavía la gran desconocida; dejar de hablar de huesos «más débiles» o de coronarias «más finas» para tratar de entender el intrincado metabolismo fosfocálcico y poder prevenir el déficit de formación de vitamina D, que en las mujeres se puede presentar ya desde los 45 años; aprender a tomar decisiones equitativas frente a los trasplantes de riñón o las prótesis de cadera o rodilla, evaluando la calidad de vida y el dolor sin tener en cuenta el sexo del paciente y sin valorar más la vida de los hombres que la de las mujeres.

Y, por encima de todo, dejar de hacer diagnósticos de presunción cuando hay ignorancia y desconocimiento. Estimula mucho más la imaginación y la mente de los profesionales de la investigación decir que algún aspecto de las causas del dolor o del cansancio se desconocen que atribuirlos sistemáticamente a una supuesta y no probada depresión y ansiedad. O a una supuesta y no probada fibromialgia. El baile de atribuciones al diagnosticar como psicológico lo biológico o el estrés social, o al atribuir como problemas psicosomáticos una situación de violencia de género o *mobbing* en el trabajo, contribuye a la invisibilidad y no mejora los diagnósticos. Una nueva ciencia que aborde los problemas de salud de forma integral y que tenga en cuenta las condiciones de vida y de trabajo debe ser impulsada por todos los que queremos hacer

visibles los problemas de salud de las mujeres y, por añadidura, los de los hombres, que siempre han sido estudiados como salud productiva pero sin tener en cuenta su calidad de vida.

### **Sexo y género: una nueva forma de invisibilizar**

Diferenciar las estadísticas por sexos nos ha permitido saber qué es lo que les ocurre a las mujeres y los hombres en determinadas enfermedades, o en relación con ciertas condiciones de vida o trabajo. Ha sido un primer paso para visibilizar las diferencias. Pero el análisis de los resultados no siempre se ha hecho teniendo en cuenta la perspectiva de género (el papel de las mujeres como cuidadoras o trabajadoras en el ámbito doméstico con la actual doble o triple jornada, y el del varón como suministrador exclusivo de los bienes de la familia), lo que ha provocado un enmascaramiento de los síntomas de uno y otro sexo.

Sexo y género no son sinónimos, aunque a veces la literatura anglosajona sustituya una palabra por otra. La perspectiva de género nació de las ciencias sociales para identificar cómo los estereotipos llegan a condicionar las conductas, y también de las ciencias psicológicas, que han comprendido cómo se han sesgado las construcciones de la subjetividad de mujeres y hombres por los estereotipos en los que han vivido sumergidos en el seno de las familias, de las escuelas y de la sociedad. Estoy de acuerdo con Marcela Lagarde cuando cree que la perspectiva de género va a contribuir a hacer más visibles a las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad: «A pesar de no existir en el mundo patriarcal, las mujeres han sido realmente existentes. Es notable que el humanismo no las haya advertido. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres».

Pero a veces la palabra género puede encubrir las diferencias, como la denominada «violencia doméstica» o «de género» encubre la violencia contra las mujeres. Género no es igual a mujer, y a veces ese concepto se convierte en una nueva forma de reclusión de las diferencias en los discursos de algunas personas, especialmente de algunos políticos y políticas, que sin haber analizado previamente la situación creen poder entender de lo que hablan y sustituyen simplemente la palabra sexo por género, como si se tratara del género gramatical masculino y femenino. Una vez más, la clarividencia de Marcela Lagarde<sup>[323]</sup> nos ilumina:

Se cree que con decir género se adquiere por arte de magia una visión particular. Incluso está en boga aplicar recetas de género a políticas institucionales, tras haberlo aprendido en cursos de cuatro horas [...]. El trabajo bajo la perspectiva de género llega a ser experimentado como una concesión a las mujeres: tomarlas en cuenta, nombrarlas, gastar recursos en ellas, distraerse con ellas, ya que no son significativas ni realmente importantes.

Lo que está claro en el fondo es que las mujeres no deben ser parte de los esfuerzos institucionales económicos y políticos, que el desarrollo y la democracia son asuntos masculinos. Aunque se logre visibilizar a las mujeres descorriendo un pequeño velo de su opresión y exclusión, casi nunca se profundiza en las causas que lo han originado. Se intenta pasar de puntillas sobre el origen para no tocar nada de las fuentes de dominio que han originado la opresión, para no plantear ni promover cambios genéricos en los hombres ni en las instituciones que estos han creado».

El concepto género puede ser usado precisamente en contra de la visibilidad y participación de las mujeres en la vida social, científica y académica. Todo depende de cómo sea utilizado.

Para Rosi Braidotti,<sup>[324]</sup> «la noción de género desafía la pretensión de universalidad y objetividad de los sistemas convencionales de conocimiento y de las normas aceptadas del discurso científico. Introduce la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica. En la medida en que pretende articular una alternativa a la pretensión de objetividad, neutralidad y universalidad del conocimiento científico, el concepto de “género” puede cumplir una función revitalizadora en otras esferas científicas».

Esta es la gran asignatura pendiente, para la investigación de la salud y la enfermedad de las mujeres, introducir la variable de la diferencia sexual en el corazón mismo de la investigación teórica, demostrando paso a paso los sesgos de la pretendida neutralidad de la ciencia biomédica oficial. El hecho de abandonar toda investigación sobre las condiciones sociales, laborales o ambientales como factores de riesgo de las enfermedades de mujeres y hombres, así como concentrar los presupuestos en investigación en el estudio del genoma humano, ya es un primer sesgo que deberemos combatir para evitar una nueva invisibilidad de los condicionantes del enfermar de los seres humanos.

<sup>[317]</sup> De Lauretis, T., *op. cit.*, Madrid: Horas y Horas, 2000.

<sup>[318]</sup> Lesley Doyal, *What makes women sick. Gender and the political economy of health*. Londres: Macmillan Press Ltd., 1995.

<sup>[319]</sup> Wiltenson, Sandra F., «Hand and sex Differences in the Isthmus and Anterior Commissure of the Human Corpus Callosum»; *Brain*, 1989. 112:pp799-835.

<sup>[320]</sup> Christiane Desroches Noblecourt, *La mujer en tiempo de los faraones*. Madrid: Editorial Complutense, 1999

<sup>[321]</sup> Elinor W Gadon, *The once and future Goddess*. New York: Harper, 1989.

<sup>[322]</sup> Lejeune, Claire; *El libro de la hermana*; Valencia: Pre-textos, 2002.

[\[323\]](#) Lagarde, Marcela; *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas, 1996.

[\[324\]](#) Braidotti, Rosi; *Sujetos nómadas*. Barcelona: Paidós, 2000.

## La prevención de las adicciones

*«Cuanto más de cerca miramos a las mujeres que están viviendo en un mundo de hombres, más se parecen a los hombres en las enfermedades físicas que presentan, sus configuraciones psicológicas, sus desvíos criminales y sus conductas adictivas».*

FREDA ADLER, *Sisters in Crime*

*«Tómate algún tiempo para quedarte a solas...*

*Tómate algún tiempo para ti.*

*No escuches los lamentos ni el crepitar*

*de las constelaciones.*

*Sola y feliz, tan solo a tu pasión te aplicas».*

MARÍA ROSAL

Se considera que se está sometido a una adicción cuando un cese brusco en el hábito produce un trauma más o menos severo. Naturalmente, no todos los hábitos y costumbres son adictivos, pero pueden serlo si se realizan de forma repetitiva o se abusa de un determinado consumo en cantidad. Por ejemplo, la ingesta de vino en las comidas o de un alcohol de alta graduación en un banquete o una fiesta es común en casi todas las culturas, y es una forma de sentir placer e incluso un signo de hospitalidad. Fumar un cigarrillo o la pipa de la paz de las antiguas tribus indias era una forma de sellar un acuerdo. Pero la antropología nos ha enseñado que para determinadas tribus primitivas la mezcla de alcohol y alucinógenos servía para acabar las fiestas de forma delirante. O que el consumo repetido de opio entre los orientales es una forma de vivir la miseria física o mental con una resignación que les deja inactivos para superarla.

La mayoría de los productos que pueden generar adicción modifican de alguna forma los órganos de los sentidos y el equilibrio de los neurotransmisores en el sistema nervioso central, modificando en general los estados de ansiedad y pasando de un



cierto grado de estímulo de los sentidos a un adormecimiento generalizado, según el tipo de sustancia consumida.

El alcohol, el tabaco y las drogas han sido las principales causas de adicción en las sociedades desarrolladas, aunque también existen otros tipos de adicción que no trataremos en este capítulo, como la adicción al trabajo, las adicciones amorosas hacia parejas que son nefastas para el propio desarrollo personal, la adicción al juego, la adicción al consumo compulsivo de alimentos y, actualmente, la adicción a Internet o a los juegos por ordenador.

### **Las causas de las adicciones**

Aunque en general las adicciones han sido más frecuentes entre el sexo masculino, no se conocen razones biológicas, sino más bien sociales. La mayoría de las adicciones, ya sea al alcohol, al tabaco o a las drogas, son costosas y el poder adquisitivo de las mujeres ha sido más bajo que el de los hombres en todas las culturas hasta el momento actual. Pero a igualdad de condiciones económicas se está comprobando que las dependencias pueden ser iguales entre mujeres y hombres, o incluso superiores en las primeras.

Cuando se han analizado las conductas de las personas para superar las situaciones que les producen estrés, se ha visto que una de las primeras características comunes a diversas situaciones es la adopción de algún tipo de adicción que en cierta manera sude el estado de agitación, angustia o ansiedad que la situación de estrés ha producido. En relación con las situaciones de estrés laboral o afectivo, son las adicciones al tabaco y al alcohol las más frecuentes.

Las adicciones también han sido una forma de encontrar un cierto grado de seguridad aparente en un primer momento de inseguridad frente a la vida o frente al trabajo. En el caso de la entrada en la adolescencia en una sociedad que no acompaña la transición a la vida adulta, iniciarse en el tabaco ha sido una forma de imitar el mundo de los varones «aparentemente seguros y viriles», y en el caso de las mujeres, una forma de imitar el mundo masculino y sentirse también más seguras. Las imágenes cinematográficas han contribuido a esta falsa sensación de seguridad, ya que hemos de recordar que en todas las películas de las décadas de 1960 y 1970 las protagonistas fumaban de manera sensual o decidida, en contraste con las imágenes de niñas-adolescentes y mojígatas. En cierto modo, el alcohol y el tabaco han sido formas de entrar en la aventura de la vida. Después viene el fumar cannabis, «para probar», o el consumir éxtasis, cocaína u otras drogas para estar entonado y combatir el cansancio de estar de pie y bailando durante toda la noche. Lo que se inicia como un juego, se acaba

convirtiéndose en una dependencia y en la imposibilidad de divertirse sin el consumo de alcohol o drogas. El hecho de que el consumo se haya convertido en un negocio para las mafias internacionales debido a la ilegalización de las drogas ha favorecido el consumo, porque todo lo prohibido es mucho más atractivo para la juventud.

### **¿Existen diferencias de género en el consumo de drogas?**

El Observatorio Nacional sobre Drogas alertó ya en abril del 2001 en España que el consumo abusivo de alcohol entre las chicas de 15 a 19 años se había disparado desde 1998 de un 37 % a un 51 %, superando en seis puntos a los chicos de la misma edad. Los datos se obtuvieron de más de 20.000 entrevistas realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas, y fueron atribuidos por sus promotores al «deseo por parte de las adolescentes de ser como los chicos o incluso pasarse». El consumo se centra en los fines de semana y afecta a unos 700.000 chicos y chicas, de los que unos 180.000 llegan a emborracharse semanalmente. Siguiendo el informe de 2017 del mismo organismo, en el último año el 77,6 % de los adolescentes había consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,1 % en los últimos 30 días y el 9,3 % diariamente. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de 1990, si bien se señala una tendencia descendente del consumo diario de alcohol. Según el informe publicado en diciembre de 2018 por el Observatorio Nacional, el consumo ocasional de alcohol afecta al 81 % de los hombres y al 69 % de las mujeres.

El consumo intensivo, por su parte, afecta al 16,8 % de los españoles de entre 15 y 64 años. Las borracheras se encuentran más extendidas entre chicos y se concentran entre los 15 y los 34 años, con un 58 % de hombres y un 42 % de mujeres. El consumo en forma de «atracción de alcohol» (*binge drinking*) mantiene una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2015, el 17,8 % había consumido alcohol en forma de atracción en los últimos 30 días. Este patrón de consumo se encuentra más extendido entre los hombres y se concentra en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años. Ya en 2013, un 35 % de los estudiantes adolescentes en España de entre 14 y 18 años declaraba haberse emborrachado al menos una vez en el último mes. Estas cifras son de las más altas registradas en los estudios internacionales, como afirma el epidemiólogo Joan Ramón Villalbi.<sup>[325]</sup> En 2018, el 18,4 % de los jóvenes declararon haberse emborrachado, frente a un 12,4 % de las jóvenes.

Un estudio realizado por Paola Pedrelli y sus colaboradores<sup>[326]</sup> entre estudiantes de bachillerato de Estados Unidos analizó si hay diferencias entre mujeres y hombres en el consumo excesivo de alcohol. Constataron que aproximadamente el 48 % de adultos

jóvenes de entre 18 y 24 años se emborrachaban con frecuencia, una conducta que en esta población se asocia con un riesgo elevado de lesiones físicas, agresiones físicas y sexuales, progresión a consumo de otras sustancias y muerte. Los autores también constataron que la intolerancia al estrés y al agotamiento era un predictor de la tendencia a emborracharse entre mujeres.

El Instituto de la Mujer reveló que unas 850.000 españolas consumen habitualmente alcohol en exceso, lo que significa que cada día beben el equivalente a un litro y medio de cerveza, un litro de vino o dos copas con alcohol de alta graduación, como vodka o whisky. El consumo abusivo de alcohol desde edades tempranas tiene un efecto negativo sobre la esperanza de vida de la población e incrementa la mortalidad por enfermedades relacionadas con el alcohol, aunque resulta difícil atribuir la mortalidad al alcohol, pues la mayoría de los estudios se realizan a partir de casos clínicos o de estudios epidemiológicos pequeños que no abarcan toda la mortalidad de una población ni tienen en cuenta las diferencias de edad y sexo.

Las enfermedades directamente atribuibles al alcohol son: el síndrome de dependencia, las psicosis alcohólicas, la cardiomiopatía, las enfermedades hepáticas, las enfermedades de páncreas, y otras. Entre las enfermedades que indirectamente se le atribuyen están: los cánceres de esófago, estómago y vías digestivas, la cardiopatías por isquemia coronaria (infartos de miocardio), las hemorragias cerebrales, el ictus y enfermedades infecciosas como neumonías y gripes, que pueden acabar con la vida de personas con las defensas debilitadas.

La mortalidad derivada del consumo de alcohol presenta un pico entre los 60 y los 64 años entre hombres, y entre los 50 y los 54 años entre las mujeres. Se debe señalar que, aunque el número global de muertes es superior en los hombres, la edad media de muertes se produce diez años antes entre las mujeres. Aunque la causa de esta notable diferencia de edad entre ambos sexos no se ha establecido con claridad, podría deberse a que por razones biológicas el consumo de alcohol produce un pico más temprano en sangre en el sexo femenino, lo que hace que una misma ingesta duplique sus efectos cuando se trata de una mujer.

Dado que se desconocen los datos de consumo de alcohol en muchos países y que las mujeres tienden a ocultar dicha adicción por no ser socialmente aceptada, no se puede determinar si algunas muertes de mujeres por enfermedad cardiovascular o por cáncer de vías digestivas se deben al alcohol. Una mujer alcohólica es más estigmatizada socialmente que un hombre alcohólico. En ocasiones se asocia a la mujer alcohólica con la prostitución, o se afirma que las drogas producirán más problemas en las mujeres que en los hombres debido a su papel de cuidadoras y madres nutricias, o incluso que

al beber se desinhibirán demasiado y «caerán en provocaciones sexuales». Aunque a menudo se cree que la mayoría de las mujeres alcohólicas están separadas o divorciadas, estudios sociológicos han señalado que es más probable que las mujeres adictas al alcohol estén casadas que los hombres.

Desde el punto de vista biológico hay que señalar que la menor proporción de agua respecto al peso total en las mujeres provoca una metabolización diferente del alcohol y de las drogas. A igualdad de peso, las mujeres presentan un pico más alto de concentraciones de alcohol en sangre. Esta lentitud en la metabolización crea una situación de posible toxicidad acumulativa con otras sustancias, sobre todo los psicofármacos. El metabolismo del alcohol en el sexo femenino tiende a sobrecargar la función hepática, alterando la metabolización de los estrógenos y, como consecuencia, produciendo un hiperestrogenismo con aumento de sangrado menstrual y tendencia a incrementar el cáncer de mama. Se producen más anemias macrocíticas y una mayor tendencia a las trombosis por la disminución del ácido fólico.

El sistema mesocorticolímbico, en el cerebro, es especialmente susceptible a los efectos del alcoholismo crónico. A este respecto, la investigadora Ana María Rivas-Grajales y sus colaboradores,[\[327\]](#) en estudio multidisciplinar realizado en Boston (USA), han constatado diferencias en los datos recogidos por resonancia magnética lo que plantea la necesidad de estrategias diferenciales para tratar la dependencia del alcohol entre mujeres y hombres.

### **¿Existen diferencias entre mujeres**

### **y hombres en el consumo de tabaco?**

El número de mujeres fumadoras en la Unión Europea se ha incrementado de forma espectacular desde la Segunda Guerra Mundial. Las muertes por tabaquismo femenino se han incrementado, y en los últimos veinte años se han triplicado las muertes por cáncer de pulmón. Si no se toman las medidas adecuadas, el incremento de mortalidad y morbilidad seguirá creciendo en las próximas décadas, como advierte la doctora Dolors Marín, Change Agent (Agente para el Cambio) para España de la Tobacco Free Initiative de la OMS. En Estados Unidos, donde más de tres generaciones de mujeres han estado fumando, la mortalidad por cáncer de pulmón ya ha superado a la del cáncer de mama.

La OMS estima una población fumadora de 1.100 millones de fumadores en el mundo, de los cuales un 82 % viven en países de economías medias y bajas. A pesar de las numerosas campañas, el cese de la adicción es muy bajo, y existe la previsión de que la

mortalidad por tabaco pasará de los cinco millones de muertes evitables actualmente a diez millones en el año 2030. Un 70 % de estas muertes se producirá en los países con economías menos desarrolladas, ya que el tabaco y la pobreza van cada día más unidos. La pobreza, junto a un bajo nivel educativo, serán las características de la mayoría de las víctimas del tabaquismo. El tabaco, por ejemplo, es el responsable de la mitad de las muertes por tuberculosis en la India.

Según la Encuesta Nacional de Sanidad ha aumentado el número de fumadores entre mayores de 16 años hasta un 34 %, y aunque entre los chicos han disminuido un 12 %, las mujeres han aumentado un 5 %. La mayoría de los fumadores en España se encuentran entre hombres de 25 a 54 años, de los que la mitad fuman. Entre las mujeres, la mayoría de las fumadoras tienen entre 25 y 44 años. Entre las adolescentes de 17 a 19 años un 37 % fuman de forma habitual, siendo el país europeo con un índice más elevado de fumadoras adolescentes. Según la última encuesta de 2018 del Plan Nacional contra la Droga,<sup>[328]</sup> el consumo de tabaco ha aumentado ligeramente, de 40,2 a 40,9. En términos evolutivos, ha de destacarse que esta diferencia ha pasado de ser de 9 puntos en 2005 a no superar el punto porcentual en 2017, debido sobre todo al progresivo descenso del porcentaje de consumidores de tabaco en el grupo de personas entre 15 y 34 años. La diferencia se mantiene en niveles similares a los observados en 2015.

Según datos de la Encuesta de Salud de Barcelona, la población fumadora de la ciudad es de un 35,3 % en los varones y de un 22,9 % en las mujeres. Las mujeres de entre 15 y 24 años fuman en la misma proporción que los varones. Este estudio analiza también si hay diferencias en el abandono. Las mujeres de clase media y alta, que fueron las que iniciaron el consumo, son las que lideran el abandono, tal como ocurre con los varones.

La mortalidad derivada del tabaco en España ha aumentado un 12 % en la población masculina y un 30 % en la femenina, siendo la previsión que el cáncer de pulmón supere al de mama, como ha ocurrido en Estados Unidos. A igualdad de tabaco fumado, las mujeres son el doble de vulnerables al cáncer de pulmón que los hombres, tanto por el tabaquismo activo como por el pasivo.

«Cada muerte causada por el tabaco es evitable», como señaló la directora de la OMS, la doctora Gro Harlem Brundtland cuando animó a todos los países del mundo a facilitar el proceso de negociación internacional del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. Esta iniciativa pretende implicar a los Gobiernos y los países en la lucha contra el tabaquismo. A través de agentes especializados y líneas telefónicas informativas, desarrollan programas para dejar de fumar, consejos y estrategias específicas de prevención, así como asesoramiento jurídico para la protección legal adecuada si se emprenden acciones para conseguir espacios de trabajo sin humo. Estas

líneas telefónicas, denominadas Quitlines, han dado lugar a la Asociación Internacional de Quitlines, creada en el año 1998 y financiada por la UE. Existen también Quitlines gratuitas y financiadas por los Gobiernos en Canadá, Australia, Suecia, Polonia, Francia, Brasil, Dinamarca, Noruega, Países Bajos, Reino Unido... La sorpresa, después de cinco años de funcionamiento, ha sido que la mayoría de las llamadas recibidas han sido efectuadas por mujeres, y que el mayor número de ceses del hábito también pertenece al sexo femenino. Este hecho abre una esperanza para la lucha contra el tabaquismo en un futuro inmediato.

### **¿Tiene el tabaquismo efectos biológicos**

#### **diferentes en mujeres que en hombres?**

El tabaco tiene en el organismo de las mujeres un efecto de potenciación del metabolismo de los estrógenos, que se degradan de forma rápida a la forma de 2 alfa derivados o catecolestrógenos. Estos imitan el efecto de los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina en el cerebro, aumentando la ansiedad y la irritabilidad, por lo que se incrementa la dependencia. La nicotina actúa inicialmente como ansiolítico, pero al aumentar la irritabilidad cerebral por efecto de los catecolestrógenos se necesita cada vez más dosis para conseguir iguales efectos.

La pérdida de la oxigenación normal de los tejidos y la disminución de los estrógenos cerebrales incrementan las arrugas de la piel, producen cambios en la distribución corporal de la grasa (tendencia a una distribución androgénica) y estimulan la osteoporosis. La pérdida de masa ósea en las fumadoras de un paquete diario puede suponer tres desviaciones estándar en mujeres de 30 años. Por lo tanto, la osteoporosis de la mujer joven fumadora debe vigilarse como un factor de riesgo precoz de las fracturas de la vida adulta. La pérdida de oxigenación de la piel, así como la pérdida periférica de estrógenos, producen en la mujer un proceso de envejecimiento precoz de la piel, con arrugas más intensas y profundas en la cara. De hecho, se puede determinar si las mujeres fuman o no en función de las arrugas que presentan en el rostro.

La diferencia adictiva manifiesta se basa en el hecho de que el incremento de la ansiedad que produce el tabaco entre las mujeres hace más profunda y difícil de combatir la adicción, por lo que necesitan esfuerzos y recursos suplementarios para poder liberarse del tabaquismo, como de hecho ya se está comprobando entre las mujeres menores de 20 años: los chicos abandonan el hábito, mientras que, a las chicas, aunque estén convencidas de dejarlo, les cuesta mucho más. Por ello se necesitan otras aproximaciones diferenciales y argumentos que las alejen de este hábito.

Aunque desgraciadamente las estadísticas de mortalidad a largo plazo no sirven para disuadir a las chicas jóvenes, no se deben ocultar los riesgos futuros, sino visibilizarlos, como la pérdida de la tersura de la piel, el incremento de arrugas en la cara, el aumento de los estados de ansiedad, el incremento de osteoporosis y una mayor tendencia a tener tos, bronquitis crónica y cáncer de pulmón. Quizás con estos datos en mente podrían valorar la necesidad y la utilidad de dejar de fumar.[\[329\]](#)

## **¿Existen diferencias en el consumo**

### **de drogas: heroína, cannabis, éxtasis?**

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España. Los adictos se han multiplicado por diez entre 1998 y 2000. Según el Observatorio Nacional sobre la Droga, en 2015 empezaron a consumir cannabis 159.000 personas de entre 15 y 64 años. El mayor inicio de consumo tuvo lugar entre los hombres menores de 25 años: ese año 93.000 menores de entre 15 y 17 años empezaron a consumirlo. Se observa una tendencia descendente en el número de personas que han empezado a fumar cannabis con respecto a 2013. Según la encuesta nacional de 2015, el 31,5 % de la población de entre 15 y 64 años había consumido cannabis alguna vez; el 9,5 % en el último año (2.940.000); el 7,3 % en el último mes y el 2,1 % diariamente en el último mes. En la encuesta de 2018, el 7,4 % del colectivo de entre 35 y 64 años había consumido cannabis alguna vez en el último año, proporción que aumentaba hasta el 18,3 % entre los menores de 35 años. El cannabis es la sustancia para la que se obtiene una mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 43,6 % de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida, frente al 26,8 % de mujeres), lo que se traduce en una diferencia de casi 17 puntos porcentuales. Evolutivamente, en la edición de 2018 se registró en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis desde el año 2011.

Se estima que 497.000 personas de entre 15 y 64 años hacen un consumo problemático de cannabis (puntuación  $\geq 4$  puntos en la escala CAST), según la encuesta de 2017-2018, lo que se corresponde con el 2,2 % de toda la población en este rango de edad. El consumo de cannabis tiene efectos secundarios que se deberían de conocer antes de consumir. El primer efecto es, en la mayoría de los casos, el aumento de la frecuencia cardíaca hasta 3 horas después de su consumo, lo que produce mayor riesgo de miocardiopatías en personas predispuestas. También produce pérdida de memoria inmediata, alteraciones del equilibrio y de la orientación espacial, dificultades para realizar tareas de coordinación motora y dificultades para andar. Además, tiene un efecto disruptor endocrino, con atrofia de testículo en varones y alteración del ciclo menstrual en mujeres. En animales de experimentación, la exposición antes del nacimiento al THC (tetrahidrocannabinol), el principio activo de la droga recreativa,

condiciona trastornos en la memoria y el aprendizaje, con cambios estructurales en el hipocampo (la zona cerebral de la memoria). En Nueva Zelanda se ha comprobado una pérdida de 8 puntos de coeficiente intelectual en adultos que habían consumido intensamente durante la adolescencia.

El epidemiólogo Juan Ramón Villalbí, al estudiar los patrones de consumo de los adolescentes, señala que hay una relación directa entre el consumo de cannabis y la incidencia posterior de trastornos psicóticos, con un exceso de riesgo de un 40 %, en función de la dosis de THC, la frecuencia de consumo y el inicio precoz. Asimismo, ha comprobado que una parte de los consumidores adolescentes sufre efectos adversos en sus vidas, como el fracaso escolar.

François Legault, primer ministro de Quebec, ya ha propuesto modificar la ley canadiense, acabada de aprobar, exigiendo aumentar la mayoría de edad de los compradores de los 18 años actuales a los 21, ya que la Asociación Médica Canadiense lo ha recomendado para evitar daños en los cerebros de los adolescentes que se están formando.

Los consumidores de cocaína se han multiplicado por dos en cuatro años; diez de cada 100 jóvenes que salen de marcha la han probado alguna vez. Respecto al éxtasis, los españoles son los segundos consumidores de Europa, después de Gran Bretaña; un 5 % de los jóvenes lo toman durante los fines de semana. Muchos jóvenes mezclan cocaína con alcohol y cannabis. En estudio realizado entre 10.985 estudiantes de Medicina franceses,<sup>[330]</sup> con un 87,8 % de mujeres, se ha constatado que los hombres fuman y consumen cannabis, éxtasis, cocaína, anfetamina, LSD, codeína y ketamina más que las mujeres. Ellas consumen más ansiolíticos y antidepresivos, son visitadas con más frecuencia por especialistas en psiquiatría y psicología, y presentan menores niveles de calidad de vida física y mental.

### **¿Existen causas y consecuencias diferentes**

#### **según el sexo en el consumo de alcohol y drogas?**

En estudios comparativos entre mujeres y hombres alcohólicos o adictos a las drogas se ha observado que las mujeres experimentan más sentimientos de vergüenza, culpabilidad y depresión. En cambio, entre los hombres se producen más pérdidas de empleo, accidentes, violencia interpersonal y detenciones policiales.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo financiaron una encuesta nacional



sobre adicciones en la que se completaron más de 8.038 entrevistas. Los grupos que presentan más problemas psicológicos y de conducta (dificultades para pensar con claridad, conducción temeraria, discusiones con familiares y amigos, pérdidas de memoria, sensaciones depresivas, ansiedad, irritabilidad y nerviosismo) son los que abusan más de las drogas, sobre todo los jóvenes de etnia caucásica de entre 18 y 25 años. Algunos subgrupos son especialmente vulnerables, como las chicas entre 12 y 17 años.

Los problemas sociales son superiores entre los hombres jóvenes que, entre las mujeres. Los hombres presentan una mayor vulnerabilidad a padecer desajustes sociales, porque también son los que más consumen alcohol, marihuana y cocaína en cantidades importantes.

Los resultados de esta encuesta no indican una vulnerabilidad generalizada de las mujeres al alcohol y las drogas, ni tampoco dan soporte especial a las tesis de convergencia de Adler. Los resultados son más congruentes con las teorías que ponen el énfasis en que los problemas psicológicos que presentan las mujeres se derivan más de la internalización de las normas y estereotipos de género que de un efecto directo fisiológico de las drogas y del alcohol.

Las mujeres alcohólicas han sido mucho más estigmatizadas socialmente que los hombres. Precisamente por ello muchas beben en la soledad de sus casas y no en lugares públicos ni en los bares. Utilizan además productos baratos y de baja calidad, por lo que los efectos secundarios son más perjudiciales para su salud. Su adicción se asocia a libertinaje sexual o incluso a la prostitución, y tienen muchas más dificultades que los hombres para rehacer su vida personal en el caso de que logren vencer su adicción. La dependencia del alcohol produce en las mujeres más problemas intrapsíquicos, y en los hombres más problemas sociales. Las mujeres buscan más a menudo tratamiento de forma voluntaria que los hombres.

### **¿Existen diferencias de género**

#### **en las conductas adictivas?**

Las conductas adictivas incluyen un grupo heterogéneo de acciones compulsivas que tienen la característica común de conseguir una rápida recompensa. La conducta adictiva existe cuando las acciones de una persona se hacen problemáticas para su trabajo, su familia o su vida social. Las tecnologías de la comunicación y la información, como Internet, los teléfonos móviles y los videojuegos, están condicionando muchas conductas y actitudes.

Los estudios en la población española informan de una prevalencia que oscila entre un 3,7 % y un 9,9 % de personas que usan excesivamente o de forma problemática Internet, entre un 2,8 y un 26,1 % para el uso excesivo del teléfono móvil, y entre un 1,7 % y un 10 % para el uso problemático de videojuegos. El exceso de uso de Internet aumenta la probabilidad de tener insomnio, disfunción social, depresión, ansiedad, pensamientos negativos que interfieren en situaciones sociales, disfunción sexual y estrés psicológico. El uso de teléfonos móviles se asocia con el exceso de consumo de alcohol, tabaquismo, depresión, fracaso escolar, ansiedad e insomnio.[\[331\]](#)

El aumento de la prevalencia de conductas adictivas en todo el mundo (también en España) ha provocado que se lleven a cabo numerosas investigaciones sobre las causas, los factores de riesgo y los factores protectores de las adicciones con el fin de desarrollar estrategias de prevención. Un reciente estudio sobre el papel de la edad y el sexo en el comienzo y duración de las conductas adictivas en España[\[332\]](#) ha mostrado diferencias según el subtipo de adicción. Las conductas adictivas al juego son de predominio masculino. Para los hombres jugadores, un comienzo precoz del trastorno se asocia con una mayor gravedad y una mayor dependencia de la adicción, mientras que entre las mujeres que empiezan a jugar en edad temprana la adicción está más relacionada con la búsqueda de novedad. Los hombres adictos a juegos por Internet de comienzo tardío se correlacionan con una mayor gravedad de la adicción y un estado psicopatológico peor.

En relación con las compras compulsivas, se constató que son de predominio en mujeres. Un inicio temprano se relacionó con puntuaciones más altas de los niveles de dependencia-recompensa, y una mayor duración se relaciona con una mayor acumulación de deudas.

Algunos autores[\[333\]](#) advierten de que la adicción al sexo comparte muchas características con otras conductas adictivas y que existen todavía demasiados vacíos en la investigación como para poder determinar si se trata realmente de una adicción específica.

Recientemente se ha publicado una revisión de la literatura científica sobre la adicción al ejercicio entre las personas que practican deportes de resistencia.[\[334\]](#) Los estudios revisados han confirmado que la práctica excesiva de ejercicio podría estimular la aparición de problemas de salud y de conductas adictivas, aunque no se han observado diferencias por edad y sexo. Los autores plantean que todavía resulta problemático delimitar, definir y diagnosticar si este tipo de conducta se podrá considerar en el futuro como un trastorno de conducta.

El apetito compulsivo no ha sido suficientemente estudiado, pero las dependencias relacionadas con comidas y bebidas azucaradas están replanteando la necesidad de considerarlo como adicción. Quizás por ser en principio una adicción de menor coste económico, ha sido predominante en el sexo femenino. Cuando una mujer sufre situaciones estresantes, conflictos amorosos, laborales o familiares, puede adoptar estrategias compensatorias comiendo de forma repetitiva. El apetito compulsivo y la obesidad subyacente se convierten en un anti método para combatir el estrés.

Estas crisis compulsivas pueden seguir a periodos de restricción voluntaria de los alimentos o incluso de anorexia. En estos casos, la compulsión ya no es solo una adicción; lo que ocurre es que el sistema nervioso central reacciona a la carencia repetida de alimentos y de nutrientes esenciales, sobre todo de zinc y vitamina B12, con la imperiosa necesidad de comer, a veces sin poder saciarse. La persona es capaz de engullir en poco rato todo el contenido de la nevera y después provocarse el vómito. Esta situación se conoce con el nombre de crisis de bulimia y puede prolongarse durante años en la vida de las mujeres de forma invisible; solo una atenta mirada del profesional sanitario (medico/a o psicólogo/a) podrá detectarla, ya que las mujeres que padecen esta adicción/compulsión no acostumbran a pedir ayuda.

Para entender las causas de las adicciones tecnológicas entre los y las adolescentes, se ha estudiado la relación de esta adicción con la «evitación de las experiencias» (EA, por sus siglas en inglés). La EA se refiere a un constructo que ha emergido como subyacente y transdiagnóstico en una gran cantidad de problemas psicológicos. Se refiere a una estrategia autorregulada que implica esfuerzos para controlar o para escapar de estímulos negativos, como pensamientos, sentimientos o sensaciones que generan fuertes situaciones de estrés o angustia. En España ha sido estudiada, en relación con las conductas adictivas, por el grupo del doctor García Oliva de la Universidad Miguel Hernández de Elche,[\[335\]](#) que ha encontrado un uso más problemático de los videojuegos en los chicos que en las chicas, y una clara relación de la EA con las conductas adictivas entre adolescentes.

Muchos investigadores también se han preguntado si existen diferencias por sexo en los mecanismos neurológicos que median en la adicción y en la recompensa. Una excelente y muy completa revisión[\[336\]](#) ha analizado 245 estudios sobre las diferencias entre sexos en cada fase de la adicción a las drogas. Las primeras observaciones ya demuestran que, hasta la fecha, muchas investigaciones no han diferenciado por sexo, y que, aunque hay rasgos comunes, las adicciones presentan diferencias por sexo en relación con la dopamina, los receptores de los opioides y el factor de crecimiento neurotrófico. Los autores señalan que existe ya una sustancial evidencia de que los actuales tratamientos y psicoterapias no son ideales para ambos sexos.

## **¿Existen diferencias en el consumo de psicofármacos entre mujeres y hombres?**

Según el Observatorio Nacional contra la Droga (2015), el perfil del consumidor problemático de hipnosedantes es el de una mujer de entre 45 y 54 años, casada, con estudios secundarios, que vive con su pareja e hijos y que en el presente trabaja o está en paro pero que, en cualquier caso, ha trabajado antes. En términos generales, aquellos que cumplen criterios de consumo problemático (según el *DSM-V*) suelen haber sido diagnosticados en algún momento de su vida de ansiedad (43 %), depresión (44,1 %) o insomnio (29,7 %). El 15,5 % ha consumido alguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses y el 11,6 % ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días. Aunque no puedo obviar la crítica general al *DSM-V*, que valora todo síntoma como enfermedad mental.

En primera consulta, el 25 % de las demandas realizadas por mujeres son consideradas psicósomáticas,[\[337\]](#) y es mucho más probable que se administren psicofármacos a las mujeres que a los hombres. Desde 2003, los psicofármacos son los medicamentos que más aumentan la factura farmacéutica del Estado español. España es el país del mundo que receta más psicofármacos en atención primaria, mayoritariamente a mujeres. Las benzodiacepinas y los antidepresivos tricíclicos son los más frecuentes. También los geriatras y los psiquiatras recetan más psicofármacos a mujeres.

Las dosis de psicofármacos también deberían analizarse con una perspectiva de género. En Noruega, en un estudio de 1.533 pacientes a los que se administraron antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos,[\[338\]](#) se observó que las mujeres mayores de 65 años, aunque recibían dosis más bajas de antidepresivos, tenían niveles más altos en sangre. Su conclusión fue que no se tenía en cuenta la influencia del género y la edad en la farmacocinética de los psicofármacos administrados.

Como bien señalan los especialistas en farmacología,[\[339\]](#) la farmacocinética, el efecto farmacológico y los efectos adversos de algunos fármacos pueden diferir entre hombres y mujeres debido a los diferentes factores fisiológicos y moleculares existentes en función del sexo. En algunos casos, un mayor volumen de distribución en mujeres se traduce en mayor semivida de eliminación, acumulación del fármaco a nivel tisular y mayor incidencia de efectos adversos si no se realiza un ajuste de la dosis. La variabilidad farmacocinética tiene especial trascendencia en fármacos que presentan un estrecho índice terapéutico, así como en los utilizados en el tratamiento de patologías potencialmente mortales. Diversos estudios han demostrado que la actividad del

CYP3A4 es hasta un 40 % mayor en mujeres que en hombres, siendo este citocromo responsable de la biotransformación de numerosos fármacos.

Aunque no existe una opinión unánime en la literatura, parece ser que los antipsicóticos inducen una mejoría superior en las mujeres pero provocan más efectos secundarios. Esto en parte es debido a que la mujer posee más receptores dopaminérgicos en el córtex que el hombre; por este motivo, las mujeres también son más sensibles a la cocaína, a diferentes psicoestimulantes y al diazepam.

Sin embargo, se ha observado una mayor eficacia en mujeres de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina. Aunque las evidencias disponibles indican que las mujeres debieran recibir dosis más bajas de antidepresivos en comparación con los hombres, las guías clínicas actuales todavía no recomiendan ajustar la dosis en función del sexo. Las mujeres presentan mayor dependencia a las benzodiazepinas que el hombre.

Las diferencias de género también se han observado en cuanto a los analgésicos y anestésicos, siendo las mujeres menos sensibles que los hombres al efecto del propofol, mientras que presentan mayor sensibilidad a la morfina, de tal manera que los hombres llegan a precisar hasta un 60 % más de morfina que las mujeres. En el año 2018, la FDA lanzó una grave advertencia a los profesionales sanitarios de Estados Unidos por el incremento de mortalidad entre mujeres que estaban recibiendo tratamiento excesivo de opioides.

### **Ultima reflexión**

La separación del cuerpo y la mente ha sido una de las dicotomías clásicas que más ha dificultado la comprensión de lo que ocurre en los seres humanos en relación con la salud. Más allá de que la tradición filosófica aristotélica condenó a las mujeres a ser solo cuerpo porque la mente era de los hombres (ricos, sabios y patricios), cuando se empezaron a estudiar la conducta humana, los impulsos sexuales y los estados de ánimo, se creyó que el cuerpo y el cerebro iban por un lado y la mente por el otro. Como si no pensáramos con un cuerpo, como si nuestra mente pudiera funcionar fuera del organismo. Creo que esta separación es la que todavía justifica que ya en primera visita, y ante cualquier malestar crónico, se prescriba tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos si el paciente es una mujer, ya que sus síntomas se consideran «psicosomáticos». En lugar de empezar con la escucha y la palabra, que sería el trabajo de los profesionales de la psicología, se empieza con los fármacos, lo que lleva a la distorsión y el reduccionismo.

[325] Villalbi, JR (2013), «Consumo de drogas por los adolescentes y opciones de intervención». Formación Médica Continuada. 20(10):573-9.

[326] Pedrelli, P., MacPherson L., Khan A J., Shapero BJ., *et al.*, (2018), «Sex differences in the Association between heavy drinking and Behavioral distress tolerance and emotional reactivity among non-depressed college students». *Alcohol and alcoholism*. 1-8

[327] Rivas-Grajales A.M., Sawyer K S, Karmacharya S, Papadimitrioi G *et al.*, (2018), «NeuroImage: Clinical», 19:98-105

[328] Observatorio Nacional contra la Droga. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>

[329] Valls-Llobet, C., «Género y adicciones». Madrid: Revista Dianova, 2019.

[330] Fond G, Bourbon A., Auquier P, Micaulaud-Franchi J-A *et al.*, (2018), «Venus and Mars on the benches of the faculty: influence of gender on mental Health and behavior of medical students. Results from the BOURBON national study». *Journal of Affective Disorders*.

[331] Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A. & Oberst U (2012), «Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles». *Papeles del psicólogo*, 33(2), 82-89.

[332] Valero-Solís S, Granero R, Fernández-Aranda F, Steward T, *et al.*, (2018), «The contribution of sex, personality traits, age of onset and disorder duration to behavioral addictions». *Frontiers in Psychiatry*, Vol 9; article 497:1-9.

[333] Kraus SW, Voon V & Potenza M N. (2016), «Should compulsive sexual behavior be considered an addiction». *Addiction*, 111(12):2097.2106.

[334] Nogueira A, Molinero , Salguero A & Márquez S. (2018), «Exercise addiction in practitioners of endurance sports: A literature review». *Frontiers in Psychology*, Vol 9. article 1484. 1-11.

[335] García-Oliva, C., & Piqueras, JA. (2016), «Experiential Avoidance and Technological Addictions in Adolescents». *Journal of Behavioral Addictions*, 5 (2):293-303.

[336] Becker, JB. & Chartoff, E.(2018), «Sex differences in neural mechanisms mediating reward and addiction». *Neuropsychopharmacology*, 0:1-18.

[337] Valls-Llobet, C., *op. cit.*, Madrid: Cátedra, 2009.

[338] Bøgwald KP, Rudberg I, Tanum L, Refsum H. (2012), «Gender- and age-related differences in dosage and serum concentration of psychotropic drugs». *Tidsskr Nor Laegeforen.*;132(3):288-91.

[339] Calvo Hernández, Begoña; Gómez López-Tello, Paloma; Ruiz de Alegría López, María Dolores; Formación Médica Continuada (2013). 20:351-7

## ¿Cómo podemos contribuir a desvelar lo invisible?

*«¿Hablamos el lenguaje de los hombres o el silencio de las mujeres? Mi respuesta es que hablamos ambos [...]. O, mejor dicho, debemos perseguir estrategias de discurso que otorguen voces al silencio de las mujeres dentro, a través, contra, por encima, por debajo y más allá del lenguaje de los hombres. De ahí también la necesidad de elaborar e inventar prácticas de lenguaje en las que el género no se vea suprimido ni desmaterializado en la misma discursividad, sino reivindicado y negado al mismo tiempo, afirmado y cuestionado, deconstruido y reconstruido».*

TERESA DE LAURETIS<sup>[340]</sup>

*«Las mujeres no avanzarán si no se unen en una acción cooperativa [...]. Hasta el momento ningún grupo ha aprovechado la ventaja del liderazgo femenino, de sus capacidades especiales. He acentuado una de estas capacidades: la capacidad más importante para la acción grupal organizada. A diferencia de otros grupos, las mujeres no necesitan utilizar la afiliación y la fuerza unas contra otras. Podemos integrar fácilmente las dos, buscar más y mejores formas de emplear la afiliación para fomentar la fuerza y de emplear la fuerza para fomentar la afiliación.*

*Para la mujer, obtener fuerzas de sus relaciones requiere claramente la transformación y reestructuración de la naturaleza de estas. Los ingredientes básicos, nuevos, esenciales en este proceso son la autodeterminación y el poder para convertirla en realidad. Pero antes de llegar a este punto fundamental, hay una cuestión a la que se enfrentan muchas mujeres: “Si quiero la autodeterminación, ¿qué es lo que quiero realmente determinar? ¿Qué quiero? ¿Quién soy, de hecho?”».*

JEAN BAKER MILLER,<sup>[341]</sup>1987

Hemos expuesto a lo largo de todo el libro los sesgos de género en la investigación y en la atención sanitaria de las mujeres, así como el gran número de estereotipos de género que pululan por las mentes de los profesionales sanitarios y de miles de hombres y mujeres potenciales pacientes de un sistema que a veces no los entiende de forma integral. La especialización y la fragmentación mantienen entre las mujeres el desconocimiento y el extrañamiento del propio cuerpo y los propios síntomas. La sumisión practicada durante siglos y la reducción al silencio a la que se han visto sometidas no han facilitado la exploración de nuevas estrategias que cambien la situación. Los psicofármacos, al sedar las voces del malestar, han contribuido a hacer el silencio más profundo y hermético.

Para los profesionales expertos en ciencias de la salud se abre un camino de trabajo y cooperación mutua que impregne el corpus científico androcéntrico de una visión médica capaz de abordar la salud de los seres humanos desde un enfoque integral. Sabemos de antemano que el camino está lleno de erizados obstáculos e incomprensiones, y que existen pocos recursos para la investigación diferencial.

Teniendo en cuenta la lentitud de los cambios en la ciencia y la dificultad de diseminar los resultados, las y los potenciales pacientes en busca de asesoramiento y consuelo para sus malestares a buen seguro que también deberán cambiar las propias actitudes frente a sus cuerpos y a su salud, decidiendo de la forma más libre posible si están dispuestas y dispuestos a emprender el camino en busca de su propia vitalidad. Si desean una salud para ir tirando o una salud para disfrutar.

### **¿Como cambiar el sesgo de género en la investigación?**

Entre los científicos conscientes de esta situación existe la preocupación de cómo corregir la falta de visibilidad de las mujeres en los ensayos clínicos. En primer lugar se debería reconocer formalmente la necesaria creatividad que aportan las mujeres a los ensayos, identificándolas, reclutándolas y reteniéndolas para aprovechar su potencial. Asimismo, sería conveniente que todos los organismos que convocan concursos públicos de becas fomentasen el reclutamiento de mujeres en sus programas; denegar ayudas económicas si no existe participación de mujeres podría ser un primer paso.

También se deberían estimular las investigaciones que se centren en enfermedades que específicamente se presentan entre mujeres, por ejemplo, creando becas para esta área específica. Además, las becas tendrían que incluir fondos discrecionales que permitan la retención de las mujeres en los ensayos, por ejemplo, ofreciéndoles ayuda en lo referente al transporte, el cuidado de los hijos y otras barreras que han impedido su participación en los ensayos clínicos. Todas estas sugerencias deberán ser analizadas en conjunto, pues ninguna de ellas en solitario puede resolver el problema. Estos puntos son igualmente importantes para la inclusión de grupos étnicos y otros grupos que están subrepresentados en los ensayos clínicos, como las personas mayores o los niños.

Los editores de revistas médicas y aquellos que participan en la revisión de los artículos que se someten a valoración determinan la forma y el contenido de la evidencia científica en el momento actual. Dada su influencia, las guías médicas han empezado a requerir a los autores de los estudios publicados que incluyan información sobre el tamaño de la muestra, el poder y el uso de los valores exactos estadísticos y los



intervalos de confianza. En cambio, no es una práctica frecuente requerir un análisis de los subgrupos seleccionados en función del sexo y la raza. Aunque las observaciones que se realicen en un pequeño subgrupo pueden no tener un significado estadístico dentro de un estudio general, pueden crear una base de valor para generar hipótesis en otros investigadores e impulsar una nueva visión cuando se realizan metanálisis o revisiones sistemáticas de varios estudios.

Los resultados actuales, con una escasa representación de mujeres en los ensayos clínicos relevantes, demuestran la poca eficacia que ha tenido hasta ahora la introducción del Acta de Revitalización. La identificación de las causas por las que no se ha conseguido una alta participación podría servir para que se corrigiera esta deficiencia en el futuro. Por otra parte es imprescindible cambiar la percepción del mundo médico y académico de las enfermedades más frecuentes en el sexo femenino, de tal manera que puedan estar abiertos a la posibilidad de que ellas presenten síntomas diferentes y de que los tratamientos tengan efectos secundarios también diferentes en las mujeres y en otros grupos étnicos que frecuentemente están poco representados en la investigación clínica.

### **Los pequeños avances de los últimos años**

Han existido avances en la investigación relacionada con enfermedades cardiovasculares, donde se ha incluido el estudio de las diferencias entre sexos, pero no ha ocurrido lo mismo en otras especialidades, y constato incluso un claro retroceso en el ámbito de la relación de las hormonas del ciclo menstrual con las enfermedades autoinmunes. En los estudios con animales de experimentación, el 73 % de los trabajos se hacen solo con ratas macho.

No se puede hablar todavía de un salto cualitativo en la introducción de la perspectiva de género dentro de la medicina. Sin embargo, hemos apreciado como un avance significativo las resoluciones adoptadas por el Parlamento Europeo sobre la situación de la salud de las mujeres en la Comunidad Europea (Boletín Oficial de las Comunidades Europeas, 21 de junio de 1999), que se apoyan —como primer documento citado— en las conclusiones del primer Congreso sobre Mujeres, Trabajo y Salud celebrado en Barcelona en 1996. En dichas resoluciones se reconocen la especificidad y las diferencias de los problemas de salud de las mujeres, y por tanto también la necesidad de un tratamiento diferencial, recomendando a los Estados miembros que tengan en cuenta estos problemas tanto en los análisis de salud como en las acciones a desarrollar en el futuro.

En el ámbito de la formación continuada en género y salud, se están creando en diversos países estudios de especialización pre y posgrado; en España se han producido tímidos avances, con la inclusión de estudios de pregrado en algunas universidades (UB), seminarios de formación continuada de profesionales de la sanidad (Instituto de la Mujer) y estudios o asignaturas de posgrado en algunas universidades que tienen departamentos de Género, como la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid, la Universidad de Barcelona, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad de Lleida y la Universidad Carlos III. Hay que destacar el diploma de especialización en Género y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública,<sup>[342]</sup> así como el «Máster Universitario en Estudios de género. Especialidad en Salud y Diversidad», de la Universidad Complutense de Madrid.<sup>[343]</sup>

También destacaría, como un salto cualitativo de estos años en el estudio del estrés de las mujeres, el trabajo realizado por el profesor Ulf Lundberg,<sup>[344]</sup> del Instituto Karolinska de Suecia, que ha estudiado las diferencias entre hombres y mujeres de la sobrecarga del trabajo doméstico, comparando diversos países del mundo: China, Holanda, Dinamarca, Finlandia, Corea del Sur, Austria, Estados Unidos (Ohio Minneapolis), Malasia, Alemania y España.

Otro tema que está empezando a ser tenido en cuenta es el impacto para la salud que suponen los problemas ambientales relacionados con la contaminación del agua, el aire y los alimentos, que afectarán y están afectando con mucha más intensidad al sexo femenino por sus diferencias biológicas (15 % más de grasas) y por el efecto estrogénico directo, que produce alteraciones en el ciclo menstrual a corto plazo y cáncer de mama y endometrio a largo plazo.

### **La aportación del Centro de análisis**

#### **y Programas Sanitarios (CAPS)**

#### **y la RedCAPS**

Con relación al desarrollo de nuevos instrumentos de medida y análisis multidisciplinarios hay que señalar los esfuerzos de colaboración realizados por investigadoras de diversos países a raíz del primer Congreso de Mujeres, Salud y Trabajo, celebrado en Barcelona en 1996. El programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida, que he dirigido desde el año 1990, ha desarrollado proyectos de investigación sobre temas como la deficiencia de hierro, las enfermedades tiroideas, el estrés o las desigualdades en salud en función de la clase social, el territorio, el género, la salud y el

medio ambiente, y también sobre enfermedades emergentes como la fibromialgia, la fatiga crónica y la sensibilidad química y electromagnética.

En cuanto a la formación/información hemos desarrollado una línea de cursos, tanto para la universidad (pregrado) como para diversas instituciones, sobre el tema de la salud diferencial entre mujeres y hombres, y hemos creado un curso *online* para el manejo del ciclo menstrual desde la atención primaria. Desde julio de 1999 se está desarrollando, impulsada por el CAPS, la Red de Médicas y Profesionales Sanitarias del Estado Español, que aglutina más de cuatrocientas cincuenta profesionales de todas las comunidades y de diversas especialidades (médicas, psicólogas, enfermeras). La intención de la red es facilitar el conocimiento mutuo, el intercambio de experiencias y conocimientos y la posibilidad de formar equipos de trabajo. El funcionamiento cotidiano de la red se hace a través del correo electrónico, y una vez al año nos reunimos en algún lugar de España para celebrar una jornada/seminario de autoformación en torno a algún tema específico.

Para analizar las situaciones de estrés en relación con el género, hemos desarrollado un cuestionario específico que pueda reflejar los problemas de la salud de las mujeres tanto en el trabajo remunerado como en el trabajo doméstico, así como los problemas relacionados con la violencia, y todos aquellos síntomas que afectan a menudo a las mujeres y que ponen de manifiesto situaciones de estrés: el cansancio en determinados momentos, la somnolencia, la frialdad de las extremidades, el ardor de estómago, *etc.* Este cuestionario está validado en España y lo ponemos a disposición de la comunidad científica. En los últimos años, también hemos detectado en diversas ocasiones (congresos, conferencias) una creciente conciencia de género entre las profesionales sanitarias y una creciente demanda de relación entre ellas, así como de formación continuada.

### **Retos para el futuro**

Como las necesidades son elevadas y los problemas a resolver son grandes y complejos, precisamos una red de investigación multidisciplinar que, en vez de dar soluciones simples a problemas complejos, analice correctamente las situaciones y pueda encontrar estrategias de cambio para el futuro.

#### Estrategias a seguir

- Prevención de los problemas: información/formación.
- Definir indicadores específicos de morbilidad femenina.

→ Evaluación estadística de la extensión de los problemas en nuestra sociedad.

→ Prevención del estrés mental.

Para mejorar la calidad de la atención sanitaria hay que actuar en varios niveles:

→ Investigación

↳ Definir las prioridades y apoyar la investigación de los problemas de salud de las mujeres.

↳ Asegurar igual representación de mujeres y hombres en los ensayos clínicos.

↳ Incluir sexo y género como variables en los protocolos de investigación.

→ Política

↳ Incremento de la participación de mujeres abogadas en los programas de promoción de la salud.

↳ Mejora de las condiciones de trabajo de las médicas para combinar las tareas familiares con el trabajo asalariado.

↳ Incremento del número de mujeres que estudian Medicina, así como de médicas de familia y especialistas.

↳ Colocar más mujeres en puestos de liderazgo y de toma de decisiones de la política sanitaria.

↳ Consultar y dar poder de decisión a las asociaciones de mujeres y a sus representantes.

→ Educación

↳ Estimular una actitud sensible hacia los problemas de género en los profesionales de la asistencia sanitaria.

↳ Organizar cursos obligatorios sobre salud de las mujeres, por ejemplo en las Facultades de Medicina, y cursos de formación continuada en atención primaria.

↳ Sustituir la actual aproximación unilateral biomédica por una visión holística biopsicosocial.

↳ Subrayar la necesaria autodeterminación y capacidad de decisión de los/las pacientes, educando con técnicas de comunicación.

#### → Organización

↳ Diseñar un sistema sanitario integrado con comunicación entre sectores.

↳ Fortalecer la atención primaria, incluyendo salud reproductiva y preventiva.

↳ Estimular los centros de atención primaria con un equipo multidisciplinar.

↳ Incorporar iniciativas de los movimiento de mujeres sobre atención en salud, para introducir sus puntos de vista y su metodología en la red regular de asistencia sanitaria.

↳ Establecer una coordinación de los servicios sanitarios y sociosanitarios a nivel municipal.

↳ Coordinar la educación sanitaria y la promoción de la salud desde el nivel municipal.

#### **La información necesaria**

Existe gran cantidad de información que circula por las redes —tanto en Internet como en las redes científicas—, pero no siempre es de calidad, lo que puede crear entre las personas usuarias algunas confusiones. Además, sabemos que los resultados de la investigación científica publicada tarda más de quince o veinte años en llegar a los médicos de primaria y a los especialistas, porque el circuito que divulga las nuevas informaciones es muy lento y no está plenamente orientado a los problemas más urgentes o prioritarios. Por esta razón, desde el CAPS pensamos hace años en la posibilidad de crear una fuente de información tanto para profesionales de la salud como para las usuarias del sistema. A tal fin editamos una revista, llamada *Mujeres y Salud*, que reúne información y divulgación de alta calidad científica. En ella explicamos temas de actualidad y métodos para vivir más y mejor, así como formas de prevenir enfermedades cardiovasculares y los tipos de cáncer más prevalentes. También informamos sobre los nuevos factores de riesgo que se van conociendo y analizamos la bibliografía para determinar qué hay de verdad en los supuestos nuevos avances en farmacología.

La información dirigida a la mujer es muy importante, especialmente en este momento de transición en el que empezamos a dejar atrás la invisibilidad. Los avances científicos sobre la salud de la mujer todavía no son bien conocidos por los profesionales sanitarios, por lo que es imprescindible que tanto estos como las usuarias reciban una información directa y veraz. Puede generar angustia descubrir que el médico al que acudes no lo sabe todo, pero está bien entender que nosotras (las/os médicas/os) también estamos aprendiendo, de la misma manera que lo están haciendo las mujeres al escuchar su cuerpo, cosa que hasta hace poco se nos había negado.

A mí, como médica, me interesa que lo escuchéis, que aprendáis a vivir con vuestro cuerpo, porque me explicaréis mejor los síntomas y me entenderéis mejor cuando os diga: «Mira, en este momento sabemos esto, pero si sale algo nuevo ya te lo diré». No esperéis que la medicina lo vaya a resolver todo, porque muchas cosas las tendréis que resolver vosotras mismas. La relación con el cuerpo es una batalla que vamos a tener que vivir juntas, y gracias a la cual vamos a poder madurar hermosamente, porque, lejos de atacarnos, vamos a poder encontrar juntas nuevas líneas de prevención.

### **La red**

Al hablar de nuevos caminos, hay que hablar también de las alianzas: alianzas entre las asociaciones de mujeres, la atención primaria, las academias científicas y los y las especialistas. La gran esperanza es potenciar la atención primaria, que tiene que ser un interlocutor privilegiado para las mujeres. La creación de programas de atención específica para la mujer la han ido desvirtuando, pues presentan a las mujeres como una especie rara que tiene que ser tratada por una vía distinta a la de las «personas». Se trata de que la primaria esté preparada para atender a las mujeres igual que a los hombres, y que se derive solo si la mujer presenta una patología muy concreta.

Se debe reestructurar la organización sanitaria con una mirada de género, para evitar los sesgos, potenciar la visibilidad de las diferencias y poder realizar un diagnóstico diferencial correcto de las enfermedades y carencias, estableciendo nuevos canales de participación para la ciudadanía tanto a nivel de los consejos ciudadanos de salud como de la nueva relación terapéutica que debería establecerse en el acto médico. En palabras del libro *Hipatia*,<sup>[345]</sup> firmado por La librería de mujeres de Milán: «Cuando la relación terapéutica es eficaz se produce un conocimiento nuevo, percibido como tal por las dos partes. Este conocimiento, que se puede expresar y hacerlo circular, es particularmente precioso porque expresa la encarnación en el cuerpo y en la trayectoria de curación de las probabilidades desencarnadas en las que se expresa la medicina científica». Con pacientes cada vez más protagonistas de su propia salud, se podrán establecer nuevas formas de enfocar los tratamientos y nuevas formas de evaluar los resultados.

Un segundo fenómeno que ha crecido en los últimos años es el de las asociaciones de enfermos, que se agrupan por patologías crónicas o por enfermedades raras, en unos casos para encontrar más información o más facilidades terapéuticas y en otros para actuar casi como *lobbies* de presión que solicitan más visibilidad y más recursos para sus problemas. Estas asociaciones de pacientes han asumido roles importantes, como la definición de los objetivos de la investigación y la discusión de los resultados. Además, contribuyen a cambiar la percepción social del desarrollo de la medicina y cumplen la función de canal de información y evaluación de la eficacia de los tratamientos. ¿Podremos llegar a conseguir asociaciones de mujeres o grupos de ayuda mutua que, en lugar de agruparse en torno al dolor y la enfermedad, se reúnan para conseguir una mejor salud y mejores recursos para potenciarla?

La esperanza es lo último que se debe perder. Cualquier mujer, a cualquier edad, puede mejorar; incluso si tiene un cáncer terminal, puede mejorar la forma en que se despiden de su entorno o la forma de afrontar un tratamiento de quimioterapia. Tenemos muchos caminos por delante, pero nos hace falta una red de mujeres y de científicas para ayudarnos unas a otras.

### **Una nueva oportunidad para decidir**

A partir de la menopausia, las mujeres tenemos una nueva oportunidad: podemos reencontrarnos con nuestro cuerpo. A lo largo de la edad fértil, el cuerpo se ve sometido a los ciclos, las reglas, los hijos..., y la mujer no puede decidir nunca qué nivel de hormonas va a tener al día siguiente. Las hormonas no determinan, pero sí condicionan, y su variabilidad durante la etapa reproductiva nos hace ligeramente inestables. Al desaparecer la menstruación ganamos seguridad, estabilidad y armonía interna.

Bien, ahora este cuerpo ya lo tenemos un poco más a nuestro favor. Si lo conocemos bien, le damos lo que necesita y lo cuidamos un poco, nos puede durar hasta los ochenta y cinco o noventa años. O sea, vamos a vivir unos 30 o 40 años más a partir de este momento glorioso de la desaparición de la menstruación, que ya no necesitamos ni deseamos. Y debemos plantearnos qué vamos a hacer con nuestro cuerpo durante esos años. Ahora sí que podemos decidir, porque de pequeñas ni siquiera nos dieron esa posibilidad.

Hasta hace poco, el principal problema con el que se encontraban las mujeres que tenían alrededor de los 50 años era que apenas disponían de información. Además, se les había hurtado la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo, pues todo estaba marcado: los hijos se habían de tener; no había alternativa, era su destino. La planificación familiar supuso una liberación, porque permitió decidir a las mujeres cuándo querían

tener los hijos y cuántos querían tener, pero esta primera liberación ha quedado enmascarada por una segunda etapa en la que se ha vuelto a querer manipular el cuerpo de la mujer medicalizando la menopausia.

Cuando no se tiene información acaba decidiendo siempre quien tiene el poder, y la mujer se ha encontrado un vez más obedeciendo a otros y sometida al sistema sanitario. Sin experiencia a la hora de tomar decisiones, nos sentimos solas y angustiadas. Sabemos tanto y hemos visto tantas cosas que tememos no acertar. «Cuando se ve tanto, no se puede saber», nos dice María Zambrano para describir el saber oculto de las mujeres, el de las más humildes y el de las más profesionales. El saber nace de nuestra experiencia, de lo que hemos visto y vivido, más que de lo que hemos leído o aprendido.

### **Renacer por nosotras mismas**

Al no haber podido morir,  
sentía que tenía que nacer por sí misma.

MARÍA ZAMBRANO

Nada hay más punitivo que darle un significado a una enfermedad; significado que resulta invariablemente moralista. Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados. En un principio se le asignan los horrores más hondos (la corrupción, la putrefacción, la polución, la anomia, la debilidad). La enfermedad misma se vuelve metáfora. Luego, en nombre de ella (es decir, usándola como metáfora), se atribuye ese horror a otras cosas, la enfermedad se adjetiva [...]. Se proyecta sobre la enfermedad lo que uno piensa sobre el mal. Y se proyecta a su vez la enfermedad (así enriquecida en su significado) sobre el mundo.

SUSAN SONTAG

Cuando se habla de enfermedades y de carencias puede ser peor el significado que demos a los diagnósticos que los diagnósticos en sí mismos. Por ejemplo, cuando algunas mujeres reciben el diagnóstico de fibromialgia, el dolor se hace más insoportable precisamente porque les han dicho que padecen una enfermedad incurable que no tiene causa ni tratamiento. La enfermedad se ha vuelto metáfora, y su diagnóstico se ha convertido en una nueva agresión.

A lo largo de este libro hemos visto que existen muchas amenazas sociales para la salud de las mujeres: su eterno papel de cuidadoras de padres, hijos y enfermos; el vivir pendiente de la mirada del otro; el dogal del mito de la belleza como ideal; y el sufrir constantemente la amenaza del edadismo, la presión por parecer jóvenes.



El sistema sanitario, tal como está organizado, contribuye al alejamiento del cuerpo y a su fragmentación, separando el cuerpo de la mente y dando jerarquía a esta, como si pudiera dirigir al cuerpo por encima. De este modo, se destruye el valor de las experiencias, tanto las personales como las de las otras mujeres, y, en lugar de atender la morbilidad diferencial y específica, se medicalizan los procesos fisiológicos.

¿Empoderar a las mujeres —y a cada ser humano— puede corregir las desigualdades en salud? En muchos estudios de salud pública se afirma que para mejorar las condiciones de salud deben combatirse el paro (en el caso de los hombres) y la educación defectuosa (en el caso de las mujeres) de las clases sociales bajas. Pero Wilkinson, en 1992, demostró que el estrés físico y mental, la baja autoestima y la pérdida de las relaciones sociales pueden influir más sobre la salud que la clase social

Estos tres elementos negativos de la vida de las mujeres pueden superarse. ¿De dónde puede venir el empoderamiento, perdido a lo largo de cientos de años? ¿Se puede plantear una mujer el combate individual y colectivo contra los síntomas que le han impedido vivir con plenitud de energía y disfrutar de la vida? ¿Puede aspirar a eliminar el cansancio, el dolor, la pérdida de memoria, la capacidad de concentración, los déficits de la vista y el oído o las carencias subclínicas?

Para responder a estas preguntas he encontrado ayuda en la vida y las palabras de María Zambrano. Ella, en su juventud, estuvo muy enferma y tuvo que rehacer todos sus planes vitales, rotos por el desprecio que Ortega y Gasset mostró hacia su intento de conjugar filosofía y poesía. Una grave enfermedad antes de los veinte años la obligó a recluírse y dejar todas sus actividades, y entonces se concentró en el estudio de la filosofía. Cuando se recuperó, definió su nueva vida con una frase, un lema que creo que podría guiar a las mujeres que se plantean qué hacer con sus vidas en esa nueva etapa en la que ya no tienen a los hijos en casa y sus tareas de cuidado han disminuido o cesado por completo. María Zambrano nos dice: «Al no haber podido morir, sentía que tenía que NACER POR SÍ MISMA».<sup>[346]</sup> Si vivimos es que no hemos podido morir. Ha llegado pues el momento de darnos vida a los años, de nacer por nosotras mismas.

Ella, a partir de ese momento, se reencontró con su idea primigenia de unir la filosofía y la poesía, y elaboró una obra personal que no se vio truncada ni siquiera por el hecho de tener que exiliarse en París y México tras la derrota de la República. Fue un ejemplo de renacimiento personal, a pesar de las pésimas condiciones de su entorno, y nos recuerda el reto que cada ser humano debe afrontar para seguir su propio camino.

### **Condiciones para nacer por una misma**

Clarissa Pinkola, en su libro *Mujeres que corren con los lobos*, en el que intenta recuperar una supuesta libertad ancestral del cuerpo, escribe una especie de reglamento general lobuno para la vida:

01. Comer.
02. Descansar.
03. Vagabundear en los periodos intermedios.
04. Ser fiel.
05. Amar a los hijos.
06. Meditar a la luz de la luna.
07. Aguzar el oído.
08. Cuidar de los huesos.
09. Hacer el amor.
10. Aullar a menudo.

A las mujeres que todavía siguen luchando, les podría ser muy útil empezar por el número diez.

Sin ánimo de frivolar, es necesario aprender a expresarse y aprender a gritar cuando sea necesario, pero en primer lugar hay que aprender a recuperar el deseo y los deseos. E iniciar la reconciliación con el propio cuerpo, ese cuerpo que era indispensable para María Zambrano, los inseparables cuerpo y mente, que tendremos que volver a sentir unidos. Revitalizar el cuerpo y transformarlo es una tarea imprescindible para iniciar el renacimiento de cada persona; se puede sobrevivir o ir tirando con carencias o patologías subclínicas, pero para disfrutar debemos combatir esas carencias y patologías, debemos tratarlas y superarlas. Debemos considerarlas no como enfermedades que nos agobian, sino como limitaciones que nos impiden conseguir la plenitud de la salud y la vitalidad.

Las dificultades para renacer por nosotras mismas están basadas, en primer lugar, en la falta de costumbre de expresar deseos e intereses propios, que es algo que le ocurre a la mayoría de las mujeres. Sin cuarto propio, sin hora propia, con grandes dosis de

resignación, sumisión e indefensión aprendida, la mujer debe luchar contra la ausencia de derechos reconocidos en la realidad. La sociedad hecha a la medida de los hombres desea la presencia de las mujeres, pero no su libertad. Recuperar la capacidad de decisión personal, el ejercicio de sus derechos, es el primer paso hacia el reencuentro personal.

Las condiciones para renacer por nosotras mismas son: RECUPERAR EL DESEO, EJERCER LA PROPIA VOLUNTAD Y HACERLO CON LIBERTAD.

En todas las edades es posible hacerlo; no hay límites para intentarlo. Y para las mujeres mayores de 50 años, que tantas amenazas de decrepitud y de acabamiento escuchan, las palabras de Anna Freixas son un canto a la esperanza:

Es un momento de gran crecimiento interior, y somos, por tanto, capaces de poner más distancia emocional ante los hechos que nos ocurren. El relato de las mujeres está lleno de consideraciones al respecto. Tenemos un mayor dominio de nuestras emociones, somos capaces de minimizar y relativizar los problemas, sentimos mayor serenidad, equilibrio y fortaleza interior, menos impulsividad. En definitiva, esta tranquilidad nos permite sentirnos más a gusto con nosotras mismas. Todo ello [...] nos permite reencontrarnos con nuestro antiguo buen humor, perdido en las interminables batallas cotidianas de nuestra vida de seres-para-los-otros.

Buen humor, mejor carácter, distancia emocional, es decir, afrontamos las situaciones desde una nueva posición de diosas imperturbables, amables pero libres. De repente, conectamos con nuestras emociones, con nuestra mente, con nuestra existencia y podemos reírnos, con una risa que se apoya en esta nueva capacidad para mostrarnos, para ponernos en el centro del mundo y disfrutar de nuestra vida, para vivirla individual, pero colectivamente [...]. Instaladas en el gran escenario de la desdramatización pensamos que, después de todo, las ventajas son numerosas. Riámonos a coro: brillaremos más.

Pese a que el sistema social hace invisible el envejecimiento, no valora la experiencia, jubila anticipadamente a los trabajadores y trabajadoras sin importarles el papel de su sabiduría y considera los años por vivir como si fueran una prolongada espera del final, ha llegado la oportunidad de RENACER.

La vida de todos los seres humanos está llena de momentos en que se hubiera podido tomar otro rumbo, lo que hubiera dado lugar a otro camino, a otras experiencias, a otra biografía. Vivir más años aumenta estas posibilidades de reflexión y de cambio, y así lo explica María Zambrano en su visión de Séneca:<sup>[347]</sup> «Pues todo lo que pertenece al pasado necesita ser revivido, aclarado, para que no se detenga nuestra vida [...]. El hombre (y la mujer) es una criatura que admite, y aun requiere, varias versiones. Y cada una de estas versiones ya realizadas es precisamente una experiencia histórica, una figura trascendente. Una figura, un camino; una manera de aceptar la vida y la muerte».

Si algunos miembros del sistema sanitario han querido medicalizar o convertir en víctima el cuerpo de la mujer, y si toda la industria cosmética desea vender toda clase

de productos como métodos para «retrasar» el envejecimiento, considerando la arruga como algo negativo, nosotras debemos acabar voluntaria y socialmente con el victimismo. El victimismo nos hace más invisibles, porque nos hace indefensas y nos quita las energías vitales, que es la fuerza que nos queda precisamente porque estamos vivas, porque hemos sobrevivido a muchas dificultades, penalidades, embarazos, oposiciones y dobles y triples jornadas.

Frente al victimismo oponemos el vitalismo, la felicidad diaria y cotidiana de estar vivas, de levantarnos cada mañana y poder mirar el cielo, claro u oscuro, pero con la canción de Joan Manuel Serrat en la mente: «Hoy puede ser un gran día, plantéatelo así». Puede ser que no nos veamos reflejadas en las noticias de los informativos o de los periódicos, pero si los escuchamos y leemos es porque estamos vivas, aunque ellos todavía no se hayan enterado y no glosen la entereza de las perseverantes, ni la fortaleza de las abuelas que todavía cuidan y ríen, ni la valentía de las profesionales que prefieren vivir por ellas mismas, para aprender la diferencia, después de largos años reprimiendo sus propios deseos para servir a los de los demás.

### **¿Qué condiciones hemos de crear**

### **para renacer por nosotras mismas?**

El renacimiento nos da la oportunidad de continuar viviendo con las condiciones que nosotras mismas podamos crear, cada una desde su propia historia y su propia biografía, pero con tres elementos claves que debemos preservar: el DESEO, la VOLUNTAD y la LIBERTAD. Nos dio la vida nuestra madre, y desde la infancia muchas mujeres no han podido querer ni desear nada por ellas mismas, ya que se han visto rodeadas de espesas telarañas de voluntades ajenas que no las han dejado ejercer su libertad ni decidir por ellas mismas. Seguramente muchos hombres, al llegar a la edad de la jubilación, pensarán que ellos tampoco han podido elegir libremente las coordenadas de sus vidas. Pero es que a partir de los 60 años, a partir de poder dar vida a los largos años que quedan por delante, la posibilidad de crear otros vínculos y otras alianzas con otras personas, y de vivir en otros espacios y de crear otras relaciones, se puede abrir por igual a los dos sexos.

Debemos recuperar el deseo y los deseos, largo tiempo silenciados y ni siquiera sentidos por la gran losa de la sumisión, del quedar bien, de mostrarse siempre modosas y calladas, que es como enseñaron a funcionar a toda una generación que ahora tiene de 60 años hacia arriba. Para una mujer, tener deseos era ser egoísta, y dado que el mandato divino era vivir pendiente de los demás y de su cuidado, nunca se pudieron plantear tenerlos. Antes incluso de la maravillosa habitación propia, la mujer debe

encontrar su HORA PROPIA, una hora al día para poder desear, soñar, leer poesía si le apetece o simplemente no hacer nada. Parece algo nimio o pequeño, pero según mi experiencia es casi una medicina milagrosa, una medicina que requiere más voluntad y libertad que tomar una pastilla, pero que multiplica los efectos para las mujeres que se la aplican a largo plazo. Porque sin este tiempo propio no es posible realizar la segunda condición para renacer por sí misma.

En segundo lugar debemos reconciliarnos con nuestro propio cuerpo, con este cuerpo tan trabajado y manipulado con el que hemos vivido desde siempre. Lo que para Zambrano es el cuerpo indispensable para continuar la existencia, el que contiene la fortaleza, la ambición, el amor y los deseos. Este cuerpo que desde siempre han intentado dividir, fragmentar y hurtarle la expresión de sus propios síntomas y de su propia experiencia. Debemos reencontrarnos con él, escucharlo y mimarlo por primera vez, dejando que se exprese y reconociendo al fin que nuestro cuerpo y nuestra mente son inseparables. Que, si Aristóteles y los Padres de la Iglesia quisieron dividirlo, pues pensaban que las mujeres no tenían mente y por lo tanto su cuerpo funcionaba sin control —en contraste con el espíritu docto de los varones—, ahora ha llegado el momento de demostrarles que nuestro cuerpo y nuestra mente son una unidad indisoluble, y muy democrática, ya que toman decisiones conjuntamente. Esa unidad a la que María Zambrano llamaba alma. Un alma que conlleva la fuerza interior para dar vida a los demás y también, pese a todos los años de silencio e invisibilización, la fuerza para hacerse revivir a sí misma.

En tercer lugar, debemos revitalizar el cuerpo y transformarlo. El cuerpo cansado y trabajado puede revitalizarse no solo por la propia energía de verse reconvertido en una unidad y no en un subproducto casi pecaminoso de todos los pensamientos y deseos, sino también gracias a los últimos avances científicos, que pueden dar vida nueva a las células físicas, que también son mentales, estimulando los propios sentidos (la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto) para a su vez dar vida y conectar mejor con el propio cerebro. Hasta la fecha, quizás has convivido con un cuerpo y una energía que te permitían sobrevivir, «ir tirando», pero a partir del momento en que decidas vivir por ti misma deberás superar todas las carencias que te han impedido conectarte internamente y tener más energía. Las anemias y las carencias de hierro, calcio u otros minerales son un obstáculo para reencontrarse plenamente y revitalizarse, por lo que es necesario combatirlas.

Quizás deberemos acuñar una nueva definición de salud. Ya no nos sirve la salud como ausencia de enfermedad o como simple estado de bienestar. Si hemos de dar vida a los años, necesitamos una salud para disfrutar.

## **La transgresión como base para la rebelión y la salud corporal**

Una vez más, la sabiduría del colectivo La librería de mujeres de Milán<sup>[348]</sup> nos ilumina sobre la forma de explorar juntas este proceso de renacimiento:

El hecho de que aflore el sentido racional de la transgresión sexuada y se revele incluso a las que no poseen la fuerza personal necesaria para transgredir se explica si se considera que, gracias a aquella transgresión, la pasión de la diferencia sexual —el ciego sometimiento a la propia diferencia del que ninguna mujer puede escapar completamente— se transforma en saber: autoconocimiento y competencia sobre la realidad, para juzgarla y para cambiarla.

Llamamos política de la mujer al proyecto de cambiar la realidad dada incidiendo sobre esta posibilidad que toda mujer, todo ser humano, posee de transformar en saber sobre la realidad lo que esta realidad le hace sufrir. A quien viene al mundo con un cuerpo femenino, la realidad natural y social le hace sufrir su diferencia sexual. Transformarla en saber acerca de la naturaleza y de la sociedad y sus relaciones es su posibilidad humana y su «algo más» social.

Ellas nos alientan a que cada mujer busque la genealogía de su propia vitalidad, a través de aquellas mujeres o aquellos colectivos que le han servido y le sirven de imagen para aferrarse a la vida a pesar de las dificultades; no como las santas o vírgenes que nos daban como modelos a imitar en nuestra infancia, sino como ejemplos vivientes y vividos de mujeres que se enfrentaron a dificultades y las superaron. Desde Hipatia, sor Inés de la Cruz, Federica Montseny, Margerita Yourcenar o Rossi Braidotti hasta nuestras propias abuelas. Cada una ha de construir la genealogía que le ayude a vivir.

### **Autoconocimiento**

Cada mujer debe iniciar también su propio proceso de autoconocimiento, aprendiendo a saber cada vez más de ella misma, de su cuerpo y de su mente, así como del saber de otras mujeres. El saber oculto de las mujeres, que han visto mucho pero que quizás no han podido expresarlo.

Es necesario aprender junto con las «expertas», que, como Anna Freixas<sup>[349]</sup>, han dado un paso adelante para vencer los miedos y desvelar fantasmas:

Las explicaciones de la clase médica acerca de los cambios corporales en la mediana edad no suelen ser congruentes con el relato y la vivencia de las propias mujeres, y, sobre todo, no ofrecen explicaciones y estrategias que socaven los miedos con que nos acercamos a la edad mayor. No se nos suelen ofrecer informaciones que sean útiles, que respondan a nuestras preguntas acerca de nuestra piel, de los sofocos, de esa molesta e incomprensible tendencia a engordar, sobre la memoria voladora y caprichosa que tanto tiempo nos hace perder, sobre qué pasa con nuestro esqueleto dolorido. No se nos invita a entrar dentro de nosotras

mismas para ordenar un poco los muebles del pasado y disponer un presente en condiciones, a asumir la responsabilidad de nuestro propio bienestar, no solo físico, sino también mental y espiritual.

Las redes de asociaciones de mujeres y de profesionales sanitarias pueden ayudar a desvelar los mecanismos de opresión que tenemos dentro de nuestras mentes y que nos limitan. Silvia Tubert<sup>[350]</sup> nos aclara: «Mitchell, a partir de la lectura lacaniana de la obra de Freud, formuló una interpretación del inconsciente como el espacio en el cual la sociedad patriarcal reprime la feminidad. Esta perspectiva permitió a las feministas comprender hasta qué punto los mecanismos de opresión y subordinación pueden ser internalizados y reproducidos subjetivamente por las mujeres».

### **Autorización simbólica de otra mujer**

Mary Nash y Susana Tavera<sup>[351]</sup> me han ayudado a comprender, gracias a su libro *Experiencias desiguales*, qué diferenciaba a las feministas anglosajonas de las españolas a principios del siglo XX: «Gracias a las pioneras del XIX, pudo potenciarse en las primeras décadas del XX un relativo arraigo del feminismo. En conjunto, el feminismo español fue de índole social y se centró más en la reivindicación del derecho al trabajo, a la educación y a una condición social digna, que en luchas políticas sufragistas [...]. Las feministas españolas se centraron en demandas sociales y no políticas; ignoraron enfoques sufragistas basados en la igualdad política; prefirieron aquellas reivindicaciones que buscaban el reconocimiento de sus roles sociales de género (maternidad y cuidado de familia); e insistieron en el conjunto de sus derechos civiles. En España, fue el discurso de la diferencia de género el que, en gran medida, legitimó la lucha por la emancipación de las mujeres».

Concepción Arenal (1820-1893), penalista, y Emilia Pardo Bazán, escritora, propusieron como alternativas el acceso a la educación, al trabajo remunerado y a una vida propia e independiente, sin que en su caso el sufragismo fuese una prioridad.

### **Estar en el origen**

### **de la propia libertad**

Algunas mujeres alegan que en realidad lo que nos ha liberado son los anticonceptivos, los electrodomésticos o la botella de leche pasteurizada, pero estos inventos o avances tecnológicos no estuvieron en el origen de la búsqueda de la propia libertad, y por tanto ni tan solo los deseamos. Creer en el origen de la propia libertad, puede dar la seguridad de que se sabrá reproducir las condiciones para tenerla, incluso en las condiciones más desfavorables.

Es necesario continuar buscando las raíces, aunque nos comamos el fruto. Para poder disfrutar y entender hemos de colaborar en el origen de la ciencia que nos hace libres para que esta no se convierta en una forma más de coerción. De este modo, las mujeres podrán desarrollar propuestas creativas y no impuestas.

Explorar la diferencia sexual no quiere decir volver a la dominación. La lucha por la igualdad a veces ha cedido al deseo masculino de que nos equiparemos a ellos. El género ha intentado ocultar la diferencia, como explica Mercedes Bengoechea [\[352\]](#) en el penúltimo capítulo del libro *Del sexo al género*:

Género fue una noción propuesta por el feminismo que respondía a la diferencia con división jerarquizada y poder. Conceptualmente no ha dado pie a la posibilidad de distinguir entre ambos conceptos (diferencia/dominación), cuando, de hecho, la diferencia no lleva necesariamente a la división jerarquizada. No todas las diferencias que la investigación ha encontrado responden a la dominación. Ni siquiera a la mera resistencia a la dominación. Esa hebra debe también rescatarse y seguirse, estudiar a dónde nos lleva. Pero eso implicaría desentramar desde el feminismo la conceptualización de género. Para desentramar la maraña se podrían seguir sendas abiertas por diversos feminismos.

## Competencia

Para renacer por nosotras mismas hemos de reconstruir la propia subjetividad, que ya no nos vendrá dada por las opiniones o las actitudes de nuestro entorno personal. El encuentro con el deseo y el placer propios puede ser para muchas una novedad, pero es un buen camino para renacer. Debemos explorar el fin de la obligación y el inicio de la pasión.

Para ello debemos explorar la propia sexualidad escondida bajo siete velos y, como dice Teresa de Lauretis [\[353\]](#), desarrollar una exploración colectiva de las variadas y múltiples diferencias que existen entre las propias mujeres y que la sociedad patriarcal ha querido esconder bajo el término homogeneizador de «mujer»:

A quienes interese articular un proyecto común de política de las mujeres a través de nuestras variadas y múltiples diferencias, propongo entonces volver a pensar la subjetividad en una dimensión material en sentido amplio, donde la sexualidad es el nudo central, el lugar donde lo corpóreo, lo psíquico y lo social se entrecruzan para constituir la subjetividad y los límites del yo [...]. Propongo volver a pensar la subjetividad femenina teniendo en cuenta qué *prácticas* comporta y qué *necesidades* sostiene el deseo cuando obra desde un *cuerpo* de mujer [...]. Porque es cierto que para cada mujer, cada subjetividad femenina, la DExsexualidad es el lugar donde el sujeto (re)elabora la imagen de sí y del cuerpo erótico en el encuentro con el otro o con la otra, (re)elabora su propio saber corpóreo y su propio conocimiento, los modos de relacionarse y de obrar en el mundo. Es decir, que la sexualidad es el «lugar común» de toda subjetividad, aunque sea el lugar que a menudo no aparece señalado en las topografías de los lugares y de los medios de la política de las mujeres. Las razones de esta omisión son ciertamente muchas, algunas de ellas han sido ya sugeridas: la dificultad de vivir contradicciones y desgarraduras entre voluntad y afectividad; la resistencia a medirse con las limitaciones del propio cuerpo; la conciencia del riesgo que la sexualidad siempre comporta para quien es definida como mujer en un contexto social regido por la institución heterosexual; el chantaje de la desvalorización social que lo



femenino, identificado con el ámbito angosto de lo corpóreo, sufre respecto al espacio ilimitado del espíritu y del pensamiento atribuido a lo masculino; la necesidad, vital además de política, de pertenencia de género y de reconocimiento por las *otras* mujeres.

Pero, al mismo tiempo, y con la vitalidad recuperada, el renacimiento por nosotras mismas debe desarrollar la exploración de la propia sensualidad, teniendo en cuenta que el estímulo de los órganos de los sentidos, la vista, el oído, el olfato el gusto y el tacto. Este estímulo diario a través de disfrutar de placeres, darse gustos, da vida a las propias neuronas, y mantiene la vitalidad y las conexiones de las neuronas del cerebro. Las redes de mujeres sensuales y sensitivas que se reúnen para formar grupos de ayuda mutua para desarrollar la propia salud, que disfrutan mientras estudian, planifican y proponen nuevas estrategias, pueden ser un buen recurso para renacer por nosotras mismas colectivamente, aunque los cambios en la mentalidad y en la organización de la sociedad sean todavía muy lentos. Recuperar el deseo, por propia voluntad y en libertad, nos puede permitir iniciar un camino hacia la vida con plenitud.

La OMS define el estado de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. El doctor Jordi Gol i Gurina —el gran impulsor de la atención primaria en España, y cofundador del CAPS— define la salud como el proceso hacia la autonomía personal, solidaria y gozosa de las personas. Incluye en la definición de la salud la presencia de la alegría: el gozo que se siente con la salud. El centro de la medicina debe situarse en este proceso que hemos de ayudar a conseguir en las personas, y no sólo en la enfermedad. La atención sanitaria debería incluir la globalidad del paciente y su calidad de vida. Y la calidad de vida incluye poder conseguir una salud para disfrutar.

[340] De Lauretis, T., *op. cit.*, Madrid: Horas y Horas, 2000.

[341] Baker Miller, Jean; *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Barcelona: Paidós, 1992.

[342] <http://www.easp.es/cursos/?idCurso=5804010019#dc>

[343] <https://www.ucm.es/masterestudiosdegenero/>

[344] Lundberg U., «Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress. Responses of men and women». *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996. vol. nº 2. Pp 2293-230

[345] *Hipatia*; «Dos para saber, dos para curar», traducción de María Jesús Murría y Consuelo Miqueo. Madrid: Horas y Horas, 2004.

[346] Laurenzi, Elena; «Maria Zambrano. Nacer por sí misma», Cuadernos Inacabados, 2004.16

[347] Zambrano, María; *Séneca*. Madrid: Siruela, Biblioteca de ensayo, 1994.

[348] Librería de Mujeres de Milán; «No creas tener derechos», Cuadernos inacabados 10, 2004.

[349] Anna Freixas. Envejecimiento y Perspectiva de Género. En Barberá, Ester y Martínez Benlloch, María Isabel. (2002). *Psicología y Género*. Madrid. Pearson.

[350] Tubert, S. (ed.), *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*, Madrid: Cátedra, 2003.

[351] Nash, Mary; Tavera, Sussana; *Experiencias desiguales: Conflictos sociales y respuestas colectivas (Siglo XIX)*. Editorial Síntesis, 1995.

[352] Tubert, S. (ed.), *op. cit.*, Madrid: Cátedra, 2003.

[353] De Lauretis, T., *op. cit.*, Madrid: Horas y Horas, 2000.

## Mujeres invisibles para la medicina

¿Por qué cuando un hombre acude con dolor torácico a urgencias se le somete inmediatamente a un electrocardiograma y cuando es una mujer quien presenta idénticos síntomas se le da un ansiolítico? ¿Por qué una mujer estresada es tachada de histérica y en cambio el hombre padece con toda probabilidad el peso de la responsabilidad? ¿Por qué a las mujeres se les exige una perfección física imposible de alcanzar y un hombre con canas y curva de la felicidad es, sencillamente, un madurito interesante? ¿Por qué las mujeres continúan siendo invisibles para la medicina? El cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades mentales sin tratamiento, englobadas aún bajo el triste calificativo freudiano de histeria, la osteoporosis y otras enfermedades asociadas a la menopausia no son más que algunos ejemplos que, junto a la anorexia o la bulimia, hijas del tiránico culto al cuerpo, claman por una medicina adaptada a la mujer. Mujeres invisibles para la medicina es un apasionante recorrido por los distintos recovecos de la salud de las mujeres, por cómo se ven a sí mismas y cómo permiten que las vean los demás. Un documento imprescindible para todas ellas, cualesquiera que sean su edad y sus necesidades, que reivindica el nacimiento de una medicina adaptada a las necesidades específicas de la mujer.

**Carme Valls Llobet.** Barcelona, 1945. Política y médica española, especializada en endocrinología y medicina con perspectiva de género, su reivindicación más importante es la inclusión de las diferencias entre hombres y mujeres en el diseño y análisis de estudios sobre patologías y tratamientos. Dirige el programa «Mujer, Salud y Calidad de Vida» en el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), del que es miembro desde 1983 y vicepresidenta. El CAPS trata de investigar y poner en evidencia las diferencias de género en la salud y en los servicios sanitarios, así como proporcionar a las mujeres el acceso a información y recursos para mejorar su calidad de vida. Valls Llobet ha sido presidenta de la Fundación Cataluña Siglo XXI y diputada en el Parlamento de Cataluña por el Partido de los Socialistas de Cataluña – Ciutadans pel Canvi. Fue pionera en España en plantear las diferencias en mortalidad y morbilidad entre mujeres y hombres en el terreno de la investigación, y miembro de un movimiento internacional de investigadores que en la década de 1990 impulsó la inclusión de mujeres en los ensayos clínicos y el rigor científico aplicado al estudio de los problemas más habituales en las mujeres. Autora de ocho libros de divulgación médica y miembro del consejo de redacción de la revista *Mujeres y Salud*, en 2018 recibió el Premio Buenas Prácticas de Comunicación No Sexista, de la Asociación de Mujeres Periodistas de Cataluña; y en 2019 la Medalla de la Universidad de Valencia.