

ENTREVISTA

ENRIQUETA
BARRANCO CASTILLO

GINECÓLOGA- INVESTIGADORA-

“La sangre
menstrual
contiene
xenoestrógenos”

DENUNCIA

investigadoras
de salud
y género
censuradas

MEDICINAS

ALTERNATIVAS

campana de
desprestigio

MENSTRUACIÓN

Fisiología
investigaciones
Experiencias
Recursos
Activismo

DOSSIER MENSTRUACIÓN

Las reglas
de La cuarta
ola feminista



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Directora del Programa Mujer Salud
y Calidad de Vida

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Núria Agell Callís,
Secretaría de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco Castillo
Malen Cirerol Goliard
Rita Gavarró Buscà
Pilar Parra Barrachina
Ma Elena Cuyàs Robinson
Esperança Aguilà Ducet
Carmen Mosquera Terreiros
Corina Hourcade Bellocq
Gemma Cànovas Sau
Regina Bayo-Borrás Falcón
Ma José Hernandez Ortiz
Jimena Jiménez Madrazo
Ibone Olza Fernández

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario
Lucía Artazcoz Lazcano
Vita Arrufat Gallén
Consuelo Català Pérez
Emilce Dio Bleichmar
Mari Luz Esteban Gallarza
Anna Freixas Farré
María Fuentes Caballero
Asunción González de Chávez
Fernández
Neus Moreno Saenz
Isabel Matamala Vivaldi
Judy Norsigian
Carmen Sanchez-Contador Escudero
Fina Sanz
Victoria Sau Sánchez †
Verena Stolcke

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: http://mys.matriz.net

Diseño y maquetación:
www.labodoni.com
Impresión: amadip-esment.
Centre especial de treball
Depósito legal: B 16354-2017

sumario

EDITORIAL. Evidencias, pseudociencias y La nueva ministra de sanidad. Carmen Mosquera Tenreiro	3
ENREDHADAS. tranqui, Leo. Leonor Taboada Spinardi	4
ENTREVISTA a Enriqueta Barranco castillo. Leonor Taboada Spinardi.....	5
DOSSIERS	
CAMPAÑA CONTRA LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS	
cambio de opinión al ascender a ministro. M. José Hernández Ortiz	10
de cómo La ciencia se ha convertido en una suerte de religión. Mar Rodríguez Gimena	11
MENSTRUACIÓN: LAS REGLAS DE LA 4ª OLA FEMINISTA	
La revolución roja: menstruación consciente desde Los feminismos. Irene Aterido	15
fisiopatología del ciclo menstrual para profanas. Carme Valls Llobet.	19
EL poder del sesgo de género en salud. investigadoras censuradas.. Jerylynn C. Prior	22
EL DEDO EN LA LLAGA. invisibles para La ciencia. Carme Valls Llobet	23
trastorno disfórico premenstrual. María Jesús Soriano.	26
¿Por qué no se usa La sangre menstrual en Los análisis clínicos? María Jesús Sanz	29
profundizando en el síndrome de Los ovarios poliquísticos: "sopq". Montserrat Catalán Morera	30
remedios para el síndrome premenstrual. Mª Jesús Pita Conde	33
menarca en casa: cómo acompañar sin usurpar el sol estelar. Vulva Sapiens. 35	
talLer de autoexploración. Júlia Sánchez Andreo.	37
empoderarnos y redefinir nuestras reglas. Mila López	39
historias de reglas: del paño a La copa. Rita Gavarró Buscà	40
¡qué poco han cambiado Las cosas! Roxanne	42
menopausia, climaterio, paladeando experiencias acotando conceptos. Núria Beitia Hernández	43
Libros y recursos sobre menstruación en La red	46
LIBROS	47
MINIDOSIS	48

myses publicados

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. | 33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia. | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ. | 34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? | 36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | 39 CUANDO LA VIDA SE ACABA |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑO-NAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS | 40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES |
| 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO | 41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS |
| | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR | 42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS |
| | | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS | 43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA |
| | | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA | 44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR |
| | | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE | |



EVIDENCIAS, PSEUDOCIENCIAS y La nueva ministra de SANIDAD

Carmen Mosquera Tenreiro

Médica Epidemóloga

Apenas con mes y medio de despacho ministerial, la nueva ministra tiene respuestas contundentes para casi todo. Preguntada en una entrevista en La Vanguardia (28/10/2018) si le preocupaba el movimiento antivacunas en España, respondía "Muchísimo, como todas las pseudociencias". Se entiende que nuestra ministra, en esta etiqueta, incluye las críticas a vacunas innecesarias –como la del VPH- que, además, produce efectos adversos muy serios, que las administraciones se niegan a reconocer.

Deberían preocuparle a nuestra ministra los últimos datos de Suecia que muestran un aumento del cáncer de cérvix en mujeres jóvenes, después de la vacunación contra el VPH, alarma epidemiológica que se confirma en otros países, como UK. La tan alabada evidencia, está condicionada por intereses comerciales, que presionan a todos los niveles, aunque ella afirme que no se siente presionada.

Ante la pregunta de qué habría que hacer con supuestos curanderos y charlatanes, su respuesta, fue inquisitorial: "Denunciarlos. Nosotros hemos llevado a la fiscalía al promotor del uso de lejía como remedio para el autismo, y lo vamos a seguir haciendo con otros". Probablemente la ministra no está bien asesorada, ya que confunde el clorito de sodio (MMS) con el hipoclorito de sodio (la lejía), una confusión que debería rectificar para no generar alarma social.

Hablemos de medicamentos

"Los hospitales deberían utilizar los productos con efectos demostrados, es decir, medicamentos. Estos han pasado unos ensayos clínicos y unos criterios muy rigurosos", afirma en la entrevista.

Con este "rigor" hemos sufrido verdaderas epidemias, como la del Tratamiento Hormonal Sustitutivo, causante en nuestro país de miles de cánceres de mama, ictus, infartos, tromboembolismos venosos ... Hormonas que se prescribieron durante más de tres décadas sin los correspondientes ensayos clínicos, es decir, sin evidencia, mientras alguien hacía negocio.

La epidemia del Acreal, otro medicamento para los "trastornos de la menopausia", con efectos neurológicos y de tipo psiquiátrico, en ocasiones graves e irreversibles.

El Vioxx, retirado en 2004, después de provocar miles de infartos y accidentes cerebrovasculares y de haber supuesto un gran negocio para MSD.

Y estas declaraciones ocurren unos días antes del escándalo relacionado con la falta de seguridad de los implantes médicos, entre ellos el Essure, anticonceptivo permanente intrauterino, colocado a más de 80.000 mujeres en nuestro país y retirado del mercado en 2017, con miles de ellas afectadas en su salud (dolor, hemorragias, infecciones, cansancio...). ¿Cuánto negocio habrá obtenido la Bayer?

En fin, estamos en un sistema que utiliza (con sus propias palabras) un verdadero "arsenal" de medicamentos para todo: para las enfermedades (las verdaderas y las inventadas), para el malestar, para el sufrimiento... en definitiva, una burbuja sanitaria de medicalización basada en "evidencias" comerciales, olvidando aquella recomendación tan saludable "Pastillas, las justas".

Estos son (algunos) problemas reales que le deberían de preocupar, señora ministra. Las asociaciones de mujeres sabemos mucho de esta medicalización permanente, que llevamos décadas denunciando, la cual no nos permite sentirnos protegidas y seguras en el actual sistema.

diferentes varas de medir ¿una caza de brujas?

En este contexto, llama mucho la atención la abrumadora asimetría que usted aplica al perseguir las medicinas alternativas o complementarias, que por otra parte son legales en países de nuestro entorno como Francia, Inglaterra o Alemania, mientras se refugia acriticamente en la "ciencia" hegemónica.

La crisis de la Colaboración Cochrane, con la expulsión de Peter Gøtzsche, además de poner de manifiesto el coste de disentir y practicar la crítica científica en un sistema atravesado por la opacidad y los conflictos de intereses, también puso sobre el tapete, de forma dramática, el cuestionamiento de la llamada "evidencia" científica.

El artículo "Redefining the "E" in EB", publicado en el BMJ Evidence-Based Medicine, plantea claramente la situación: "Sabemos que las revistas biomédicas publican artículos que son "neutrales" en el mejor de los casos, pero que en su mayoría son "positivos" y tienden a enfatizar los beneficios y minimizar o incluso ignorar los daños. ¿Deberíamos ignorar la "evidencia" de los artículos de las revistas científicas? Probablemente, a menos que se tomen medidas urgentes para abordar el tema de la parcialidad en la información ... y la manipulación de los resultados de la investigación".

Hoy como ayer, las propuestas a los problemas del sistema sanitario pasan por aumentar la transparencia, por visibilizar



Tranqui, Leo

Leonor Taboada Spinardi

Directora MyS

leonortaboada6@gmail.com

los conflictos de intereses que, partiendo de la industria tecnológica y farmacéutica, implican fundamentalmente a las autoridades sanitarias y las agencias reguladoras, pero también a prescriptores y sociedades profesionales; pasa por establecer formación continuada independiente dentro del SNS y porque los objetivos asistenciales y de investigación sean marcados desde los planes, necesidades y derechos en salud de la población (y no por los intereses de la industria)...

Y por cierto, la salud de la población depende fundamentalmente de sus condiciones de vida (vivienda, empleo, educación, medioambiente, equidad, desigualdades sociales...), lo estamos constatando, tristemente, cada día. El sistema sanitario sólo contribuye en una pequeña parte (sin olvidar la yatrogenia que provoca). Por eso preocupa escuchar esta frase de la nueva ministra "Todos los avances en salud, y que se traducen en el aumento de la esperanza de vida, se deben a la ciencia y el conocimiento". Deseamos que haya sido un lapsus.

AL CIERRE

Normalmente hacemos un texto de presentación del dossier central. Normalmente no hacemos una presentación que englobe todo el número de la revista a no ser que se trate de un número monográfico. Pero es que normalmente no nos pasa que todos los textos de la revista, los del dossier central y los de fuera del dossier, tengan un clamoroso punto en común que no habíamos buscado.

Os podéis preguntar ¿qué tienen en común temas como las persecución de las llamadas pseudociencias y el ciclo menstrual (aparte, claro está, de los puntos que tienen en común siempre todos los contenidos de MyS: las mujeres, su salud, el rechazo de la medilización, la denuncia de los abusos, el derecho a decidir...).

Pero he aquí que en todo este número dos ideas corretean como la pólvora por todos los textos:

1- Sesgo en la investigación médica :

Todo el número habla de aquello que no se investiga y que sin embargo es esencial que las mujeres conozcan, de aquello que se investiga pero sólo según los intereses comerciales (farmacéuticos y tecnológicos) de aquello que no se investiga por irrelevante aunque afecte a muchas mujeres, de aquello que investigan las mujeres pero nadie acepta publicar,... Y habla del sesgo por rechazo: rechazo a lo diferente, a los abordajes diferentes, a las terapéuticas diferentes, a los saberes aportados por las mujeres profesionales y "de a pie".

2- Reconocimiento del apoyo mutuo

Casi todas la autoras han señalado la importancia en su trayectoria de haber contado con la mirada reveladora de "otras", de sus escritos, de sus propuestas, y de la importancia de seguir contando con ese apoyo. He aquí una revista que nos ha salido sin ambicionarlo más coherente que nunca. Que la disfrutéis

Últimamente leo mucho físicamente y escribo mucho mentalmente.

En general me gusta más lo que no escribo que mucho de lo que leo, aunque mucho de lo que leo incida o decida lo que pienso y no escribo.

Leo, Leo, qué lees que sí te gusta?

Mujeres, mujeres y casi niñas, como la adolescente sueca que abogaba por el cambio climático, y hombres como los de Viento Fresco o Aighe que traen aires nuevos y se mojan.

Leo, Leo, qué lees que te horroriza?

Son ellos, son las voces de los voxes del mundo, aunque alguna ella de ellos me escarrufe, como la Ministra de Bolsonaro que ha visto a Jesucristo llorando colgado de un árbol y tuvo miedo de que se cayera, y por eso quiere castigar el aborto con la cárcel y vestir a los niños de azul y a las niñas de rosa.

Oigo voxes y leo voxes que deliran, envenenan, intoxican y vomitan mentiras y odio. Voces rancias, discursos prehistóricos.

Primo de Rivera, tras el golpe de estado del 13 de septiembre de 1923, para presentar su régimen dijo "Este movimiento es de hombres: el que no sienta la masculinidad completamente caracterizada, que espere en un rincón, sin perturbar los días buenos que para la patria preparamos (gracias, Nuria Varela). ¿Os suena????

Oh, Leo, me pregunto, ¿y si les funciona como a Trump manipular las redes pagando la difusión del veneno, como están haciendo? Tranqui, Leo, no dejes que lo que lees y oyes te perturbe, me digo.

Tú a lo tuyo -sigue leyendo a las nuevas y releendo a las de ayer, hoy y mañana y animando a todas a votar para no seguir oyendo voxes. ¿A votar?????

Sí, queridas amigas de Leo: sí, como las sufragistas, a votar para no votar porque si no el patriarcado nos dará muchas arcadas y nos hará vomitar y nos ahorcará. Votar a quién???? A cualquiera que no sean ellos y sus cómplices aunque nadie rellene todos tus agujeros.

Y a vos-otros hombres os llamo mentalmente y por escrito: ajuntémonos en esto: contra la testosterona rabiosa, todo amor y respeto es poco. A nosotras nos va la vida y a vosotros os va la honra en ello.

Hombres buenos que apoyáis a las mujeres con razón, esta si que es la ocasión de tener lo que deseais, si de verdad lo deseais: un mundo de igual a igual.

Sólo un precio has de pagar: conseguir que tus amigos vayan todos a votar y que en el bar de tu pueblo no tengas miedo de hablar.

Pd: Vengo de la primera mani... Tranqui, Leo: no pasarán.

ENTREVISTA A ENRIQUETA BARRANCO CASTILLO

“La sangre menstrual contiene xenoestrógenos”

Por Leonor Taboada Spinardi

Médica- Ginecóloga- Experta en género y salud-Feminista- Profesora de la Universidad de Granada- Activista- Investigadora-Rebelde- Valiente- Escritora- Reconocida con múltiples y más que merecidos premios. Y una apasionante entrevistada tanto por lo que cuenta como por el brillo, el humor y la energía que desprende en el tú a tú. Dice que tiene mucho que agradecerle a la vida. Y yo afirmo: ¡y la vida, a ella!

¿Cuándo y por qué decidió ser médica?

En el año 1963, contaba 13 años, vivía en un entorno familiar con una madre enferma pero muy experta en cuidados y autocuidados. Yo quería ser médica para poder atender a las necesidades de salud de las personas. Fue una “llamada” que me animó a estudiar lo que no me gustaba para poder llegar a la facultad, en donde me sentí plenamente feliz y logré mi primera matrícula de honor .

¿Por qué ginecología?

Lo decidí en tercer o cuarto año de carrera –que comencé en el año 1967–, aunque era alumna interna en una clínica de “medicina interna”. Quería que mis conocimientos fueran amplios y no limitados a una especialidad concreta –tal vez porque había leído una “novelita” en la que una ginecóloga no salía bien parada por sus limitados conocimientos y yo no quería que a mí me pasara lo mismo, que me etiquetaran por “no saber medicina”.



¿Cuándo apareció el feminismo en su vida?

Mi madre apostó por mí desde muy niña, ella quería que yo fuera una mujer independiente, con recursos económicos propios que no me hicieran depender de un hombre para subsistir, así es que siempre tuve una visión muy progresista del papel de la mujer en años tan difíciles como los años cincuenta del pasado siglo. Por entonces yo conocía a mujeres independientes, que habían emigrado a las grandes capitales para ejercer profesiones liberales, nada común en mi pueblo, pero las había. En la facultad fui considerada como una líder, sobre todo “por mis elevados conocimientos y mi capacidad de ayudar a quien lo necesitaba académicamente hablando”, pero sería en los años setenta cuando, tras la lectura del Segundo Sexo, tuve conciencia de lo que era ser mujer y lo que no lo era, y ahí nació mi conciencia feminista.

¿Cuándo encontró el concepto de género en salud y lo puso en práctica?

Otra gran iluminación, la primera edición en castellano de Our Bodies, Our Selves; ahí encontré todo lo que yo venía pensando pero no sabía cómo poner en práctica. A partir de su lectura la mirada científico-ginecológica que me habían enseñado cambió tanto que ya no dejé de mirar críticamente todo lo que he leído y practicado. Tras la lectura de la primera edición en castellano de Our Bodies, yo escribí mi primer artículo científico titulado “El ginecólogo ante la condición femenina: la escuela granadina

Tras la lectura de “El Segundo Sexo” tuve consciencia de lo que era ser mujer y lo que no lo era, y ahí nació mi consciencia feminista.

de Alejandro Otero”, lo presenté al XIV concurso Uriach de Historia de la Medicina y me concedieron un accésit (25.000 pesetas de entonces). Se publicó en Dynamis, y con él lo que trataba era de poner en evidencia los criterios sesgados que desde la ginecología se tenían para con las mujeres pacientes.

Después, la lectura de la obra “Que es esa cosa llamada ciencia”, en 1988, remató el cambio. Por supuesto seguí a nuestras colegas de OBOS y acudí una vez a Barcelona para poder conocer personalmente a Judith Norsigian....

¿Cómo cayeron en su medio profesional su discurso y prácticas de género?

En mi medio profesional mi discurso y mis prácticas comenzaron cayendo como una “bomba” pues cuando mis residentas me decían que ellas “primero eran médicos y después mujeres”, siempre les profetizaba que no progresarían ni como mujeres ni como científicas, y así les ha pasado a la mayoría. Nunca entendían mi posición crítica para con la ciencia y la ginecología, y por supuesto les resultaba difícil de acatar mi crítica a las doctrinas dominantes en cada momento, pues ellas seguían confiando en que la “ciencia” no se discutía. Mis compañeros hombres simplemente decían “eso son las cosas de Enriqueta”.

Sus investigaciones y denuncias: anticonceptivos hormonales... Essure... Contaminantes en la sangre...Micromachismos... Yatrogenia normalizada

Mi primera “puesta a punto” en el tema hormonal vino de la mano de la elaboración del II Plan Andaluz de Salud, en el que un prestigioso ginecólogo había tratado de inculcar en el medio oficial que la menopausia era una enfermedad y como tal había que tratarla, por lo que proponía llamar a todas las mujeres andaluzas para ponerles THS (terapias hormonales). Formé parte de un comité de expertos y con la opinión autorizada mía y de otra colega, la ginecóloga granadina Amalia Jiménez, conseguimos pararle los pies al ginecólogo y a sus seguidores. Y por ende, no se implantaron las por entonces llamadas “unidades de menopausia” en nuestros centros de salud.

En el año 1995 también en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se propusieron tratar el parto como un proceso natural y darle derechos a las mujeres que iban a parir. Formé parte de otro comité de expertos y fruto del mismo fue la elaboración y publicación de la primera “carta de derechos y deberes de la mujer embarazada y de la parturienta”. Fue todo un logro

por entonces, pues el movimiento actual ya tuvo un punto de partida.

La denuncia del coste para la salud de las mujeres de los métodos anticonceptivos hormonales, DIU, y actualmente ESSURE, fue fruto de una larga experiencia en el campo de la anticoncepción, que se remonta al año 1974, cuando yo ya prescribía anticonceptivos, deslumbrada por su efecto anticonceptivo en sí mismo y “por su ausencia de efectos secundarios” – conocidos a veces pero negados en el mundo científico. Una vez vi morir a una mujer que hacía poco había comenzado el uso de anticoncepción hormonal oral y todos los que la asistieron negaron su relación con el método. Hoy día seguro que hubiéramos sabido que era por un tromboembolismo pulmonar o similar. Igual me sucedió con el DIU de cobre, a raíz de un grave problema de roturas que vivimos por la deficiente manufactura de los mismos y el deseo de la Junta de Andalucía de darlos gratis pero al menor costo posible, pues por entonces el DIU de cobre era un dispositivo costoso.

En el año 1989, en el Congreso de la IPPF que se celebró en Sevilla, irrumpió en la sala Leonor Taboada, toda espléndida y con una melena teñida de varios colores. Allí hizo la siguiente afirmación: “Tanto método anticonceptivo y tanta historia, cuando habría que empezar por enseñar a las jóvenes a que se introduzcan los dedos en la vagina para observar su moco cervical” .Todo el mundo estupefacto.... Y Enriqueta con los ojos como platos, sentada en alguna de las primeras filas, pues ella había ido allí a aprender.... Y a Leonor solo la conocía de oídas, por el cuaderno de autoconocimiento.....

pero muy remotamente. Magdalena López, de Sevilla, me había hablado de ellos....

Estas y otras experiencias me llevaron a investigar sobre métodos de regulación de la fertilidad sin coste en salud. Ahí fue donde me adentré en el conocimiento – a mí nadie me lo había enseñado antes – de los métodos naturales. Descubrí cuanta investigación había también en este terreno y cómo se nos había negado y se sigue negando su eficacia y también el permitir que la mujer sabia no tenga que evitar el embarazo a costa de su salud. Nos remontamos a los años 1990. Y aquí también pude estudiar cómo se instauraba un sistema de control poblacional basado en la iatrogenia normalizada que recaía

sobre las mujeres y en el desconocimiento – interesado – de alternativas más saludables, como son también los métodos de barrera femeninos, de los que siempre he sido una ferviente defensora, ahora más con la posibilidad de usar el diafragma Cayá o el Femcap.

La denuncia del coste para la salud de los métodos anticonceptivos hormonales, DIUS y Essure, fue fruto de una larga experiencia en el campo de la anticoncepción. Soy una ferviente defensora de los métodos de barrera, como el diafragma Cayá o Femcap

En el año 1995 en un congreso de la Sociedad Española de Contracepción presenté un poster en el que expresaba, tras un estudio, que los profesionales que hacían planificación familiar desconocían la regulación natural de la fertilidad. El comité científico me otorgó el premio al mejor poster y una compañía que manufacturaba píldoras me tuvo que dar 75.000 pesetas que era el importe del premio.

En 1997 organicé en Granada el IV Congreso de la Sociedad Española de Contracepción y se diversificaron las expectativas, puse un stand feminista, hicimos talleres sobre sexualidad a cargo de la Asociación de mujeres para el conocimiento de la fertilidad y la sexualidad, y tuvimos oportunidad de tener entre nuestras asistentes hasta una religiosa que tenía a su cuidado jóvenes sin familia. Fue una revolución.

Estoy vinculada al Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres desde su creación, inicialmente en forma de Seminario, y en el año 1994, bajo su patrocinio, organicé un simposium sobre el control natural de la fertilidad y fruto del mismo fue el libro "Hacia el autoconocimiento del cuerpo femenino: fertilidad y métodos naturales", que tuvo muy buena acogida. Pero en el seno del feminismo académico siempre he visto que hay demasiada teoría, que las feministas académicas carecen de herramientas para combatir las malas prácticas en el seno de la medicina y de la ginecología especialmente, pues ellas, que han sido víctimas de muchas de sus agresiones, no son capaces de reconocerlo. Así es que ahora mi distancia con este tipo de feminismo es considerable.

La llegada del problema del ESSURE ha sido algo tardía en mi vida profesional, por lo que sólo conozco sus consecuencias a través de las publicaciones y de las mujeres que las padecen, pero yo ya había denunciado lo solas que las mujeres se sentían cuando tenían efectos secundarios tras la ligadura tubárica convencional, hecho que en los ambientes oficiales siempre se ha negado.

Ha estudiado el tipo de menstruación que tenemos, ya que no había estudios epidemiológicos sobre el sangrado menstrual abundante (SMA)... ¿cómo tratarlo?

Efectivamente, preocupada por el problema del SMA, y después de escuchar a Carme Valls repetidamente, me planteé saber qué pasaba de verdad entre las mujeres. Hicimos una encuesta en la que participaron más de 500 mujeres sanas, y mediante el Pictorial Blood Assessment Chart (PBAC) evaluamos su sangrado menstrual. Más del 70% de las participantes tenían indicios de padecer SMA. Se hizo una tesis doctoral y se han publicado algunos resultados. Sin embargo, tenemos pendiente una publicación en la revista *Progresos en Obstetricia y Ginecología (SEGO)* que los revisores nos devolvieron; ahora parece que lo han admitido, pero entre medias alguno de ellos tenía interés en publicar si se cumplía en los servicios de urgencias un protocolo elaborado por ellos sobre el tratamiento del SMA. Evidentemente el tratamiento propuesto son las malditas hormonas, en cualquiera de sus formas, pero

en el protocolo nadie pensaba en los orígenes del problema del SMA, que a la vista de los resultados comprobados

Nadie advierte en sus publicaciones que lo que condiciona la salud menstrual de las mujeres es la contaminación medioambiental; la presencia de sustancias xenoestrogénicas en sus arterias uterinas inducen un crecimiento desmesurado del endometrio

mediante otro estudio publicado, con un buen número de accesos a su lectura, pero no impactado en usuarias de copa menstrual, confirma los hallazgos del primero. Salvo el uso de productos hormonales, nadie advierte en sus publicaciones que lo que está condicionando la salud menstrual de las mujeres es la contaminación medioambien-

tal, la presencia de sustancias xenoestrogénicas en sus arterias uterinas que están induciendo un crecimiento desmesurado del endometrio. Y las recomendaciones habría que encaminarlas en este sentido, no en el de administrar más hormonas y contaminar un poco más.*

Ha promovido junto a Nicolás Olea -noticia mundial- una investigación sobre las pérdidas de tóxicos y disruptores endocrinos por sangre menstrual.

Esta idea surgió después de conocer los resultados de un estudio sobre contaminantes llevado a cabo en 850 placentas. El planteamiento era simple, si estaban en la placenta tenían que pasar por las arterias uterinas. Tras hablar con Nicolás Olea constatamos que necesitábamos fondos para investigar. Y aquí viene la parte más interesante.

En el año 2003 falleció un exiliado republicano, Antonio Chamorro Daza, investigador prestigioso en el Institut du Radium, y al que yo había encontrado, casualmente, y con el que sólo me había comunicado epistolamente, mientras realizaba mi tesis doctoral sobre su maestro Alejandro Otero. Al abrir su testamento, en una notaría de Antibes (Francia), resultó que había sido nombrada albacea testamentaria con el encargo de que destinara los fondos que nos legaba – pisos y demás – a estudios de ginecología.

Creamos la Cátedra de Investigación Antonio Chamorro-Alejandro Otero, y gracias a su generosidad yo tenía, y tengo,

* Ver artículo en *MyS41*, "La copa menstrual y su papel en la detección de tóxicos en la regla"

fondos para poder promover modestos estudios de investigación. De ahí salieron los fondos para los contaminantes y dos estudios sobre endometriosis que ahora tenemos en marcha bajo el patrocinio de la Cátedra Chamorro-Otero. Preparo un documental sobre Antonio Chamorro pues merece la pena dar a conocer su altura científica y humana y para ello estoy buscando co-patrocinadores.

Se ha preocupado por la medicalización de las mujeres embarazadas

El embarazo no es un problema de salud, es una situación saludable, aunque en algunas ocasiones las mujeres puedan enfermar en el transcurso del mismo. Mediar un proceso de salud está en contra de lo que el concepto de salud representa. Pero no hemos de olvidar que bastantes mujeres en la actualidad se sienten muy vulnerables durante el embarazo y son un terreno abonado para que acepten, sin criticar, todo lo que "la ciencia" les propone, llegando a crearse situaciones de angustia cuando no cumplen con los protocolos medicados que se mantienen en la actualidad. Se llegan a sentir culpables por si dañan a su descendiente. Creo que en el embarazo sin riesgo también se cumple aquello de que "medicar a sanas deja más dinero que medicar sólo a las enfermas".

¿Qué recomendaría a una adolescente que busca anticonceptivos- píldoras, diu, diafragma, preservativos, implantes hormonales, nuevo anillo vaginal?: ¿cuáles son las mejores opciones actuales?

Una postcoital puede tener la misma cantidad de hormonas que 9 píldoras convencionales

Una joven en busca de anticoncepción debería: 1. Tener tiempo para conocer su proceso de fertilidad e infertilidad: evitaría angustias. 2. Poder recibir información de todos los métodos disponibles. 3. Saber qué métodos le brindan protección – relativa – contra las infecciones de transmisión sexual. 4. Dotarse de elementos de juicio para poder tomar sus propias decisiones. 5. Elegir el método que se adecue más a sus deseos, sin ser engañada sobre "regulación del ciclo, reglas, modernidades de los productos, etc." ya que las hormonas son todas idénticas en esencia aunque algo diferentes en su química, y algunas tienen un coste económico demasiado elevado para el efecto que se persigue, el de evitar los embarazos. 6. Desmitificar el tema de la llamada "anticoncepción de emergencia" quitando de en medio palabras tales como "bomba hormonal" o similares, pues yo siempre les digo, a modo de ejemplo, que una postcoital puede tener la misma cantidad de hormonas que si se ingieren unas 9 píldoras convencionales....

Sobre los úteros de alquiler

Siento ser extremadamente crítica con este tema. Comprar, temporalmente, un órgano femenino es favorecer el comer-

cio con el cuerpo de las mujeres. Que haya países que sean viveros de úteros es una crueldad, pues pienso que nueve meses habitada por un ser al que sientes, paseas, puedes hablarle o simplemente nutrirlo no es una tarea fácil, porque muchas de las mujeres que hemos tenido hijas e hijos sabemos la sensación de estar deshabitada que puede producirse

tras el parto, que a veces termina en una depresión postparto, y hay que preguntarse ¿Quién nos habla de cómo se sienten las mujeres que alquilan su útero? ¿Piensa alguien en ellas tras la venta del bebé? Así es que yo creo que con este tema se traspasa una línea que no beneficia a las mujeres, residan donde residan. Hacer un bien a una mujer que desea sentirse "como madre sin serlo" no puede ser a costa de hacer mal a otra u a otras. La compra de úteros encierra grandes dosis de corrupción y de violación de derechos, se diferencia entre procedimientos "low cost" y "high cost", se inducen abortos en las mujeres para volver a "embarazarlas" etc., un mercado de horrores silencioso y silenciado.

Otro tema candente es la propaganda que se hace sobre la criopreservación de ovocitos para el futuro, ya que las mujeres, por sus deseos de prolongar sus vidas libres de ataduras, sea por lo que sea, ahora quieren ser madres en un momento en el que sus ovarios han agotado su reserva ovocitaria. Esto es un gran negocio, pero pienso que lo que se debería hacer es mejorar la situación social y laboral de las mujeres para que sus deseos de fecundidad coincidan con sus momentos de fecundidad biológica, pues a la larga quién nos dice que, además, esta población de seres fruto de la criopreservación no puedan tener alteraciones debido a la llamada epigenética. Es un tema sumamente delicado.

se debería mejorar la situación social y laboral de las mujeres para que sus deseos de fecundidad coincidan con sus momentos de fecundidad biológica

Los sistemas sanitarios de los países industrializados están atravesando una grave crisis. Esto les lleva a ningunear a las personas enfermas, a costa de largas listas de espera, muchas horas de espera antes de ser atendidos en unos colapsados

¿Quién habla de cómo se sienten las mujeres que alquilan su útero? La compra de úteros encierra grandes dosis de corrupción y violación de derechos: es un mercado de horrores silencioso y silenciado.

Qué hay que cambiar en el sistema sanitario?

Los sistemas sanitarios de los países industrializados están atravesando una grave crisis. Esto les lleva a ningunear a las personas enfermas, a costa de largas listas de espera, muchas horas de espera antes de ser atendidos en unos colapsados

servicios de urgencias, y una falta de sensibilidad institucional hacia las personas usuarias de sus servicios. Creo que la atención primaria está colapsada por falta de recursos y personal, y que una atención primaria eficiente y modernizada permitiría aliviar algunos de los problemas antes enunciados. El sistema sanitario, sumergido en un mundo macroeconómico, es incapaz de atender a las demandas de sus usuarias y usuarios. Sobran puestos de representación, cargos intermedios en medicina y enfermería, subdirecciones varias, etc. y falta voluntad política para poner en marcha una reforma profunda que no derive en gratificar a la privada o concertada. La privada es una opción para quienes libremente la eligen, pero su elección no debería estar condicionada por las carencias de la pública.

¿Intentaron (Laboratorios) comprarle alguna vez?

Intentaron comprarme en diferentes ocasiones, con más o menos disimulo, dependiendo del tema que se tratase. Pero gracias a mi actitud crítica para con los delegados comerciales, ahora que sólo me dedico a la práctica privada no me visita ni uno. Mostrar disidencia en un mundo dominado por

*Mostrar disidencia
en un mundo
dominado por la
industria farmacéutica
tiene su coste*

la industria farmacéutica tiene su coste.

No obstante tengo que dejar constancia que el que hayan abonado mi asistencia a algún congreso o actos científicos similares, incluida la

pertenencia a sociedades científicas, ya es una compra, que yo acepté, aunque sin contrapartida, y así lo hacía saber.

¿Encontró comprensión y seguimiento entre sus compañeros de profesión?

Hasta tiempos muy recientes no encontré ningún tipo de apoyo entre mis compañeras y compañeros de profesión, aunque ahora algunas se han apuntado a los nuevos tiempos y hasta organizan actividades para hablar de temas tan relevantes como la violencia, la violencia obstétrica, o protocolos para mejorar la tasa de cesáreas, etc...

¿Qué piensa sobre la cuarta ola feminista...?

Para mí esta ola tiene entusiasmo y conocimientos provenientes de las olas anteriores, de las que algunas quieren diferenciarse, aunque las veo faltas de poder para negociar asuntos tan importantes como el de las relaciones de pareja que marcarán sus vidas....

Sus planteamientos sociales me parecen acertados, pero esto hay que ponerlo en práctica, y tendrán que demostrar que saben hacerlo rebelándose y protegiéndose contra todos los poderes patriarcales existentes y que no han cambiado de ola.

*Los poderes
patriarcales existentes
no han cambiado
de ola*

¿Qué significan para usted la Redcaps y la revista MYS, en la que colaboras desde siempre?

En la Red había gente que pensaba como yo... un descubrimiento... un espacio para comunicarnos y aprender... Suerte la mía de encontrar gente interesada en la que apoyarme y con la que disfrutar. Me considero afortunada y tengo mucho que agradecer a la vida....

Otro tema candente: las vacunas

Las vacunas han representado un innegable beneficio para la humanidad, erradicando enfermedades graves e incurables como la rabia, de la que apenas nos acordamos, la viruela, que muy pocas generaciones después de la mía dejaron de administrarse porque la enfermedad estaba erradicada en el mundo, la poliomielitis, de la que igualmente hace años que casi nadie se acuerda de las muertes o las secuelas que ocasionaba, o el tétanos. Pero sus investigadores fueron audaces y pusieron a disposición de todo el mundo un producto valioso y sin tapadera.

No ha sucedido lo mismo con otras vacunas, tales como la de la tosferina y algunas más.

En este contexto surgen las vacunas del papiloma, ¡ajo! ¡no la vacuna! porque tenemos dos o ¿tres? vacunas con diferente composición y diferente mecanismo de acción; en unas se demuestran anticuerpos en las células del cérvix, con la otra básicamente se desencadena una especie de "memoria" en las células. Simplemente esto ya me hizo dudar sobre lo que nos presentaban, antes de comenzar a surgir los problemas y sus efectos secundarios. Así visto me niego a promover y apoyar unos productos para que sean probados en mujeres y hombres y dentro de veinte años se publiquen los resultados de este nuevo experimento a gran escala, cuando ya no tenga remedio lo que haya ido sucediendo.

Por esto no me declaro antivacunas, sino en contra de unas "vacunas" que se han introducido en el mercado con mucha audacia y una gran tapadera detrás de la que se esconden resultados desconocidos y un desmedido interés económico, pues la palabra "cáncer" es un farolillo rojo en nuestra sociedad. Defiendo el cribado citológico reglado y una lectura adecuada de las presentaciones por parte de los citólogos, para evitar también la sobreactuación terapéutica.

¿Cómo le gustaría ser definida?

*Me gustaría que me vieran
como lo que soy: ¡sólo mido 1.48cm.!*



cambio de opinión al ascender a ministro

Maria José Hernández Ortiz

Médica anatomopatóloga
Quiropráctica

En entrevista concedida a El País el día 3 de noviembre, el actual ministro de Ciencia e innovación, Sr. Pedro Duque, era preguntado por los periodistas sobre el prólogo que había escrito tiempo atrás para la edición en castellano del libro «Quiropráctica», del Dr. Chapman-Smith, durante años editor de la publicación periódica sobre ciencia en quiropráctica «The Chiropractic Report». El Sr. Duque contestaba diciendo que él había escrito ese prólogo por su madre, que era una gran entusiasta de la quiropráctica, pero que ahora había cambiado de opinión ya que «la quiropráctica no tiene aval científico». Es cierto que su madre era una gran defensora de la quiropráctica, pero esa no es toda la verdad. Lo cierto es que tanto su padre, Pedro Antonio Duque, como su madre acudían regularmente a ajustarse con el Dr. Gevers en Madrid y que tanto era su entusiasmo por la quiropráctica que Duque padre fue el presidente de la primera Asociación de Pacientes Quiroprácticos. Su relación con el quiropráctico llegó a ser tan estrecha que los señores Gevers fueron invitados de honor en Cabo Cañaveral en alguna de las puestas en órbita del señor ministro. A su vez la relación con la quiropráctica del ministro Duque ha llegado hasta el año 2006, cuando accedió a inaugurar el Simposio que la Asociación Internacional de Quiroprácticos celebró en Madrid.

¿Por qué cambia de opinión un ministro? Es difícil creer que se pueda olvidar en tan poco tiempo que la quiropráctica tiene un importante respaldo científico, como demuestra el dossier recopilatorio de publicaciones científicas que recientemente ha compendiado la AEQ (Asociación Española de Quiropráctica) en donde se recogen artículos científicos publicados en revistas del primer cuartil, incluidas algunas que pertenecen al 25% de las de mayor índice de impacto en medicina, lo que significa que, no sólo hay evidencia, sino que esta es de la máxima calidad.

También sorprende que no recuerde, tras haber vivido en

Estados Unidos, que allí los quiroprácticos ejercen como doctores, sus consultas son puerta de entrada al sistema sanitario y que su uso está muy integrado en la vida cotidiana de las personas. Tampoco debería ignorar como estadista que la quiropráctica está reconocida como profesión sanitaria en países cercanos como Francia, Portugal, Italia, Malta, Chipre, Suiza, Liechtenstein, Bélgica, Países Bajos, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega, Reino Unido o Islandia, y en la práctica totalidad de países que consideramos «desarrollados» de todos los continentes. Además, la formación quiropráctica en Europa se realiza en facultades de medicina de universidades tan prestigiosas como la Universidad de Zúrich, la del Sur de Dinamarca o la del Sur de Gales, entre otras.

Más allá de que estemos avalados por la ciencia (por lo tanto no tiene lugar que nos incluyan en la lista de terapias pseudocientíficas) o que estemos reguladas en todo el mundo civilizado, está la realidad innegable de que nuestro trabajo tiene un claro nicho en los servicios sanitarios dada esta gran epidemia de dolor de espalda que sufre el mundo. En el último Estudio Mundial de Carga de la Enfermedad, se reconoce que los problemas de espalda son la causa número uno de morbilidad y de discapacidad en el mundo y en las Guías de Práctica Clínica publicadas por países como Canadá o Dinamarca se considera los servicios ofrecidos por quiroprácticos como de primera línea asistencial.

Por último, el Sr. Duque tampoco debería ignorar que existen dos universidades españolas que ofrecen un grado en quiropráctica y la idoneidad de su formación está avalada por agencias reguladoras de la calidad de la enseñanza como ENQUA.

La verdad es que no sé por qué alguien cambia de opinión tras su ascenso a ministro, pero decir que la quiropráctica no tiene aval científico es desconocer o ignorar deliberadamente las publicaciones científicas de mayor peso en el campo de la columna vertebral, además de hacer un flaco favor a los millones de pacientes que tanto necesitan este servicio. Confío por ello que la quiropráctica será eliminada, por derecho, de la famosa lista de «pseudoterapias», en donde nunca debió estar y que pronto sea reconocida como profesión sanitaria y ocupe su lugar en el cuidado de las personas en España, como lo está en el resto del mundo.

* Publicado en diario Ultima Hora de Balears.
26 De noviembre de 2018



Mar Rodríguez Gimena
Médica de familia
Homeópata

De cómo La ciencia oficial se ha convertido en una suerte de religión

“Conserva celosamente tu derecho a reflexionar porque incluso el hecho de pensar erróneamente es mejor que no pensar en absoluto”
Hipatia de Alejandría

A lo largo de este artículo me gustaría reflexionar en torno a la persecución por parte del mundo de la ciencia oficial, contaminada por los intereses de la farmaindustria más agresiva, de todo aquel o aquella que no piense de manera convencional. La crítica de la ciencia desde la mirada feminista me ha seguido ayudando a desbrozar y separar el grano de la paja. Quiero agradecer muy especialmente la tesis de Belén Nogueiras “La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España 1975-2013)”. De manera exhaustiva, Belén hace un recorrido en el capítulo de estudios crítico-feministas de las ciencias de la salud de las ideas más importantes de la crítica feminista a la ciencia. Leer a Silvia Federicci: Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria, me ayudó a reflexionar sobre los procesos de coacción y exterminio de los saberes de las mujeres orquestados desde la sociedad patriarcal, la Iglesia y los poderes políticos que acabaron en la quema de brujas. Y Sara García Parra con su reflexión “acompañamos a los y las pacientes desde la experiencia, la vivencia y la evidencia” me ayudó a disipar las dudas sobre cómo orientar este artículo.

¿caza de brujas? Con la religión-ciencia oficial hemos topado. A propósito de la persecución a la homeopatía Desde hace unos meses y prácticamente a diario sale algún tipo de crítica a la medicina homeopática en todos y cada uno de los medios de comunicación de masas (TV, prensa, radio) y en redes sociales. Analizo brevemente un periódico, en otros ámbitos muy riguroso, como es Eldiario.es. Las contradicciones son evidentes. Se ha llegado incluso a afirmar que la medicina homeopática mata a la vez que se afirma que no hace nada. Eldiario.es no se sale ni un ápice del pensamiento único. Y a quien ha osado salirse de este pensamiento único como el locutor de radio Carles Francino le ha caído todo el peso de la inquisición encima.

La Organización Médica Colegial (OMC) no se ha quedado atrás. En muchos Colegios de Médicos de todo territorio han cerrado las secciones colegiales de homeopatía, acupuntura y medicina naturopática.

El recientemente creado Observatorio de las pseudociencias ha decidido emprender la cruzada contra toda aquella terapia sin evidencia científica disponible .

Sin embargo, ni una palabra o declaración oficial de los colegios de médicos sobre los recortes presupuestarios en Sanidad Pública, la falta de personal, el aumento de las listas de espera, los 781 fallecidos por negligencias médicas, los 147 bebés que nacieron con alguna discapacidad derivada de partos llevados a cabo de forma inadecuada o con fórceps . Por supuesto, la OMC no ha alzado su voz frente a la noticia de que casi un tercio de los oncólogos que participan en ensayos de nuevos fármacos contra el cáncer no declaran adecuadamente sus conflictos de intereses como se ha desvelado en el Jama Oncology tras el escándalo Baselga o que Quinn Grudy una investigadora de la Universidad de Sidney nos recuerde que “..los autores declaren todos sus conflictos de intereses en todos sus trabajos para lograr una transparencia total sobre el alcance del patrocinio de la industria y el riesgo de sesgo en la investigación biomédica” .

La prensa no se ha ensañado con los 18 médicos que recibieron más de 50.000 euros cada uno de una sola farmacéutica en 2017 y se repartieron en total más de 1,6 millones, y sí con los y las médicas homeópatas o por ejemplo con Josep Pamiés. La mayoría de los médicos/as que han recibido este dinero ejerce en hospitales públicos y en más de la mitad de los casos investigados el área de trabajo de estos profesionales está relacionada con el cáncer . Poderoso caballero es Don Dinero. La clase política, de cualquier color, en bloque, se ha posicionado contra las medicinas complementarias que no tengan evidencia científica.

El partido Ciudadanos ha elaborado una Proposición de Ley Orgánica de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, sobre la pérdida de oportunidad asistencial por métodos terapéuticos no evaluados ni autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios entre los delitos contra la salud pública . Podemos, por señalar un grupo político de un espectro claramente diferente al de Ciudadanos, también ha publicado un

informe del Círculo de Ciencia I+D+i de 24 de Julio de 2017. Cito textual: "... de hecho, este descontrol en el negocio de las terapias alternativas se asocia a demasiados casos de efectos secundarios adicionales y muertes."

Cita también el informe de Podemos que los pacientes oncológicos que utilizaban este tipo de terapias tenían una tasa de mortalidad de un 14% más alta que los que no la utilizaban. El informe de la ANH (Asamblea Nacional de Homeopatía) demuestra que los grupos de pacientes no eran comparables y que la hipótesis de que el uso es más frecuente en casos más graves y que no implica rechazo al tratamiento convencional lo refleja otro estudio. Por otro lado, un estudio refleja mayor tasa de supervivencia asociada al tratamiento con homeopatía, aunque sea un estudio de pequeño tamaño que requiere confirmación. Aconsejo leer ambos informes para desvelar que las fuentes de uno y otro son diferentes. En una estrategia de colaboración para lograr que nuestros pacientes mejoren lo más posible de sus enfermedades, hubiera estado bien sentarnos todas las personas implicadas a hablar y poner en común las fuentes. Lamentablemente esto no se ha dado.

Si nos atenemos a la definición de pseudociencia realizada por la OMC, la mayor parte de la farmacología convencional sería una "pseudociencia": según "Clinical Evidence" del BMJ (What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence?), el 65% no está basado en la evidencia científica; muchas de las prescripciones a niños "off-label" (sin indicación para ellos) no aportan estudios que lo justifiquen, así como muchas de las prescripciones a ancianos/as a los que no se les tiene en cuenta en los ensayos clínicos. La polimedicación no está suficientemente evaluada (apenas se estudian las combinaciones de 5 fármacos o más, y mucho menos cuando varían en el tiempo).

Por el contrario, en el caso de la homeopatía, solo se han publicado 8 sospechas de reacción adversa indirecta (por abandono o sustitución) en todo el mundo en 33 años, lo que puede considerarse anecdótico, teniendo en cuenta que muchos de los casos declarados "homeopáticos" lo eran por confusión, resultando corresponder finalmente a terapia herbal.

No parece que el problema mayor que tenemos a nivel sanitario sea la prescripción y uso de terapias complementarias.

HIPÓTESIS SOBRE EL PORQUÉ DE ESTA AGRESIVIDAD

(y las reacciones contra la homeopatía y ninguna contra la declaración de conflicto de intereses por parte de la investigación, no solo de tratamientos oncológicos, sino con la investigación en general).

1. Es una cuestión de dinero

Evidentemente la industria farmacéutica mueve mucho dinero y no parece interesarle la curación de los pacientes sino de algunos pacientes. Carlos Fernández Oropesa publicó en su blog "El rincón de Sísifo" que curar pacientes es malo para el negocio, las compañías farmacéuticas, según cita este artí-

culo, están desarrollando nuevos medicamentos en solo dos áreas terapéuticas: cáncer y enfermedades raras. ¿Por qué? Estas son las únicas áreas terapéuticas donde los pagadores toleran precios desorbitados. Y los pacientes que más pierden son aquellos que no tienen cáncer o enfermedades raras. Es decir, que hay un interés económico real por parte de la industria farmacéutica en el no desarrollo de otras terapéuticas. Pero ¿la homeopatía es un negocio? Claro, los laboratorios homeopáticos cobran dinero por hacer medicamentos, como todos. Pero los datos otra vez revelan diferencias: las ventas de Boiron, laboratorio homeopático, en 2013 fueron de 617,73 millones de euros. Por comparar con un laboratorio bien conocido como Pfizer: las ventas de Viagra en todo el mundo alcanzaron el año pasado los 1.300 millones de euros, pero en 2012 -el último año aún sin genéricos en el mercado- esta cifra llegó a ser de 1.700 millones. En total Pfizer ingresó 52.540 millones de euros. El mercado farmacéutico mundial se estimó en 1,11 billones de dólares en 2017-.

2. ¿Se habrá convertido la ciencia en una religión?

En el artículo: "Dios no existe: tomar decisiones solo basándonos en las conclusiones de los metaanálisis es absolutamente pseudocientífico", Abel Novoa, de la Plataforma No gracias, nombra por primera vez a Dios en todo este tema del conflicto de intereses. Y sí, he encontrado algunos paralelismos entre religión y ciencia oficial.

Se niega desde la ciencia oficial y la farmaindustria la posibilidad de pensar de otra manera. También se niegan las experiencias de pacientes que mejoran o se curan de otras formas y que son tachados por los "sumos sacerdotes" de idiotas, negándoles el derecho a elegir libremente y de manera informada otras maneras de poder curarse o paliar sus síntomas. Se insulta a médicos y médicas bien formados en terapéuticas complementarias y envían a sus "Torquemadas" (en este caso los colegios de médicos) que amenazan con sancionar a todo aquel que se salga de la terapéutica oficial o se atreva a opinar de otra manera, grave ataque al derecho a elegir, también de los y las profesionales sanitarias, cómo ayudar a sus pacientes. Estos "Torquemadas" (con Vicente Baos a la cabeza) alientan también los ataques en redes sociales a compañeros médicos y médicas homeópatas. Insultos, amenazas personales a ellas y sus familias, mofas, risas, etc.

Se repiten sentencias, como un mantra: "la homeopatía no tiene evidencia científica", "es una pseudociencia", "es inocua porque es agua con azúcar pero a la vez mata"... Demonizan y quieren quemar en la hoguera a científicos prestigiosos por otros motivos (como el caso de Luc Montagnier, descubridor del VIH y Premio Nobel) si se pronuncian con datos sobre cómo puede actuar la homeopatía.

Estas estrategias comunicativas recuerdan no solo las que usan las religiones para someter a las poblaciones sino también las utilizadas por la propaganda nazi: "Una mentira repetida mil veces se convierte en una realidad" Goebbels.

Se anuncia a bombo y platillo el informe Australiano sobre la

Homeopatía. Este documento concluye que "...no hay condiciones de salud para las que haya pruebas fiables de que la homeopatía es eficaz", pero se olvidan de citar algunos hechos relevantes :

- Se hizo la revisión dos veces, elaborando dos informes, el primero nunca se ha dado a conocer a pesar de que se ha pedido y se han recogido firmas para que se publique y poder acceder a él.
- El informe australiano refiere que se han analizado más de 1.800 estudios cuando los resultados se han basado en las conclusiones de solo 176.
- El profesor Peter Brooks, presidente del comité del informe australiano, que llevó a cabo la revisión de 2015, inicialmente no declaró que era un miembro del lobby de la lucha contra la homeopatía.
- Sin respetar las propias directrices del NHMRC, no había ningún experto en homeopatía en el comité.

Por falta de espacio no analizaré la información sesgada y de poco valor científico que aporta en sus críticas a la homeopatía la APETP (Asociación para Proteger a los Pacientes de Terapias Pseudocientíficas). Para más información os aconsejo leer estos dos blogs:

<https://losseudoescepticos.wordpress.com/2017/09/21/gepac-apetp-y-demas-defraudadores/> y

<http://hezeptikos.blogspot.com/2016/03/estafa-periodistica-2-el-informe-de.html>

3. O ¿es una cuestión de diferentes paradigmas científicos?

Otras disciplinas como la paleontología, la historia, la física, la química son menos resistentes a cambiar sus paradigmas de explicación sobre sus objetos de investigación. A la medicina parece que le cuesta un poco más. La mecánica cuántica superó a la mecánica newtoniana, si bien muchas de las leyes y principios que desarrolló Newton sirven hoy en día, pero no para explicar algunos fenómenos.

En un estudio publicado recientemente por Nature se comprueban los efectos biológicos de una dilución de Rhus Toxicodendron sobre el dolor, y se propone que su efecto es antioxidante y antiinflamatorio.

Otros autores postulan que también pueden estar implicadas las nanopartículas en la acción biológica.

La Liga Médica Homeopática Internacional selecciona y publica un resumen anual recopilando los estudios mejores para aportar datos científicos sobre los efectos de la homeopatía. Existen estudios de series de casos con amplio seguimiento muy sólidos en sus resultados . Por suerte queda mucho por investigar pero ya vamos teniendo una idea bastante sólida de cómo actúa la homeopatía.

La crítica a la medicina basada en la evidencia y su carácter infalible, como los papas, la podéis leer en el artículo ya citado de NoGracias. Rescato los títulos de las conclusiones para repensar¹⁹:

1. La jerarquía de la evidencia propuesta por la MBE, con los meta-análisis en su ápice, es falaz
2. La jerarquía de la evidencia es engañosa
3. La jerarquía de la evidencia es, sobre todo, hoy por hoy, un instrumento comercial
4. La jerarquía de la evidencia es maleficente
5. La maleabilidad de los meta-análisis puede jugar a favor y en contra
6. En el término medio no está la virtud sino en el término complejo

¿Otra manera de tomar decisiones en salud es posible?

Parece que sí, después de presentar la ponencia de la que sale este artículo, una vez más la UE ha puesto coto a la tendencia al autoritarismo de la administración española y, en lo que la prensa suele calificar de varapalo, ha rechazado la petición del Gobierno sobre la homeopatía .

EL REY ESTÁ DESNUDO: La expulsión de peter gøtzsche de La cochrane

Parece que a Peter Gøtzsche su atrevimiento al decir "el rey está desnudo", con su crítica al informe sobre la vacuna del papiloma virus publicado por la Cochrane, le ha costado una purga científica que le expulsa del grupo que él mismo creó junto a otras personas críticas. (ver www.nogracias.eu)

APRENDIZAJES Y PROPUESTAS DESDE EL FEMINISMO para no morir en el intento

El feminismo desenmascara el poder, un poder que puede nombrar y hacer normas. La crítica feminista a la ciencia cuestiona la tan traída y llevada "objetividad" quien investiga y pone sobre la mesa que la subjetividad no solo existe, sino que además es inevitable; reconocerla nos aporta otra visión de las investigaciones.

Celia Amorós en Mujeres, ciencia y práctica política expresa la realidad que encontraban en el ámbito académico:

"La ciencia es un modelo de conocimiento y análisis de una realidad que deseamos transformar porque vivimos en ella y no nos gusta... la ciencia puede ser progresista y transformadora o retrógrada y reaccionaria. Por ello en muchos casos nos sentimos atacadas por ella, aun cuando se presenta aséptica y neutral, pero sin voluntad de avance, sino, al contrario, como soporte de una situación de hecho" (en Belén Nogueira, pg 128)

Con el feminismo he aprendido que las personas, todas nosotras, con diversidad cognitiva, emocional, intelectual, física, etc. hemos pasado por el cuerpo muchas de nuestras experiencias con el sistema sanitario y cuando hemos vivido más cerca del "rol enfermedad" en este continuum de salud-enfermedad, sabemos lo que nos conviene la mayor parte de las veces. Somos expertas en nuestra salud.

No todo lo que guía mi práctica clínica y mi acompañamien-

CAMPAÑA CONTRA LAS

to a los y las pacientes que atiendo desde hace 25 años es solo la buena medicina basada en buenas pruebas. Ni mucho menos. Una de las cosas que me enseñaron durante la residencia mis compañeras médicas y enfermeras y los y las pacientes, es que hay que escuchar con las orejas y la mente abiertas. El estudio de la homeopatía me ha hecho mucho más fina en esta escucha.

Muchos de los efectos secundarios escritos con letra pequeña en los prospectos de los medicamentos los he conocido por escuchar decir a una paciente: "pues a mí esto no me sienta bien y me pasa...". Por eso no entiendo que se trate a los y las pacientes como idiotas cuando deciden intentar curarse o mejorar de otras maneras diferentes a las de la ciencia oficial, a pesar de tener buenas experiencias.

ALGUNAS APORTACIONES PARA EL FUTURO

Deberíamos:

- Entender la ciencia como un producto social y cultural, situado en su contexto completo y no pensar en los resultados de los estudios sobre tratamientos como en dogmas de fe.

- Reflexionar sobre las similitudes entre cómo opera el androcentrismo en la vida de las mujeres, en tanto paradigma dominante, y cómo está operando la crítica feroz a otras maneras de ejercer la medicina y la terapéutica farmacológica no convencional de una manera parecida.
- Situar la relación entre conocimiento y poder y más concretamente entre conocimiento científico y poder político y económico.

"Lo que es común a esas diversas propuestas de la epistemología feminista es la idea de que una politización de la praxis intelectual desde una perspectiva emancipatoria no está en contradicción con el conocimiento científico. Estas propuestas siguen constituyendo uno de los pocos proyectos que todavía plantean, en un sentido utópico, la pregunta política de qué es lo que hay que conocer, para quién y para qué hay que hacerlo". Belen Nogueira

REFERENCIAS

- https://www.eldiario.es/ciencia/uso-productos-homeopaticos-puede-matar_0_103589859.html
- https://www.eldiario.es/responde/criticos-homeopatia-eldiarioes_6_652744782.html
- https://www.cgcom.es/observatorio_omc_pseudociencias_intrusismo
- Tomado de "Asociación "El Defensor del Paciente"
- <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2698041>
- https://www.eldiario.es/sociedad/industria_farmaceutica-transparencia-conflictos_de_intereses_0_814368806.html
- <https://civio.es/medicamentalia/2018/10/10/conflictos-intereses-medicos-farmaceuticas-josep-baselga/>
- https://www.eldiario.es/sociedad/medicos-recibieron-euros-sola-farmaceutica_0_823117953.html
- Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los diputados. 7 de septiembre Núm 304-1
- Does use of alternative medicine predict survival from cancer?" European Journal of Cancer, 39(3), 372-7).
- Use of non-conventional medicine two years after cancer diagnosis in France: evidence from the VICAN survey." J Cancer Surviv. 2017 Aug;11(4):421-430. doi: 10.1007/s11764-017-0599-y. Epub 2017 Feb 1.
- Additive homeopathy in cancer patients: Retrospective survival data from a homeopathic outpatient unit at the Medical University of Vienna." Complement Ther Med. 2014 Apr;22(2):320-32. doi: 10.1016/j.ctim.2013.12.014. Epub 2014 Jan 8.
- Comentarios al Informe de Podemos Ciencia sobre pseudoterapias – A.N.H. 17/07/2017
- (Adverse effects of homeopathy: asystematic review of published case reports and case series. Int J Clin Pract. 2012 Dec;66(12):1178-88)
- Comentarios al Informe de Podemos Ciencia sobre pseudoterapias – A.N.H. 17/07/2017
- <http://www.expansion.com/empresas/2016/07/01/57757477268e3ef94e8b463a.html>
- <https://elrincondesisifo.org/2018/04/30/el-ruinoso-negocio-de-curar-a-los-pacientes/>
- <https://www.aimfa.es/top-10-companias-farmaceuticas-2018-nivel-mundial/>
- <http://www.nogracias.eu/2018/08/22/dios-no-existe-tomar-decisiones-clinicas-solo-basandonos-las-conclusiones-los-meta-analisis-absolutamente-pseudocientifico-abel-novoa/>
- <https://www.dsalud.com/reportaje/luc-montagnier-el-adn-transmite-electromagneticamente-informacion-al-agua/>
- <https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/201605/10/montagnier-premio-nobel-medicina-201605100729.html>
- <https://blog.femh.org/2017/08/10/informe-australiano-sobre-la-homeopatia-analisis-del-informe-por-el-instituto-de-investigacion-en-homeopatia/>
- <https://nhmrc.gov.au/>
- <https://www.nature.com/articles/s41598-018-31971-9>
- <https://bmccomplementaltermmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6882-12-191>
- http://www.lmhi.org/downloads/nvp/Supplement_2017_Nov.pdf
- <http://www.ijrh.org> on Monday, April 2, 2018, IP: 79.150.221.175]
- <http://diario16.com/varapalo-espana-la-comision-europea-rechaza-la-peticion-del-gobierno-espanol-homeopatia/>

MENSTRUACIÓN: Las reglas de La 4ª ola feminista



La revolución roja: menstruación consciente desde Los feminismos

Irene Aterido

Sexóloga y Activista

info@meduelelaregla.com

Es 2018, se publica "Yo Menstrúo", el segundo libro de Erika Irusta sobre menstruación consciente, y ninguna de sus lectoras se acuerda ya de que ella fue doula y co-escribió un libro sobre maternidad. Entre 2010 y 2018, Irusta pasa de sanadora de la sexualidad femenina sagrada, escribiendo en El Blog Alternativo, a tener una comunidad online de pago de 2000 mujeres que están de media 18 meses suscritas, y a tener millones de visitas a su vídeo en Playground sobre su despertar como pedagoga menstrual (<https://www.youtube.com/watch?v=yjEdabMgbtl>).

¿cómo llega a ello?

Extracto algunos hitos de su camino (y el nuestro) como activistas menstruales que creo interesantes:

- 1998 el ciberfeminismo es la corriente de moda en redes, valga la redundancia.
- 1998 la Dra O'Connell cartografía con resonancia magnética el complejo clítoris-útero-vaginal y en los años posteriores (2005) Foldès, Buisson, y otros científicos-activistas contra la mutilación genital femenina, desmontan, mal que les pese a algunos sexólogos y ginecólogos, el orgasmo vaginal y el punto G. La Dra. Northrup publica *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*.
- 2001 Joana Vasconcelos expone su *A noiva (la novia)*, un candelabro realizado con 25.000 tampones.

- Casilda Rodrigáñez va publicando sus libros entre la antropología, el feminismo radical y la literatura consoladora o de combate. Alexandra Pope hace talleres en España.
- 2006 Joanna Gröning comienza a guardar facturas de productos de higiene menstrual como forma de activismo.
- 2007 Isa Sanz trabaja la serie de fotografías menstruales Alquimia. También comienza la andadura de la estudiosa del útero Mónica Felipe-Larralde (conocida por su blog Estudios sobre el útero y, especialmente, por su relajación del útero basada en la autógena de Schulz).
- 2009 Luna Miguel comienza a hablar de la menstruación en poesía y publica un libro <http://lunamiguel.blogspot.com/2009/01/>
- 2010. Despega el blog sobre menstruación de Erika Irusta El Camino Rubí (la vuelta a la casa de las mujeres), muy influido al principio por Luisa Muraro y Maureen Murdock.
- Llega a España el activismo menstrual: citan El Blog Alternativo en el artículo de la revista Mujer de hoy: "El fin de la regla ¿Es "alternativo" defender la menstruación?"
- 2012 Anna Salvia Ribera publica Viaje al ciclo menstrual. Miranda Gray publica su sitio web de bendición del útero, también en español.
- 2013 Erika Irusta publica Cartas desde mi cuarto en e-book. Activismo menstrual en Twitter, Flickr y Tumblr. Acciones callejeras de grupos de personas con bragas manchadas de regla en paradas de autobús durante las manifestaciones del 8 de marzo en Madrid. Parte de ellas se convierten en @sangrefucsia, magazine cultural feminista de radio. El DSM-V recoge en trastornos depresivos el "síndrome de disforia premenstrual" o TDPM para poder medicarlo con antidepresivos..
- 2013 Sophia Style lanza su curso online "El Viaje de la Mujer Cíclica" tras años como facilitadora de tiendas rojas (MoonMother). En Suecia es "el año de la menstruación" en palabras de la Menstruation Research Society. En España Ruth Madrigal desarrolla sus piezas de artes vivas Elixir of life con investigación en torno a la sangre menstrual y performance.
- 2014 Primer curso de ciclo menstrual online de la red-CAPS (presencial desde 2005). Despega el activismo en Twitter de afectadas por circunstancias de salud hormonal (AKA pacientes): endometriosis, miomas, trastorno disfórico premenstrual, amenorrea, síndrome de ovarios poliquísticos... las pacientes y las im-pacientes están generando conoci-



miento situado desde grupos secretos ajenos al ojo de Google pero sobre todo atreviéndose a hablar en público. Judy Chicago y su Red Flag son redescubiertas en 1991 y de nuevo en 2014 en entrevistas y medios.

- 2014/15 En Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Canadá comienza la lucha contra el tampon tax, liderada en España por las periodistas Celia Blanco y Cristina Mitre (2016).

- 2016 surge en México el proyecto Vulvasapiens y, en España, Me duele la regla. Sale al

mercado la comunidad online Soy1Soy4 de Erika Irusta y presenta su primer libro, Diario de un cuerpo, en olor de multitud. Rupi Kaur publica un poema visual sobre la sangre de regla y al ser censurada en Instagram provoca en virtud del efecto Streisand que su libro de poesía sea un bestseller mundial. Carne Cruda, magazine sociocultural de la intelligentsia española post-15M, dedica un programa a la menstruación: Luna Miguel, Erika Irusta... Fu Yuan Hui, nadadora olímpica, muestra y habla sobre su dismenorrea intensa en la final de natación de los juegos de verano.

- 2017 el magazine L'Equipe publica un artículo en portada sobre las reglas, las deportistas "hablan sobre el último tabú". Carla Trepata arma un directorio de terapeutas menstruales holísticas.
- 2018 Instagram asiste al florecimiento de cuentas sobre empoderamiento de las vulvas-vaginas (auto-coñocimiento) y cuentas de activismo menstrual y sobre arte menstrual, uterino, bodypositive que son poco menos que infinitas... la bendición del útero de Miranda Gray congrega virtualmente a 200000 personas menstruantes en octubre... Cosmopolitan habla de las activistas menstruales...
- 2019... continuará...

alGo se mueve

EL MOVIMIENTO MENSTRUAL

(#periodmovement, #periodpositive #menstruacionconsciente....) quiere romper el tabú de la menstruación. En el mundo anglosajón bebe de fuentes como Alexandra Pope, Christiane Northrup y Miranda Gray, todas ellas relativamente jóvenes cuando se empezaron a ocupar del tema. Amalgama corrientes ecofeministas, orgánicas, zerowaste, tántricas, sabiduría ancestral o indígena, conocimiento sexológico, psicología new age y hasta coaching y PNL.

El paradigma del activismo menstrual post segundo mile-

no es una revista online como "The rag" o Reglafanzine, que pretende hablar públicamente y de una manera interseccional, feminista e informada sobre el "orgullo menstrual".

Las artistas menstruales son incontables; beben de las fuentes de los happenings y arte corporal de los 60-70, de Judy Chicago, empleando la sangre menstrual como objeto, referente y cuerpo artístico: Eva Entropía, Stephanie Rose Freeman, Zinta...

Caso aparte son las historietistas y humoristas como Escarolota, Lola Vendetta, Sarah Scribbles y muchas otras que, desde el humor y la ironía, visibilizan los asuntos menstruales aunque casi siempre los negativos.

Se problematiza a escala masiva la publicidad de tampones y compresas. Se graba el glorioso Me huele el chichi a canela de Marta Serrano en respuesta a Evax, de Procter&Gamble.

Desde 2010 empezamos a hablar de cuerpos menstruantes frente a mujeres con la menstruación. GinePunk Lab realiza talleres de ginecología autogestiva en Madrid para lograr auto-citologías en laboratorios domésticos. El do it yourself (hazlo tú misma) reemplaza al selfhelp, Anabel Carabantes y muchas otras matronas y terapeutas sostienen la estela de la autoexploración de los 70-80 con sus talleres donde mujeres y personas no binarias se examinan en grupo el cuello del útero. Los círculos de mujeres facilitados por una educadora menstrual son la primera referencia feminista para muchas mujeres cis y heterosexuales. Son la primera experiencia entre pares de compartir experiencias y saberes sobre sus cuerpos, sexualidad y genitalidad. Las personas socializadas como mujeres acceden al feminismo cada vez más a través de las redes: donde el denominado feminismo interseccional/ transfeminista y, sobre todo, el feminismo radical, florecen.

Las primeras copas menstruales en España, como la Mooncup, se venden en herbolarios y en círculos de mujeres, tuppersex bastante alternativos, ecologistas, naturistas. Las usuarias de copa menstrual de 2005-2010 somos vistas como unas hippies: ¿Qué es eso de mancharse los dedos con sangre menstrual? Diez años más tarde, el auge del discurso público en torno a la menstruación permite el aumento de la demanda a lo largo y ancho del Estado. No hay una comunidad autónoma sin su copa, aunque las materias primas y procesos de fabricación no siempre se producen aquí, y no todas las marcas cuyo lema comercial (claim) es "eco", "saludable", "orgánico" y "(pro)feminista" emplean condiciones laborales dignas y materiales inocuos para la salud de trabajadoras y clientas. Con todo, casi cada país tiene sus copas menstruales de referencia.



El movimiento de las "tiendas rojas" y facilitadoras del "sa(n)grado femenino" siempre había ido en paralelo al de la sociedad androcéntrica. Se trata de un conglomerado de artesanas textiles de compresas, talibanas de la teta (como jocosamente denomina una amiga a los grupos de lactancia prolongada en los que se incluye) y círculos reducidos de "enteradas" básicamente ecologistas y de movimientos sociales alternativos. Las terapeutas menstruales energéticas, holísticas,

espirituales, de sexualidad femenina sagrada y enfoques naturalistas procuran un cierto empoderamiento de las mujeres que acuden a sus círculos a costa de emplear un feminismo esencialista, apelando al retorno a una "feminidad natural".

SOBRE LA SALUD MENSTRUAL

Con el movimiento pro-cultura menstrual se resignifican los procesos fisiológicos culturalmente estigmatizados y, por tanto, invisibilizados en el discurso público. Las fisioterapeutas de suelo pélvico y matronas saben mucho del oscurantismo y secretismo con que se viven la defecación, micción y problemas circundantes a estos procesos naturales; y las sexólogas sabemos otro tanto sobre el tabú y la represión ejercidos sobre la conexión entre emociones, fisiología y genitalidad. La ocultación del SST (síndrome de shock tóxico producido por las compresas y tampones) durante décadas y el intento de la industria de demonizar las copas menstruales por un solo caso de shock tóxico ocurrido, ahora que los impuestos sobre las copas, compresas y tampones se ven reducidos (octubre de 2018 en España) es un capítulo más. Estos años empieza a formar parte del acervo de matronas, sexólogas y terapeutas menstruales la conexión útero-placer señalada por Rodrigáñez y Felipe Larralde y probada por neurólogos concienciados como Komisaruk; las ramificaciones nerviosas que permiten el clímax dinámico estimulando el complejo clítoris-útero-vulva quedan acreditadas. Falta camino por recorrer para que la medicina oficial reconozca los efectos adversos de los LEETZ (conizaciones cervicales) y del DIU en algunos casos, que pueden provocar dispareunia (dolor en el coito) y neuropatías en la región lumbosacra. Frases del activismo menstrual como: "no estoy mala, estoy menstruando", "ave vagina", "menstruar en esta sociedad duele", "la procesión del santísimo coño" (y su airada contrarreacción ultracatólica o "cristofascista", como diría el fallecido Shangay Lily) y "el dolor de regla no es normal" (buque insignia de las activistas por los derechos en salud de las personas con endometriosis/adenomiosis) empiezan a calar en capas más amplias de adolescentes, jóvenes y mujeres. Cada vez

menos mujeres se creen el discurso ginecológico oficial de la supresión de la ovulación y la prescripción sin ton ni son de píldoras anovulatorias, brecha abierta en el entorno sanitario por muchas "pacientes impacientes" anónimas y con el aval de figuras como las doctoras Carme Valls y Enriqueta Barranco. Las consultas y publicaciones en redes sociales se llenan de mujeres quejándose de los efectos secundarios de la píldora. La píldora anticonceptiva, que fue revolucionaria y feminista para independizar el coito y el placer sexual de la procreación obligatoria empieza a ser observada con un gran recelo por capas crecientes de la población femenina, las cuales comienzan a dar crédito a sus propios ojos (y menos al profesional sanitario/a que se las receta como si fueran caramelos). La otra novedad (aparente) de estos últimos veinte años en salud es que también los hombres menstrúan. Más concretamente, los chicos y hombres transgénero y transexuales quienes, tradicionalmente, habían sido invisibles o directamente discriminados en la atención endocrino-ginecológica. Digo discriminados ya que sus opciones de tratamiento hormonal no disponen de apenas evidencia sobre efectos secundarios y/o adversos a largo plazo en su salud menstrual. Gracias al trabajo de profesionales sanitarias comprometidas de la mano de activistas se ha logrado, por ejemplo, en Cataluña, modelos de atención integral de la salud trans, que también es menstrual: The period prince, Toni the tampon, Cori Louis Eli Smith son algunos hombres que menstrúan fuera del armario (Instagram)...

Empezamos a reapropiarnos de nuestros cuerpos menstruantes cuando nombramos las partes y los momentos vitales con la terminología apropiada. Sustituimos "chocho, chichi, chumi, figa, coño..." por "vulva", "clítoris" y "vagina". Los coños de las transexuales vamos sabiendo que son neovaginas que requieren cuidados especiales aunque a) no menstrúen ni b) sean fértiles (las dos grandes condiciones de la atención ginecológica sanitaria convencional). Pasar de conductos y glándulas de Skene o de Bartolino a glándulas vestibulares mayores y lubricantes.

Que la salud menstrual se conecta con el resto del cuerpo, ya lo sabían las medicinas no convencionales, holísticas: la microbiota vaginal y el cuello del útero necesitan una ausencia de violencia de género, sin productos agresivos para las mucosas, relaciones sexuales deseadas (no consentidas), una salud intestinal y emocional, una anticoncepción no agresiva. Confort vaginal, con la vagina despierta y lubricada, no tensa, seca ni dormida, es imprescindible para la salud menstrual, con o sin



menstruación. Y es que la menopausia es ahora plenopausia y ya Anna Freixas, Juana Ginzo, Valérie Tasso y otras enormes autoras empiezan a hablar de su sexualidad vieja y gozosa, con o sin abanico, frente a los foros de siempre, financiados por empresas sanitarias ("menopausia clínica como enfermedad").

En un contexto en el que la fertilidad cae en picado por la mala salud medioambiental, apostar por la salud menstrual es un reto. La pedagogía que desde las consultas feministas podemos hacer es

muchísima y es un trabajo que tiene sus frutos toda la vida reproductiva y posterior de la mujer.

Investigación

Se empieza a investigar por parte del activismo ecofeminista los productos de recogida de la sangre menstrual (estudio Chemfatale, entre otros) y, por primera vez se estudia en el Estado español, en 2016-17, (y por la técnica empleada, la copa menstrual, por primera vez a nivel internacional) la sangre menstrual en el estudio de las doctoras Barranco y Ocón de la Universidad de Granada.

Las apps menstruales están generando más conocimiento acumulado en 5 años que todos los papers, las consultas ginecológicas y los autorregistros o diagramas menstruales. ClueApp (Alemania, ciclo menstrual y anticoncepción) y PHENDO (Nueva York, endometriosis) son dos estudios académicos longitudinales recabando diariamente datos vía móvil de miles de mujeres y hombres trans de todo el mundo. Las posibilidades epidemiológicas y de conocimiento del ciclo ovárico podrían ser enormes. Nunca antes la ciencia tenía acceso a las variaciones geográficas y etarias, y tenido en cuenta tal variedad de síntomas de esa cantidad de personas en estudios de ciclo menstrual. Aunque no debemos descuidar la preocupación por la confidencialidad de este big data de datos menstruales. Desde luego hay muchas sombras sobre las pantallas de móvil y los datos médicos.

Coda: mientras tanto, en el sur global, las niñas dejan de ir a la escuela cuando empiezan a menstruar. No tan lejos de ti que lees esto, hay chavalas que no pueden sufragarse las compresas o tampones. Los tampones son caros y un nuevo/ viejo concepto se abre paso en las noticias: la pobreza menstrual o period poverty, por lo que se insta un 28 de mayo el día de la higiene menstrual para que el tabú deje de ser tal y el acceso en equidad sea una realidad incluso en las emergencias humanitarias. Aún queda mucho para que logremos este derecho humano a la salud menstrual.



fisiopatología del ciclo menstrual para profanas

Carme Valls Llobet

Médica endocrina

Especialista en morbilidad diferencial

Introducción

La presencia de una hemorragia que se presentaba casi cada mes con regularidad fue uno de los primeros fenómenos cíclicos que pudieron observar las mujeres y los hombres desde 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 niño a los 9 meses. Lo que sí sabemos con certeza es que el sangrado menstrual permaneció oculto e innominado en muchas culturas. Tabú entre muchos pueblos, servía de excusa para castigar a las mujeres y para imponerles gran número de prohibiciones, como la que las obligaba a alejarse de su casa con la falacia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado.

De hecho, la mayoría de las mujeres, hasta mediados del siglo XX, quedaban embarazadas desde la primera menstruación, en la adolescencia, y casi no volvían a tener la menstruación durante su vida reproductiva porque siempre estaban embarazadas o en período de lactancia. Debido a este hecho sólo debían presentar 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 veinte años. También fue un tabú en la comunicación entre madres e hijas. Madres que veían en la presencia de la menstruación de sus hijas una mala noticia, ya que se convertían en mujeres con 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. Era preciso ocultarla y, para ello, no nombrarla nunca, despreciarla y controlarla, tanto por parte de la familia como, actualmente, de los expertos.

La medicina ha reproducido los estereotipos y, salvo determinadas excepciones, la fisiopatología de la menstruación se ha estudiado muy poco en las ciencias de la salud, dejándola exclusivamente a los especialistas de 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 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 establecer la correlación con trastornos endocrinos, o con deficiencias en la nutrición.

La medicina inicia su estudio científico a mediados del siglo XX

La ciencia médica ha ignorado el estudio de la menstruación y sólo 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 cuales son las características normales del ciclo menstrual. De hecho han sido las investigaciones realizadas en Suecia y Dinamarca las que han dado las pautas de normalidad, y se iniciaron a finales del siglo XX.

¿qué podemos considerar un ciclo menstrual normal?

- El ciclo menstrual normal oscila con una menstruación cada 26 a 32 días, aproximadamente un ciclo lunar que es de 28 días.
- La duración es de un día con fuerte pérdida y dos o tres días más con pérdidas menores.
- La cantidad máxima de pérdida debería ser de unos 100 cc, como máximo, la cantidad de una copa de vino, aunque es difícil apreciar la pérdida de forma subjetiva porque muchas personas perciben la mayor o menor intensidad comparándose con las pérdidas de su madre, hermanas o amigas.

- La menstruación no debe producir dolor y en todo caso una ligera molestia.
- No debe ser precedida de síntomas ni 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, o de 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 o 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 varían cada día 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 al 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 2 o 3 Kilos de peso antes de la menstruación.

También se producen incrementos de neurotransmisores cerebrales, desde el momento de la ovulación, de Adrenalina y Noradrenalina central y periférica, y de Beta endorfinas que están elevadas hasta tres días antes de la menstruación. Estas variaciones en condiciones normales deberían ser casi imperceptibles pero, según los niveles, pueden causar cambios en el estado de ánimo y en el humor.

ESTADO DE ANIMO Y HUMOR

	Menstrual 1- 5	Folicular 6-12	Ovulatoria 13-15	Luteal 16-23	Premenstrual 25-28
Ansiedad	Aumentando	Aumentando	Alta	Aumentando	Baja
Irritabilidad/tensión	Disminuyendo	Baja	Baja	Baja	Alta
Hostilidad	Disminuyendo	Baja	Baja	Baja	Aumenta
Depresión	Insuficiente Información	Baja	Baja	Insuficiente Información	Insuficiente Información
Libido	Baja	Aumenta	Aumenta Autosexualidad	Bajando	Aumenta

Dra. C. Valli-Llobet

SENSIBILIDAD de los SENTIDOS

	Menstrual 1- 5	Folicular 6-12	Ovulatoria 13-15	Luteal 16-23	Premenstrual 25-28
VISIÓN	Aumentando	Aumentando	Alta	Bajando	Baja
AUDICION	Aumentando	Aumentando	Alta	Baja	Aumentando
TACTO	Aumentando	Alto	Alto	Bajo	Aumentando
OLFATO	Alto	Aumentando	Alto	Aumentando	Aumentando

Dra. C. Valli-Llobet

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 receptores de serotonina, y el de la progesterona natural sobre los receptores Gaba, han demostrado que los cambios de humor y 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 en estimularlo y tonificarlo (efecto antidepressivo), y la progesterona natural tiene un efecto armonizador estimulando la sedación y el sueño, y colaborando en eliminar el exceso de líquidos, de irritabilidad y la tensión nerviosa. Si no hay alteraciones, se puede sentir un ligero incremento

de ansiedad entre los días 16 al 23 del ciclo, y un incremento de irritabilidad, tensión nerviosa, y 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 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 pasan desapercibidos para las mujeres y para los mismos profesionales, porque se han empezado a investigar en los últimos veinte años.

Otras variaciones

También existen variaciones en la agudeza de los órganos de los sentidos con un incremento de la sensibilidad de la visión, audición y 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, 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. También el exceso de estrógenos

tiene relación con la presencia de las migrañas, cefaleas muy intensas que afectan a la mitad de la cabeza y que se presentan dos días antes o durante la menstruación.

cicla todo el cuerpo

Todos los sistemas metabólicos están afectados por el ciclo menstrual, desde el metabolismo de lípidos, prótidos y glúcidos, hasta las células de la córnea. El estudio de la fisiología del ciclo y de sus efectos en la capacidad pulmonar, función digestiva, función excretora renal y otros sistemas ha permitido entender la fisiopatología de muchos trastornos y estudiar posibles tratamientos.

Incluso el estrés puede alterar el ciclo menstrual: tanto la oligomenorrea (menstruaciones escasas que se presentan cada mes y medio o cada dos o tres) como las metrorragias (menstruaciones muy abundantes) son alteraciones que, en las edades jóvenes, se pueden considerar un indicador de situaciones de estrés. Se producen directamente por acción de los neurotransmisores en la secreción de gonadotropinas hipofisarias, como por el efecto del estrés en la hipersecreción de prolactina. Las personas que trabajan en turnos de noche o que deben cambiar de huso horario por su trabajo, pilotos o azafatas de vuelo o barcos, por ejemplo, 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.

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 glándulas endocrinas. Alteraciones congénitas de las glándulas suprarrenales que producen vello (hirsutismo) en la barba o en la línea media en las mujeres, también alteran la

CAMBIOS NEUROENDOCRINOS

	Menstrual 1-5	Folicular 6-12	Ovulatoria 13-15	Luteal 16-23	Premenstrual 25-28
Estrógenos	Bajos	Aumentan	Caída	Aumentan	Caída rápida
Progesterona	Baja	Baja	Empieza a aumentar	Aumenta hasta un pico	Caída rápida
LH. H.Luteinizante	Aumenta	Baja	Pico elevado	Baja	Aumenta
FSH. Foliculoestimulante	Aumentada	Baja	Pico elevado	Baja	Aumentada
Androstendiona	Baja	Aumenta	Aumenta	Bajando	Baja

Dra. C. Valls-Llobet

CAMBIOS NEUROENDOCRINOS

	Menstrual 1-5	Folicular 6-12	Ovulatoria 13-15	Luteal 16-23	Premenstrual 25-28
Testosterona	Baja	Aumentan	Aumentada	Bajando	Baja
Prolactina	Baja	Aumentando	Pico	Caída	Aumento
Renina	Baja	Baja	Aumentando	Forma un pico	Baja
Angiotensina	Baja	Baja	Aumentando	Aumentada	Baja
Aldosterona	Baja	Baja	Baja	Aumenta hasta pico	Aumenta y caída

Dra. C. Valls-Llobet

armonía del ciclo, y también lo hace el síndrome del ovario poliquístico, en que sólo el ovario está afectado. Pero las enfermedades hepáticas, renales, o las infecciones crónicas y las enfermedades auto inmunes también alteran el ciclo.

La disminución de peso afecta directamente la secreción de gonadotropinas hipofisarias. La pérdida de 2 Kg ya produce en el ciclo menstrual del mes siguiente una disminución de la fase luteínica (aquella en que, durante la segunda fase del ciclo, se desarrolla el cuerpo amarillo o lúteo que segrega progesterona), y si se sigue perdiendo peso por debajo del Índice de Masa corporal deseable, desaparece primero la ovulación y posteriormente la menstruación. De hecho es lo que se presenta en la Anorexia Nerviosa.

En los últimos 20 años se ha comprobado un incremento de la presencia de Endometriosis, enfermedad en la que el tejido del endometrio aparece fuera del útero, 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 agua, aire y alimentos, y también tiene como posible origen el estrés crónico, ya que se ha presentado entre médicas que han hecho la especialidad como residentes, que han de hacer guardias cada dos o tres días, por ejemplo.

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 y 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.



EL PODER DEL SESGO DE GÉNERO EN SALUD. investigadoras censuradas

Jerilynn C. Prior BA, MD,
FRCPC for the Centre for Menstrual Cycle and
Ovulation Research, www.cemcor.ca

Un periodo de gran activismo sobre aspectos de la salud reproductiva de las mujeres ha dado la vuelta al mundo; ha salido incluso en portada del Newsweek en 2016 y en un artículo destacado¹.

Este movimiento popular sobre la salud de las mujeres, se ha vuelto viral en la mayoría de los países del mundo en los últimos cinco años. Las mujeres exigen cada vez más compresas y tampones gratuitos, denominados eufemísticamente “productos sanitarios”, o al menos la derogación de los impuestos de lujo sobre ellos. Sin embargo, a pesar de esta larga lucha por la aceptación de la menstruación como algo natural y normal, la ciencia médica y las instituciones que la apoyan, desde gobiernos hasta fundaciones privadas, universidades e institutos de investigación, compañías editoriales y farmacéuticas y editores de revistas, continúan devaluando, trivializando y, de hecho, censurando el conocimiento fisiológico innovador derivado de la nueva investigación en salud reproductiva de las mujeres.

Lo que sigue, es el relato de lo ocurrido a dos estudios que modifican algunos conceptos sobre la reproducción de las mujeres, y que han sido sistemáticamente rechazados por los editores de las cinco principales revistas médicas generales del mundo; además, fueron rechazados sin una revisión por pares, algo clave para garantizar la integridad de la publicación científica.

Antes de describir estos dos estudios, primero permítanme mostrarles el escenario. Soy una profesora de 75 años, de la Facultad de Medicina de la Universidad de British Columbia, titular del 22% de las cátedras de mujeres de dicha universidad. He trabajado durante décadas “Para replantear el conocimiento científico del ciclo menstrual y la ovulación en un contexto centrado en la mujer” para reafirmar la Visión del Centro para la Investigación del Ciclo Menstrual y la Ovulación (www.cemcor.ca) que fundamos en 2002.

Esta búsqueda comenzó cuando, inmediatamente después de que las mujeres comenzaran a entrenar y correr maratones

en la década de 1970, múltiples estudios supuestamente descontrolados, supuestamente no científicos, afirmaron que esta actividad física hacía que las mujeres perdieran sus períodos y desarrollaran osteoporosis. Percibí sesgo de género. ¿Qué sabíamos realmente sobre las mujeres normalmente activas y la variabilidad a largo plazo de sus ciclos menstruales y su ovulación? Casi nada.

Así que diseñé un experimento de un año en el que las mujeres reproductivamente normales con diferentes hábitos de ejercicio serían sus propios controles. Comenzó con mujeres (de 20 a 42 años) sanas, no fumadoras, con pesos normales y estables y con dos ciclos consecutivos documentados de duración normal (reflejada en los niveles de estrógeno) y ovulación y duración de la fase lútea normales (reflejadas en los niveles de progesterona).

En 66 mujeres sanas y reproductivamente maduras, este estudio, publicado como artículo principal en el *New England Journal of Medicine* en 1990 (1), no mostró prácticamente cambios ni en la duración del ciclo ni en el nivel de estrógenos. En cambio, encontramos una inesperada variabilidad en la ovulación. El 20% de todas las mujeres tenían al menos un ciclo anovulatorio (niveles bajos de progesterona) y el 42% tenía más de 2 ciclos con longitudes cortas de fase lútea (menos producción de progesterona). Ya sea que entrenaran y corrieran maratones o solo pasearan al perro, no había diferencias en las personas con trastornos ovulatorios silenciosos (anovulación y corta duración de las fases lúteas en ciclos regulares) y el cambio óseo tampoco dependía del tipo de actividad física.

Los dos nuevos estudios que se presentan aquí tienen varias características en común: 1) ambos mostraron datos relevantes para la reproducción de las mujeres en cohortes de mujeres de base poblacional; 2) fueron financiados por subvenciones nacionales de investigación en salud altamente competitivas (en ambos casos, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud [CIHR]); 3) mostraron un fenómeno fisiológico que no se había demostrado previamente en los datos de población aleatoria; 4) todos fueron enviados de manera sistemática y secuencial a cinco revistas de medi-

¹ <https://www.newsweek.com/2016/04/29/womens-periods-menstruation-tampons-pads-449833.html>

cina general de alto impacto; 5) los primeros y últimos autores (senior) eran mujeres; 6) y fueron rechazados por un editor sin revisión por pares.

Las revistas a las que enviamos y sus factores de impacto (IF) fueron: British Medical Journal (BMJ, IF 23.56); Canadian Medical Association Journal (CMAJ, IF 6.8); Lanceta (IF 53.25); Journal American Medical Association (JAMA, IF 47.66); y New England Journal of Medicine (NEJM, IF 79.26). Todas de acceso abierto; ninguna, excepto CMAJ, requirió pago para publicar (\$ Can 3.000).

ESTUDIO UNO: prevalencia de la ovulación en ciclos regulares de longitud normal

El primero de los dos estudios examinó la frecuencia de la ovulación en un solo ciclo menstrual aleatorio de longitud normal en mujeres premenopáusicas, en una muestra de población noruega (2). Como ya habíamos demostrado que los cambios en las características ovulatorias de los ciclos regulares eran comunes en mujeres sanas (más bien delgadas y muy evaluadas en la "cohorte de ovulación prospectiva" (1)), necesitábamos entender la prevalencia en la población general. En colaboración con científicos de Trondheim, Noruega, solicitamos y finalmente recibimos una subvención de CIHR para medir los niveles de progesterona y estradiol; el resto del apoyo nos lo proporcionó Noruega (3).

Antes de que las mujeres acudieran a una visita clínica programada, les preguntamos si eran menopáusicas (excluidas), si usaban anticonceptivos hormonales (excluidas) y si sus ciclos eran irregulares (excluidas). Si tenían ciclos regulares, preguntamos cuántos días duraba su ciclo habitual y la fecha en que comenzó su último flujo. En la primera visita, les medimos el estradiol y la progesterona. Se extrajeron muestras de sangre a partir del día 14 del ciclo, y máximo hasta tres días antes de la próxima menstruación esperada. Y evaluamos la ovulación en base a los niveles de progesterona sérica (un valor de ≥ 9.54 nmol / L indicó un ciclo ovulatorio) (4).

Este estudio de prevalencia de ovulación tuvo una tasa de participación general del 52% y más de 3.700 mujeres fueron examinadas; la ovulación se evaluó en 3.168 mujeres con ciclos regulares de duración normal que tenían entre 20 y 49,9 años. La edad media de las mujeres fue de 42 años, el índice de masa corporal (IMC) 26 y el 96% de ellas había gestado un hijo. De las que se tomaron muestras en la última parte del ciclo, el 37% tenía un nivel de progesterona más bajo que el umbral de ovulación.

Encontramos que las mujeres con o sin ovulación eran similares en edad, IMC, día del ciclo, edad de la menarquia, tabaquismo, obesidad, actividad física y salud autopercebida. Por lo tanto, este estudio mostró, por primera vez, que los trastornos ovulatorios (que podrían ser anovulación real o una fase lútea corta) eran comunes y clínicamente silentes en los ciclos menstruales predecibles de longitud normal de la población general (3).

Comenzamos a enviar este manuscrito en diciembre de 2013 enviándolo a JAMA, que lo rechazó de inmediato con el comen-

invisibles para La ciencia



Carme Valls Llobet

Cuando hace veinte años iniciamos los seminarios de la Redcaps, con el deseo de hacer visible la mayor información científica posible sobre la ciencia de la diferencia, no podíamos ni

imaginar los escasos avances que realizaría la denominada ciencia oficial. Veinte años después, la perspectiva de género no ha penetrado aún en las facultades de Medicina, ni en los protocolos asistenciales, ni en los objetivos de la asistencia sanitaria.

Pensamos, quizá ingenuamente, que agrupando y comunicando la nueva información que se estaba generando a partir de trabajos de investigación, y con los conocimientos que nos proporcionaron los Congresos de Mujeres y Salud que hemos ido organizando, podríamos construir el cuerpo científico de la ciencia de la diferencia. La valoración de estos veinte años es agrídulce. Constatamos que las intervenciones directas sobre el cuerpo de las mujeres, sean la vacunación del PVH o el tratamiento con prótesis, se realizan con escasa investigación. Algo tan cotidiano como la menstruación para la vida de millones de mujeres es invisible para la ciencia, ya que sólo se ha potenciado su abolición por parte de la industria farmacéutica con método anticonceptivos diversos, pero no se ha potenciado la investigación de su fisiopatología como nos relata Jeryllyn Prior en esta revista. En lugar de conocer la realidad, la medicina ha intervenido sobre ella sin conocimientos suficientes, con apresuramiento, presionada por la industria o interesada en controlar, estimular el consumo y medicalizar, pero olvidando el principio que debe guiar el trabajo de los profesionales sanitarios, "primum non nocere" (lo primero no hacer daño).

Nuestra tarea ha sido, es y será, en la medida de nuestras posibilidades, continuar denunciando las intervenciones que se hacen sobre el cuerpo de las mujeres con ciencia invisible o sesgada. El tesón y la valentía de todas y cada una de las profesionales de las redes de mujeres y salud nos animan a continuar. Y la resiliencia que las mismas mujeres están manifestando para impedir la manipulación de sus cuerpos, nos estimula a continuar investigando y denunciando la ciencia que dice buscar la verdad y se "olvida" de las mujeres y sus diferencias.

tario de que la edad media de los participantes era de 41,6 años y, por tanto, los datos no eran representativos de todas las mujeres premenopáusicas. NEJM lo rechazó "después de considerar su enfoque y contenido". Lancet decidió que "se ubicaría mejor en otro lugar". El editor de BMJ informó que "carece de relevancia directa para el cuidado o la práctica del paciente" y que "probablemente debía colocarse en una revista más especializada". Los editores de CMAJ decidieron que el "estudio no agregaba lo suficiente a lo que ya se sabe".

Estimamos que las presentaciones y rechazos de este documento requerían aproximadamente dos semanas de trabajo completo para una persona capacitada; el retraso transcurrido fue de un año completo (diciembre de 2013 a diciembre de 2014). El documento se publicó finalmente en PLOS ONE (IF 2.77) en agosto de 2015 a un costo de publicación de acceso abierto requerido de \$ US 3.000 (3).

ESTUDIO DOS: Cambios óseos en mujeres adolescentes y anticoncepción hormonal combinada

Al inicio del estudio canadiense de osteoporosis multicéntrico (CaMos, 1999) (5) con 9.423 centros y muestras aleatorias de 9.423 mujeres y hombres de 25 a 80 años, habíamos documentado la densidad mineral ósea (DMO) de la columna lumbar y del trocánter. La cual fue significativamente menor en las mujeres premenopáusicas (edades entre 25 y 49 años) que alguna vez (durante ≥ 3 meses) habían usado anticonceptivos hormonales combinados (CHC) en comparación con aquellas que nunca los habían tomado o por poco tiempo (6) (diferencias que no se modificaron tras ajustar por las variables y factores de confusión importantes para la salud ósea). Aunque ese estudio no mostró diferencias en el valor de densidad ósea por la edad en que se inició la anticoncepción hormonal (en promedio, aproximadamente 20 años), nos preguntamos si la dosis alta de niveles de etinilestradiol (5 a 20 veces más alta que los niveles fisiológicos durante las décadas en que las mujeres de este estudio habría usado anticoncepción hormonal) podría haber impedido la ganancia de densidad ósea pediátrica a niveles óseos máximos. Pues ya sabíamos que la acumulación máxima de densidad ósea implicaba un aumento del recambio óseo (7) y que el uso de anticoncepción hormonal en la adolescencia suprimía este recambio (8).

Más de 10 años después de que comenzaran las investigaciones de CaMos, empezamos a preocuparnos porque habíamos perdido una importante variable de salud ósea, la densidad ósea máxima, especialmente en los huesos de la cadera, tanto para mujeres como para hombres (9). Por lo tanto, solicitamos y finalmente obtuvimos fondos del CIHR para reclutar a 50 mujeres y 50 hombres de 16 a 24 años de cada uno de los nueve centros; seguimos los mismos métodos que para la cohorte de adultos de CaMos (10). Observamos durante dos años los cambios en la densidad ósea, el

peso, la actividad, el consumo de calcio y vitamina D y el uso de anticoncepción hormonal en mujeres adolescentes (de 16 a 19 años) y de 20 a 24 años (11).

Aunque se reclutaron 527 mujeres (tasa de participación ~ 25%), solo obtuvimos datos completos a los dos años de 307. En general, el 75% de estas mujeres más jóvenes habían usado anticoncepción hormonal durante al menos tres meses (11). Al comparar los datos de la cohorte de CaMos de adultos y jóvenes, vimos una tendencia significativa a lo largo del tiempo en las jóvenes a empezar antes el uso de anticoncepción hormonal: a los 19,8 años a mediados de los 90 (6) y a los 17,5 años en la década de 2000 (11). Además, para nuestra sorpresa, menos del 50% de las mujeres de la Cohorte Juvenil relataron que la razón principal para el primer uso de anticoncepción hormonal fuera la anticoncepción; la mayoría la recibió para dolencias adolescentes normales, como el acné y los calambres (12).

Al examinar el cambio óseo de 2 años, encontramos que las adolescentes ($n=168$) que nunca habían usado anticoncepción hormonal ($n=54$) presentaron significativamente más densidad ósea total de la cadera que las usuarias de anticoncepción hormonal, aunque los valores ajustados, aunque con tendencias similares, no alcanzaron significación estadística. Sin embargo, en las mujeres adultas jóvenes, las que utilizaron anticoncepción hormonal obtuvieron significativamente más densidad ósea del cuello femoral que las usuarias totales (11). Ninguno de estos resultados de la cohorte juvenil se asoció con la edad al inicio de la anticoncepción hormonal ni con la dosis de estradiol (11).

Interpretamos que estos datos significan que el uso de anticoncepción hormonal en las adolescentes tiene un grave e importante potencial para interferir en la adquisición de la densidad ósea máxima (11), lo cual está estrechamente relacionado con riesgo de fractura en la vida posterior (13).

En agosto de 2016, presentamos este segundo estudio a JAMA y se rechazó de inmediato sin comentarios a nivel editorial. Seguimos su sugerencia de enviarlo a JAMA Pediatrics (IF 10.77) donde se rechazó nuevamente. A continuación, lo presentamos a BMJ, quien lo rechazó sobre la base de resultados sustitutos (por ejemplo, cambio de densidad ósea en lugar de fractura). Los editores, de Lancet, sugirieron que estaría "mejor ubicado en otro sitio". Un editor adjunto de NEJM lo rechazó en un plazo de seis días, tras dos revisiones (probablemente por personal interno en lugar de por pares) que cuestionaron que el estudio tuviera el potencial adecuado y porque, afirmaron, a pesar de los datos proporcionados (9), las mujeres participantes no tenían la edad suficiente para alcanzar la máxima densidad ósea. Y fue rechazado nuevamente por un editor de CMAJ porque "el pequeño tamaño de la muestra y la baja tasa de respuesta".

Al igual que el Estudio uno, el Estudio dos se envió secuencialmente a cinco revistas médicas principales y una revista de pediatría, durante un período de más de nueve meses.

Este manuscrito finalmente fue aceptado para su publicación en la revista de acceso abierto *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions* (IF 1.65) en julio de 2017, pagamos una tarifa de procesamiento de artículos de \$ US 286.00 y estaba accesible en línea en 2018.

Conclusiones y consecuencias

Este es el relato de cómo dos estudios que brindan información importante sobre la reproducción y los huesos de las mujeres actuales han sido rechazados reiteradamente por las revistas médicas generales. Cada una de estas investigaciones tardó meses o años en financiar solicitudes, muchas semanas en aprobaciones éticas y más años en el estudio en sí. Existe la posibilidad real de que esta información nueva e importante nunca se publique, que se pierdan los costos de realizar el estudio más las horas de trabajo invertidas para obtener los fondos y apoyo administrativo necesarios para su realización. Muchas mujeres investigadoras más jóvenes y menos experimentadas, sin mentoría y pensando que habrán hecho algo mal, simplemente se hubieran rendido.

Y, dado que la publicación es necesaria para avanzar en una carrera académica o científica, estas decisiones editoriales tienen implicaciones para la equidad y el avance de las muje-

res en universidades e institutos de investigación.

La no publicación de estos dos estudios en revistas médicas generales de alto impacto y acceso abierto hace que sea poco probable que la mayoría de los médicos accedan a esta nueva información.

Además, solo las revistas de mayor nivel tienden a obtener cobertura de los resultados de sus estudios en las redes sociales y públicas. Por lo tanto, es poco probable que las mujeres tengan la oportunidad de enterarse de lo que descubrieron estos estudios. Por lo tanto, las mujeres con trastornos ovulatorios silenciosos pueden ser infértiles "sin nada malo" y afrontar los altos costos personales y financieros de las intervenciones de fertilidad sin sospechar que podrían tener trastornos ovulatorios reversibles. Además, las mujeres adolescentes con ciclos irregulares o acné, algo frecuente, pueden pedir y obtener "la píldora" y nadie hará una asociación entre esa terapia en la adolescencia y su mayor riesgo de fracturas por osteoporosis de mayor.

Estos son los altos precios, sociales y personales, que pagamos las mujeres por el sesgo de género consciente o inconsciente de la medicina.

REFERENCIAS

1. Prior JC, Vigna YM, Schechter MT, Burgess AE. Spinal bone loss and ovulatory disturbances. *New England Journal of Medicine*. 1990;323:1221-7.
2. Krokstad S, Langhammer A, Hveem K, Holmen T, Midthjell K, Stene T, et al. Cohort Profile: The HUNT Study, Norway. *Int J Epidemiol*. 2012.
3. Prior JC, Naess M, Langhammer A, Forsmo S. Ovulation Prevalence in Women with Spontaneous Normal-Length Menstrual Cycles - A Population-Based Cohort from HUNT3, Norway. *PLOS One*. 2015;10(8):e0134473.
4. Israel R, Mishell DR, Jr., Stone SC, Thorneycroft IH, Moyer DL. Single luteal phase serum progesterone assay as an indicator of ovulation. *Am J Obstet Gynecol*. 1972;112(8):1043-6.
5. Kreiger N, Tenenhouse A, Joseph L, Mackenzie MD, Poliquin S, Brown JP, et al. The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos): Background, rationale, methods. *Canadian Journal Aging*. 1999;18:376-87.
6. Prior JC, Kirkland S, Joseph L, Kreiger N, Murray TM, Hanley DA, et al. Oral contraceptive agent use and bone mineral density in premenopausal women: cross-sectional, population-based data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;165:1023-9.
7. Walsh JS, Henry YM, Fatayerji D, Eastell R. Lumbar spine peak bone mass and bone turnover in men and women: a longitudinal study. 2009;20(3):355-62.
8. Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Yoshida CK, Barlow WE. Effect of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2001;86:179-85.
9. Berger C, Goltzman D, Langsetmo L, Joseph L, Jackson S, Kreiger N, et al. Peak bone mass from longitudinal data: implications for the prevalence, pathophysiology, and diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 2010;25(9):1948-57.
10. Zhou W, Langsetmo L, Berger C, Adachi JD, Papaioannou A, Ioannidis G, et al. Normative bone mineral density z-scores for Canadians aged 16 to 24 years: the Canadian Multicenter Osteoporosis Study. *J Clin Densitom*. 2010;13(3):267-76.
11. Brajic TS, Berger C, Schlammerl K, Macdonald H, Kalyan S, Hanley DA, et al. Combined hormonal contraceptives use and bone mineral density changes in adolescent and young women in a prospective population-based Canada-wide observational study. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2018;18:227-36.
12. Prior JC, Sidhu R, Brajic TS, Kalyan S, Berger C. Combined Hormonal Contraceptives for Contraception or for Treatment- is indication related to two-year bone mineral density changes in teen and young adult women in the population-based Canadian Multicentre Osteoporosis Study? *Can J Diabetes*. 2015;39:544-5.
13. Weaver CM, Gordon CM, Janz KF, Kalkwarf HJ, Lappe JM, Lewis R, et al. The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. 2016;27(4):1281-386.

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL el sufrimiento innegable,



**Maria Jesús
Soriano Campos**
Psicóloga

El trastorno disfórico premenstrual (en adelante, TDPM) es una nueva categoría diagnóstica que aparece en el DSM-5 (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales) incluida en el epígrafe de trastornos depresivos y que tiene una prevalencia de entre un 3 y 8% de la población femenina en edad fértil .

En este artículo me gustaría dar a conocer este trastorno, sobre todo para hacer visible el sufrimiento de las mujeres y analizar la manera en que se le está dando respuesta. De nuevo se ha transformando el malestar de las mujeres en un trastorno mental y como veremos a continuación, este hecho tiene consecuencias, tanto para las mujeres que sufren el malestar como para todo el colectivo de mujeres.

La historia

La presencia de sintomatología vinculada al ciclo menstrual es considerada a nivel cultural, relativamente normal, ya que aproximadamente el 90% de las mujeres en edad fértil expresan haber sentido algún tipo de malestar ya sea físico, cognitivo o emocional .

Se ha considerado al doctor Robert J. Frank como la primera persona que ya en 1931 habla sobre lo que él denominó Tensión Premenstrual. Posteriormente, la doctora Katharina Dalton en los años sesenta habló por primera vez de síndrome premenstrual para referirse a las molestias (físicas y emocionales) que algunas mujeres presentaban en la semana antes de la menstruación. Tanto el Dr. Frank como la Dra. Dalton atribuían estos "síntomas" a los cambios hormonales asociados con el ciclo menstrual. Concretamente, se hacía referencia a las fluctuaciones hormonales que tenían lugar en la fase lútea que es la fase que comienza después de la ovulación y dura hasta que baja el periodo.

Así pues, fue la doctora Dalton quien elevó las molestias premenstruales a la categoría de síndrome e incluso apostaba por un tratamiento en clínicas especializadas. Además, fue una férrea defensora de algunas mujeres que habían cometido algún delito, atribuyendo su comportamiento a la supuesta falta de control que las mujeres experimentan en determinados momentos del ciclo .

Como consecuencia de todo lo anterior el síndrome premenstrual se naturalizó hasta tal punto que en la actualidad es toda una institución. Incluso cuando una mujer no tiene ningún malestar previo a la menstruación parece que se trata de una excepción y no de la norma. ¿Y cómo se ha conseguido tal influencia? Pues a través de lo que se transmite desde los medios de comunicación, de lo que se transmite en los colegios o incluso por la cantidad de libros de autoayuda sobre este tema, como los de la Dra. Dalton, algunos de los cuales se convirtieron en best-sellers .

El DSM-III-R recogió por primera vez, en el Apéndice A, esta condición bajo el nombre de Desorden disfórico en la última etapa de la fase lútea.

Posteriormente, en el DSM-IV ya aparece con el nombre actual (TDPM) pero se consideraba un trastorno depresivo no especificado. Finalmente, y después de un intenso debate y una gran polémica, el grupo de expertos que analizaban los estudios realizados para decidir si se debía incluir o no el TDPM en el DSM-5 (entre los que se encontraban representantes de la industria farmacéutica), decidió incluirlo como un subtipo de trastorno depresivo.

una Lectura alternativa del TDPM

Podemos observar cómo existe la tendencia, con relación a los malestares femeninos, a ignorarlos o bien transformarlos en trastornos, proponiendo tratamientos que en la mayoría

La manera de bordarlo, discutible



de los casos responden más a los intereses de la industria farmacéutica que a las necesidades de las afectadas. La industria farmacéutica pone en práctica importantes estrategias de marketing y financia estudios que permiten justificar el uso de tales medicamentos. Esta tendencia explicaría cómo en poco más de 60 años se han duplicado los trastornos mentales recogidos en el DSM desde su primera edición (de poco más de 100 se ha pasado a más de doscientos).

Según el modelo médico-psiquiátrico el tratamiento de elección para el TDPM parece estar claro: medicación. Se suele utilizar fluoxetina (entre otros) que es un antidepresivo del tipo ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina). También se utilizan tratamientos hormonales como los anticonceptivos.

Pero el modelo médico no es el único modelo que trata de dar respuesta al porqué de las dolencias de las mujeres en determinados momentos del ciclo. La antropóloga Magda García Porta pone de relieve los diferentes modelos de los que se puede partir para tratar de dar una explicación a este sufrimiento. El modelo psicosomático sitúa el origen del malestar en la contradicción interna de la mujer que lo experimenta con relación a su concepción de feminidad. Desde este modelo se puede explicar que un tratamiento psicológico encaminado a conciliar las contradicciones internas pueda ayudar a las mujeres a eliminar estas molestias perimenstruales sin necesidad de modificar en lo más mínimo su fisiología.

Las aportaciones del modelo antropológico me parecen muy interesantes en relación a la manera de entender el TDPM. Lo más interesante de este modelo es que reconoce que el malestar es real pero considera que el concepto de enfermedad

es construido socialmente. Las razones que llevan a tal afirmación son que la mayoría de los estudios realizados sobre TDPM se realizan con mujeres que comparten una cultura. Realmente si se tratase de una enfermedad con base biológica podría aparecer en mujeres de culturas muy dispares. No se conoce si esto es así porque no existen los estudios que puedan corroborar que se trata de un fenómeno universal y, por lo tanto, biológico. Todavía no hay estudios independientes que corroboren esta hipótesis, pero tenemos precedentes, con otro tipo de malestares como la menopausia que en otras culturas no presentan ni la mitad de los síntomas que en la cultura occidental y coincide que en esas otras culturas tiene una consideración totalmente diferente e incluso positiva (como ocurre en la India, por ejemplo).

En relación al TDPM, un análisis socio-político

de la cuestión podría aportar una visión un tanto más extrema pero que se tendría que tener en cuenta. ¿Podría ser el malestar expresado por las mujeres una respuesta o la consecuencia de la situación que ésta ha de soportar en la sociedad capitalista en la que vivimos? Realmente muchas mujeres cada vez están mejor informadas y tienen un papel más relevante en la sociedad, pero también son más conscientes de las injusticias a las que son sometidas tanto a nivel del hogar, como en otros ámbitos como el laboral, académico, etc. La sensación de insatisfacción y frustración puede generar en las mujeres una respuesta de agotamiento que se hace más evidente en los momentos del ciclo en que la energía está dirigida a otros procesos fisiológicos.



Sea como fuere la existencia de malestares premenstruales que en ocasiones pueden revestir gravedad, es innegable, pero ¿por qué en el siglo XXI se considera un trastorno? ¿Por qué, si no se conoce la causa del malestar se pone de nuevo el foco en el cuerpo de la mujer? ¿Quién se beneficia de esta nueva concepción de enfermedad? ¿Quién sale más perjudicado?

Está claro que la gran beneficiada de este cambio en el DSM-5 es la industria farmacéutica que ve como a partir de ahora sus antidepresivos pueden usarse también para tratar el TDPM ya que se considera el tratamiento de primera elección. Además, se trata de tratamientos largos porque la mujer afectada puede tener molestias durante toda su vida fértil.

A lo largo de la historia hemos visto como la industria farmacéutica se reinventa e inventa nuevos objetivos a los que dirigir un producto. La misma concepción que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo que se ha ido fraguando a lo largo de muchos años, las hace más receptivas a tratamientos farmacológicos que prometen liberarlas de un trastorno que las oprime y no las deja vivir.

¿A quién perjudica todo esto? Pues a las mujeres en general, a su lucha por la igualdad, a su lucha por dejar de lado los estereotipos de género, y a las mismas afectadas porque patologizando su malestar tampoco se les está dando respuesta a su sufrimiento, ya que se está pasando de puntillas por las verdaderas causas del mismo.

Es muy importante observar que una vez que ponemos el foco en el cuerpo, lo quitamos de las circunstancias sociales o políticas que pueden tener un papel decisivo en el malestar de las mujeres por la opresión sostenida a la que se ven sometidas de manera silenciosa, pero muy efectiva. Controlando el cuerpo de las mujeres, se las mantiene controladas a ellas. Se las aliena de su verdadera condición y se las aleja de toda esfera en la que el patriarcado mantiene su poder. El TDPM está cumpliendo el papel que en el siglo XIX tuvo la histeria.

¿qué se podría hacer para aliviar su sufrimiento?

Es necesario abandonar el modelo médico o biológico que no está dando respuesta a las necesidades ni de las mujeres ni de la población en general. También es importante acabar con la imagen preconcebida del cuerpo femenino y de lo que representa el ciclo menstrual.

Se tienen que analizar los comportamientos, sensaciones o pensamientos de estas mujeres en el contexto en que aparecen y examinar su posible utilidad adaptativa en ese contexto. No se puede calificar de patológico aquello que puede tener un significado estratégico. Así, se deberían promover estudios de tipo cualitativo del estilo del realizado por Jane Ussher en el 2006 que analiza la sintomatología que presentan las mujeres relacionándolas con sus narrativas. De este estudio se extrajeron conclusiones muy interesantes que pueden abrir nuevas vías de investigación.

Se pudo constatar cómo el discurso femenino responde al socialmente establecido, con una concepción de sí mismas y de su cuerpo que cuadra perfectamente con la imagen que desde el patriarcado se quiere transmitir. Pero necesitamos saber qué significan para ellas sus experiencias premenstruales y ver la concepción que albergan de su ciclo menstrual, de la feminidad y cómo se conjuga todo esto con su identidad de género.

Sólo desde su subjetividad podremos hallar soluciones, tomándolas en cuenta como seres activos que interpretan y dan sentido a todo aquello que sucede en su vida.

Seamos conscientes de que el reconocimiento del TDPM surge en un contexto histórico y social determinado y seamos más críticas con lo que la comunidad científica, muchas veces a través de los medios de comunicación, nos ofrece.

Por otro lado, es importante resaltar la parte positiva del ciclo menstrual, su significado, la mayor creatividad a la que se puede asociar, etc. Y ver ese sufrimiento (bautizado como TDPM) como una oportunidad única de introspección, de análisis de nuestra vida que nos permite un mayor conocimiento de nuestro cuerpo, de nuestras emociones y de nuestras necesidades (muchas veces olvidadas). Nos permite ser conscientes de la autoexigencia que nos imponemos y, sobre todo, de la que nos impone la sociedad. Podemos reflexionar sobre hasta qué punto es justo y está a nuestro alcance, todo lo que se nos atribuye por haber nacido con unos genitales en lugar de con otros. Y valorar si los roles asociados a la identidad de género nos están suponiendo una carga excesiva, imposible de llevar.

Inspirándome en Viktor Frankl, el psiquiatra que vivió en tres campos de concentración nazis, estoy convencida de que, si al sufrimiento le damos un sentido, podremos sacar algo positivo de cualquier experiencia.



¿por qué no se usa La sangre menstrual en Los análisis clínicos?

María Jesús Sanz
Enfermera

La sangre menstrual, como podemos imaginar, no está compuesta exclusivamente de

sangre, sino que también está formada por otras sustancias como agua, células endometriales, diferentes nutrientes (proteínas, minerales y azúcares), plasma, mucosa, anticuerpos, hormonas como la progesterona, células madre y, ¡atención!, contaminantes químicos y metales pesados.

En nuestra sociedad, la sangre menstrual no es tratada con la naturalidad que se merece; es más, como bien dice Erika Irusta: "sangrar en esta sociedad, duele", y no solo físicamente. Sangrar en un sistema patriarcal produce sentimientos de vergüenza, malestar e insatisfacción sobre nuestros cuerpos, los cuales se traducen en inseguridad y en invisibilización de un fenómeno natural ligado a nuestra naturaleza femenina.

Esta invisibilización no solo se produce a un nivel personal sino que a nivel sanitario este silencio también se "escucha", de hecho, la menstruación como hecho biológico ligado a la salud se contempla casi exclusivamente en servicios de ginecología. Porque, a efectos prácticos, ¿para qué quiere un traumatólogo saber en qué fase del ciclo menstrual se encuentra su paciente? Este es uno de los problemas de la especialización médica, que se pierde la visión global del cuerpo e interpretan los problemas de salud de forma parcial y, por tanto, errónea o incompleta. Las personas somos seres bio-psico-sociales y debemos ser estudiados en nuestro contexto holístico y particular.

En medicina, para diagnosticar y tratar enfermedades, una de las técnicas más utilizadas es el análisis de los fluidos corporales. Tiene lógica, ¿no?: si emana de nuestro cuerpo, algo se podrá deducir e interpretar de ellos. Pero, mientras cualquier "sustancia" corporal es válida para su análisis y posterior interpretación (orina, heces, sangre, líquido peritoneal, espermatozoides, flujo vaginal, líquido cefalorraquídeo, exudados uretrales, esputos, etc.), la sangre menstrual queda excluida; este fluido no se contempla en las pruebas de laboratorio, como si no formara parte de nuestros cuerpos.

¿Por qué no se analiza la sangre menstrual? ¿Será porque no le interesa al patriarcado diagnosticar enfermedades femeninas?

A nivel personal, estoy totalmente convencida de que la visibilidad de nuestra sangre es política, porque menstruar es político, el cuerpo femenino es político y los intereses sanitarios son parte de la política patriarcal en la que estamos inmersas.

Muy poca es la presencia de la menstruación en la investigación sanitaria, escasos son los estudios que se han llevado a cabo con sangre menstrual.

Una de las pocas investigaciones protagonizadas por este fluido fue realizado en España hace un par de años por investigadoras de la Universidad de Granada. Se trata de un estudio liderado por la Doctora Enriqueta Barranco, donde se analizaron muestras de sangre menstrual procedente de 25 mujeres con la finalidad de detectar tóxicos ambientales en ella, concretamente parabenos y benzofenonas. Estos tóxicos se utilizan frecuentemente en productos del hogar, medicamentos, cosméticos y alimentos en conserva. El resultado fue preocupante, en el 100% de las muestras se detectó la presencia de estos productos tóxicos para el organismo.

Los parabenos y benzofenonas (entre otros muchos) se relacionan directamente con enfermedades, algunas exclusivamente femeninas, porque actúan como disruptores endocrinos (sustancias químicas que alteran el equilibrio hormonal produciendo efectos adversos sobre la salud). Un ejemplo de estas enfermedades es la endometriosis, una enfermedad crónica que produce una serie de síntomas que disminuyen la calidad de vida de la persona que la sufre (dolores menstruales incapacitantes, problemas reproductivos, digestivos, fatiga, cansancio, etc.) esta enfermedad es de origen desconocido, aun así, se sabe que la presencia de contaminantes, como las dioxinas, empeoran su sintomatología y hasta fomentan su desarrollo.

Analizar la sangre menstrual con finalidad diagnóstica en busca de contaminantes y sustancias que pueden alterar la salud, podría ser un camino decisivo para el tratamiento y el avance en la investigación de enfermedades exclusivamente femeninas.

El colectivo sanitario y los usuarios del sistema de salud debemos empoderarnos y luchar por la presencia de la ciclicidad femenina como realidad biológica. La importancia que tiene el ciclo menstrual en nuestra salud no se está contemplando y produce sesgos de género en los diagnósticos de ciertas enfermedades.

A nivel individual podemos empezar por entender el funcionamiento del ciclo, aprender a interpretar sus signos y hasta llegar a utilizarla como herramienta. Si entiendes tu funcionamiento orgánico pasas tu salud a un plano consciente y a su vez, te responsabilizas de ella.

Es hora de contemplar nuestra sangre menstrual como lo que es, producto de nuestro cuerpo y, por tanto, una herramienta para medir nuestra salud.



Montserrat Catalán Morera

Ginecóloga

Cofundadora de la casa de partos Migjorn

<https://migjorn.net/>

Profundizando en el síndrome de Los ovarios POLIQUÍSTICOS: “SOPQ”

- Estela: tengo 16 años, y la regla cada dos o tres meses desde hace tres años. Me han hecho una ecografía y me han dicho que tengo ovarios poliquísticos y un comentario de que posiblemente no pueda tener hijos. ¿Qué puedo hacer?
- Carmen: tengo mucho vello en la cara, en el pubis se me extiende... paso mucha vergüenza. Me han dicho que es debido a que mis ovarios son poliquísticos. ¿Qué puedo hacer?
- Belén: Hace un año que hemos decidido poder tener hijos y no vienen. Me han derivado a una consulta de esterilidad y me dicen que es debido a que mis ovarios son poliquísticos. ¿Qué puedo hacer?

¿De qué estamos hablando?

Nuestros ovarios son del tamaño y forma de dos almendras (con cáscaras incluidas) de color blanquecino nacarado. En ellos todos los meses se forma un folículo lleno de líquido, de unos 2 cm de diámetro que protege la maduración de un óvulo hasta que éste se encuentra en condiciones de poder dar origen a una nueva vida si es fecundado. Llegado este momento, se abre el folículo y el óvulo sale del ovario y es recogido por la trompa uterina que con sutiles movimientos le acompaña en su camino hacia el útero si ha sido fecundado o permite su reabsorción si no ha sido fecundado. Es la llamada OVULACIÓN que se da unos quince días antes de que la capa que ha ido recubriendo la cavidad del útero, el endometrio, se desprenda si no se ha iniciado un proceso de gestación de un nuevo pequeño ser, un embrión. De manera que tras la ovulación tendremos un EMBARAZO o una MENSTRUACION.

En ocasiones este proceso se da con algunas variaciones:

El hipotálamo, la hipófisis, son centros o glándulas que desde nuestro cerebro regulan diversas funciones de nuestro organismo, y entre estas funciones nuestro ciclo menstrual, las de nuestros ovarios. En los primeros años de la pubertad y la adolescencia puede darse un tiempo de irregularidades hasta que va estableciéndose con más regularidad. Y en situacio-

nes de estrés, a cualquier edad, se pueden dar irregularidades porque nuestro sistema de regulación hipotálamo-hipófisis-ovarios puede estar requerido también para más funciones, con lo cual puede darse con facilidad alteraciones en el ritmo menstrual, que se recuperan tras el período de estrés de cualquier tipo (emocional, laboral, deportivo...).

Todo ello se traduce, dentro del ovario, en que algunos folículos no acaban de madurar y abrirse en un solo ciclo, sino que necesitan dos o tres y mientras tanto permanecen en el ovario de forma transitoria.

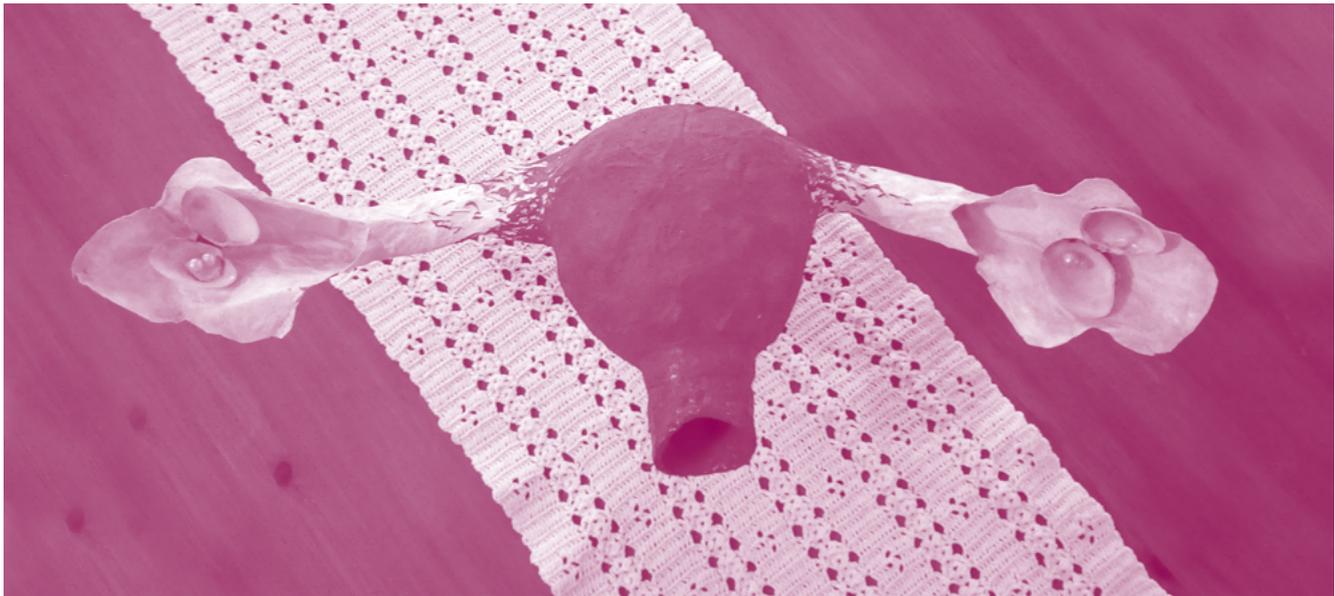
Si mientras permanecen en el ovario nos hacemos una ecografía, los veremos como huequitos negros y el ovario como una colmena con varias celdas. Los huequitos se ven negros porque están llenos de líquido y en ecografía los líquidos se ven negros y, además, en medicina es posible que les llamemos quistes porque llamamos quiste a una cantidad de líquido pequeña o grande acumulada en alguna glándula (salival, mamaria, ovario...) del cuerpo. Esta imagen es la que nos da la posibilidad de hablar en términos médicos de ovarios poliquísticos.

¿qué importancia puede tener todo esto?

Depende, sí, “depende”. “Depende” es para mí una palabra clave en medicina, en la observación o tratamiento de la mayoría de situaciones que se nos pueden presentar. La sintomatología puede variar de una persona y, en el caso que nos ocupa, el de los OVARIOS POLIQUÍSTICOS, puede presentarse de manera muy distinta en cada mujer.

En primer lugar deberemos ver cuáles son los síntomas que presenta cada mujer, con qué intensidad aparecen, con qué periodicidad, a qué edad, cual es el estado de salud general de esta mujer, que ha sucedido en su vida que haya propiciado que se desencadene en un momento dado...

La consulta de Estela se da porque algunas veces el personal sanitario precipita diagnósticos o hace comentarios desafortunados. Estela está iniciándose en el don de la fertilidad y lo



hace poco a poco, éste puede ser su ritmo perfectamente y ser completamente fértil y tener hijos cuando lo desee. ¿Qué hacer? Dejar transcurrir el tiempo y respetar su ritmo. Para darnos cuenta de la variabilidad de los ritmos pensemos que hay criaturas que nacen con algún diente y otras que les sale cuando ya han cumplido un año. Y la calidad de su dentadura no dependerá de ello.

La misma respuesta valdría para una mujer de más edad que en un momento dado a causa de vivir alguna situación estresante (oposiciones, exámenes, competiciones, disgustos emocionales, laborales, viajes...) vive alteraciones de su ciclo (retrasos, pequeños sangrados...) y que en la visión de sus ovarios en una ecografía podemos observar folículos que permanecen sin abrir, esperando un balance hormonal favorable para que puedan desencadenar las ovulaciones habituales.

En estos casos podríamos concluir que si bien la imagen ecográfica puede ser la de unos OPQ, la sintomatología puede ser transitoria: reglas irregulares, ciclos largos o incluso ciclos cortos... y ello deberíamos entender que corresponde a nuestro ritmo o a la situación concreta que estamos atravesando.

Carmen viene a la consulta preocupada especialmente por un síntoma más concreto: el hirsutismo (o exceso de vello) en cara y pubis como lo más llamativo. Cuando la veo llegar observo también un cierto sobrepeso. Tiene 28 años. Todo ello lo apreciaba ella ya desde hacía tiempo pero hace dos años, cuando sufrió un engaño y la separación de su pareja, los síntomas empeoraron, y ahora su aspecto la cohibe para abrir nuevas relaciones sociales. Sus reglas son irregulares, pero eso no le preocupa. En su historia explica que un tiempo atrás tomó la decisión de abortar un embarazo no deseado. La consulta de Carmen nos permite profundizar un poco más en el Síndrome de los Ovarios Poliquísticos -SOPQ-. Llamamos síndrome a un conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad. En cualquier enfermedad se pueden dar

todos los síntomas o solamente algunos, pueden darse con mucha intensidad o muy levemente. Pueden iniciarse poco a poco, agravarse con el tiempo y cronificarse o pueden aparecer con más o menos intensidad tras vivir algún suceso que podamos calificar de desencadenante.

En el caso del SOPQ podemos encontrarnos con unos ciclos muy irregulares fruto de una alteración en las secreciones hormonales y de neurotransmisores del sistema hipotálamo-hipófisis-ovarios que implica que no se estén produciendo las ovulaciones mensuales con lo cual estamos delante de una infertilidad. Por ello encontraremos un aumento de unas hormonas y un descenso de otras. Como consecuencia puede darse una alteración en el metabolismo de la insulina y conducir a la mujer a una diabetes. Y también el desbalance hormonal puede llevar, junto a la obesidad a un aumento de la producción de hormonas masculinas que se traducirá en el desarrollo del hirsutismo.

Infertilidad, diabetes, obesidad e hirsutismo son los cuatro síntomas más comunes y propios del SOPQ.

En cada mujer con SOPQ se darán unos u otros o todos ellos con una intensidad distinta.

En una mujer se manifestarán desde los primeros años de la juventud, quizás levemente, en otras se iniciarán más tarde. En algunas se harán crónicos, en otras serán transitorios.

En el caso de Carmen, estuvo embarazada, significa que ha sido fértil. Y nota su agravación de los 26 a los 28 años. Ello nos dice que su inicio es reciente y además al comentarnos qué sucedió en su vida podemos relacionarlo con el evento traumático para ella del engaño y la separación, lo cual, según comenta supuso un sentimiento de desvalorización de su persona, que ahora puede empezar a nombrar.

Cuando se nos presentan unos síntomas, un síndrome, una enfermedad, a mi parecer, es muy importante hacernos la pregunta: "¿qué me dice esta enfermedad?" "¿qué es lo que estoy pidiendo a mi cuerpo que no puede sostener?"



y por regla general alguna pista, alguna respuesta encontraremos.

Cada persona tiene un sustrato físico con un diseño genético, pero cada día más se confirma que es-

tas directrices genéticas están moduladas por un ambiente epigenético multifactorial con el que día a día la persona va configurando su personalidad, su estado de salud y de enfermedad física, psíquica, emocional y social.

La enfermedad no acostumbra a llegar sin avisar

En general son pequeños síntomas los que nos advierten de que algo no va bien. Si los ahogamos con analgésicos, antiinflamatorios, anti... porque lo importante es continuar con mi ritmo que no puedo/quiero parar, posiblemente algún día se nos presente la enfermedad. Si los síntomas los entendemos como advertencias de nuestro organismo para llamarnos la atención sobre algo que posiblemente esté excediendo nuestra capacidad, cambiaremos la mirada adversa hacia ellos y agradeceremos que nos hayan indicado la necesidad de algún cambio.

No siempre encontramos la respuesta, y a veces, encontrándola o intuyéndola, no sabemos o no podemos o no se dan las condiciones para hacer los cambios que quizás podrían ser el remedio; entonces acudimos a contener y detener los síntomas y a frenar el avance de la enfermedad, si es posible, con las alternativas que nos ofrece la medicina a la que podamos acceder, sea la alopática, la homeopatía, la acupuntura... o una combinación de todas ellas.

La medicina oficial nos ofrecerá hormonas anticonceptivas con el argumento de que van a poner en reposo nuestros ovarios. Sí, impiden su función fisiológica que es ovular, pero mi consejo sería no obligarles a descansar impidiendo su función sino tratar de devolver el equilibrio y el ritmo a todo el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios.

En el caso de Carmen, está saliendo del choque, del bloqueo que le produjo la situación vivida, si ella se hace consciente de ello y busca un círculo de mujeres donde ser reconocida y animada a salir de nuevo al mundo exterior probablemente su eje hipotálamo-hipófisis-ovarios se relajará y recuperará su normalidad funcional, regulará la producción hormonal, el nivel de angustia y ansiedad disminuirá, y el componente de su obesidad debido al desorden en la comida compulsiva cederá el paso a una dieta depurativa y vital, y al normalizarse todo ello el hirsutismo también irá cediendo.

El caso de Belén es el de la mujer que desea un embarazo, pero tarda en llegar. Si acude a una consulta de infertilidad

tras descartar causas orgánicas, físicas y la infertilidad de su pareja, se le aconsejará un tratamiento hormonal, en este caso dedicado a promover la ovulación. Al tratar este tema me gusta citar la curiosidad que se da, en no tan escasas ocasiones, de que cuando una pareja ha desistido ya de todo tipo de tratamientos... in vitro... y se dispone a realizar los trámites de una adopción, resulta que llega un embarazo espontáneo. ¿Por qué? ¡Son tantas las incógnitas para las que la medicina no tiene respuesta! Pero sí nos permiten pensar en que el tiempo, la tranquilidad, la relajación, el equilibrio tienen su función en nuestros organismos. Cuántos embarazos han venido tras unas vacaciones o al ceder determinados períodos de estrés de cualquier clase.

A Belén le aconsejaría en especial, que se detenga en observar su ciclo menstrual, que reconozca y escriba sus vivencias físicas y emocionales. Que tome diariamente su temperatura y observe su Curva de Temperatura Basal, CTB. Que observe las variaciones que hace su flujo vaginal a lo largo de un ciclo, que aprenda a distinguir con un pequeño microscopio el flujo de sus días fértiles. Que se reconozca, que se cuide, que se mime. Que escuche profundamente este deseo de maternidad.

En mi experiencia es muy importante el contacto, la sintonía con la enfermedad, y la intención de escucha y respeto hacia la sintomatología al mismo tiempo que la toma de medidas higiénicas (dieta, descanso, ejercicio, contacto con la naturaleza: aire libre de contaminación, mar, montaña...) para desintoxicar el organismo. El estrés (metabólico por comida "fast food", laboral, competitivo-agresivo, emocional...) de cualquier tipo nos carga de toxinas y es muy importante darnos el alimento vital y el descanso necesario para que el cuerpo pueda desarrollar su capacidad de equilibrio, desintoxicación y sanación.

Si la escucha, el respeto, las medidas higiénicas y el descanso se dan me parece adecuado además buscar recursos externos del tipo que tengamos al alcance para minimizar la sintomatología, pero siempre que hayamos tomado conciencia de los cambios a realizar.

Eliminar los síntomas no significa curar la enfermedad y si la abortamos o extirpamos pero seguimos con los mismos conflictos, exigencias o estrés posiblemente la enfermedad brote de nuevo en la misma o en otra forma, en el mismo o en otro órgano.

En nuestro medio son pocos los casos graves o crónicos. En el supuesto de que los síntomas se presenten en forma aguda e intensa puede ser necesaria incluso la intervención médica y quirúrgica.

Con el deseo de haber puesto un poco de luz a algo tan vital como que nuestro cuerpo nos advierta de que en algo nos estamos excediendo, que algo no estamos cuidando y despertar una sensación de agradecimiento hacia las dificultades que nos orientan al cambio.



Mª Jesús Pita Conde
Médica.
DU Nutrition Humaine,
Medicina complementaria

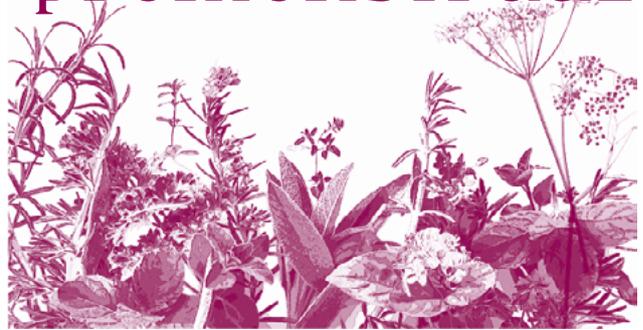
Existen diferentes opciones para aliviar el síndrome premenstrual, desde "remedios" sencillos hasta medicamentos, y el abordaje deberá ser específico para cada mujer en función de los síntomas que sufra y de la gravedad e intensidad de los mismos.

Hacer cambios en el estilo de vida, orientando los hábitos hacia una vida saludable, será la primera intervención. Éste cambio, en ocasiones, puede ser suficiente para mejorar los síntomas.

Aspectos nutricionales a tener en cuenta:

- Dieta sana y equilibrada, con proporción adecuada de frutas y verduras, baja en sal y azúcar. Mantener una correcta hidratación, evitar bebidas gaseosas. Estas medidas favorecerán la reducción de un síntoma frecuente, la retención de líquidos. Evitar el consumo de bebidas excitantes como la cafeína para facilitar el descanso por las noches. Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Las comidas ricas en fibra que incluyan productos integrales junto con la fruta y la verdura, ayudará en caso de presentar estreñimiento.
- La dieta debe ser rica en vitaminas y minerales que durante los días del SPM ayudarán al organismo a controlar los cambios hormonales. Especialmente importante son la vitamina B6, vitamina E, calcio, ácido fólico, hierro y magnesio. El calcio interviene en la coagulación sanguínea y en el sistema nervioso, sobre el que tiene una acción equilibradora. Se ha comprobado que es necesario para el buen funcionamiento del sistema nervioso simpático y esa parte es la que influye en las reglas dolorosas. Alimentos con calcio son trigo, avena, nuez, avellana, zanahoria, col, espinacas, patata, cebolla, productos lácteos, quesos, polen. El magnesio equilibra el sistema nervioso vagosimpático y es drenador hepático. Se encuentra en trigo, avena, cebada, maíz, dátiles, remolachas, polen, frutas.
- Se recomienda evitar proteínas animales la semana previa a la regla ya que son más difíciles de digerir y dejan más residuos que las proteínas vegetales.
- Un día de ayuno el día anterior o el primer día de regla ayuda a descongestionar.
- Realizar comidas frecuentes y de pequeñas cantidades. No dejar pasar más de 4 horas entre comidas. No saltarse ninguna

Remedios para el síndrome premenstrual



comida importante del día, así como evitar comer en exceso. Así disminuirán los problemas estomacales asociados, tales como la distensión abdominal, dolores de estómago, malas digestiones o pesadez estomacal.

- Suplementos:

Se puede utilizar onagra, que se extrae de las semillas de la planta *Oenothera biennis*, primula o hierba de asno es una planta muy aromática, de flores amarillas que permanecen cerradas hasta que se pone el sol. Se comercializa en perlas de aceite. Las mujeres refieren que les ayuda a aliviar los síntomas del SPM, pero los resultados de las investigaciones son ambiguos.

Medidas físicas

- Realizar ejercicio físico regular ha demostrado ser muy útil tanto para reducir los síntomas físicos, como para ayudar a controlar los cambios en el estado de ánimo, facilitar el descanso, reducir el estrés y proporcionar una sensación de bienestar. El ejercicio debe ser de tipo aeróbico, de intensidad suave o moderada y que no suponga un sobre esfuerzo para el cuerpo.
- Las técnicas de relajación, meditación o ejercicios de respiración suponen una ayuda igual que el ejercicio.
- Yoga, algunos ejercicios específicos para el funcionamiento de los órganos sexuales femeninos.
- Pueden ser útiles danzas que ayuden a controlar los músculos de la región pélvica, parece que aumentan la circulación de la sangre y la dirigen hacia el útero.
- Otras medidas pueden ser: uso de ropa y calzado cómodo. Evitar el estrés en la medida de lo posible. Duchas tonificantes y mantener las piernas elevadas cuando sea posible para favorecer la circulación.
- Un ambiente cálido, sin mucho ruido o muy luminoso ayuda a prevenir la cefalea.
- El calor puede aliviar, por ejemplo una bolsa de agua caliente sobre el vientre o en la parte baja de la espalda.
- Cataplasmas de sal marina caliente colocadas sobre el sacro en una envoltura de gasa, algodón o lienzo fino.

FITOTERAPIA

Plantas analgésicas:

AQUILEA O MILENRAMA (Achillea Millefolium)

Se utiliza la punta florida.

Tiene propiedades antiespasmódicas, sedante útero-ovárico, tónica favorece la menstruación, hemostática y diurética.

Está indicada en caso de espasmos, reglas dolorosas, fatiga general, trastornos circulatorios, ausencia de reglas.

Se usa en infusión.

ANGÉLICA (Angélica Arcangélica)

Se utilizan las semillas y raíces.

Tiene propiedades estimulantes, tónico digestivo, antiespasmódica, emenagoga (que favorece y regula las reglas), digestiva

Está indicada en fatiga, atonía digestiva, insuficiencia hepática, trastornos de la menstruación.

Se usa en infusión y en TM (tintura madre)

ALQUIMILA (Alchemilla Vulgaris)

Se utiliza toda la planta

Tiene propiedades astringentes, facilita la digestión, diurética, descongestiva, acción sedante en los órganos femeninos.

Está indicada en reglas dolorosas, abundantes, espasmos, congestión hepática, dolor de cabeza.

Se puede tomar en decocción y en TM

CIMÍFUGA (Cimifuga Racemosa)

Se utiliza toda la planta y las raíces.

Modera el reflejo del sistema nervioso, antiespasmódico, vascular y diurético.

Está indicada en neuralgias, espasmos, dolores menstruales, hipertensión.

Se usa en decocción de la raíz, o en preparados de fitoterapia.

CAULOPHYLLUM (Caulophyllum Thalictoides)

Se utiliza la raíz.

Está indicada en dolores vinculados al espasmo de cuello, el dolor puede empeorar antes del sangrado.

Se usa en decocción de la raíz.

CAMOMILA (Romana o Alemana)

Se utilizan las flores

Tiene propiedades antiespasmódica, analgésica, estimulante gástrico, emenagoga.

Está indicada en migraña, digestión difícil, reglas dolorosas.

Se usa en infusión o en TM.

Plantas reguladoras hormonales:

FRAMBUESO (Rubus Idaeus)

Se utilizan las hojas y brotes nuevos.

Tiene propiedades astringentes, diuréticas, laxantes, digestivos, filoesteroide.

Indicada en reglas dolorosas.

Se usa en Maceración Glicerínada 1D.

GROSELLERO NEGRO (Ribes Nigrum)

Se utiliza hojas y raíces,

Tiene propiedades diuréticas, antiinflamatorio, descongestionante y regulador hormonal de suprarrenales y ovarios.

Está indicado en migrañas, alergias.

Se usa en Maceración Glicerínada 1D.

SAUZGATILLO (Vitex Agnus Cactus)

Se utilizan las bayas.

Equilibra el sistema hormonal femenino, neutralizando el exceso de estrógenos.

Está indicada en el dolor menstrual, retención de líquidos, hinchazón de mamas, irregularidades.

Se puede usar en tintura. Se comercializan cápsulas.

JENGIBRE

Se utiliza la raíz.

Tiene propiedades digestivas, estimulante, tónico.

Está indicado en calambres que se calman con el calor, sangre roja negruzca durante la regla.

SAUCE

Es una planta indicada en reglas irregulares, reglas abundantes, espasmos abdominales. Es muy importante aclarar que

los tratamientos deben de ser indicados por un profesional con experiencia en el manejo de la fitoterapia.

Homeopatía

El uso de los medicamentos homeopáticos requiere una individualización del cuadro característico del síndrome premenstrual, sin olvidar individualizar los aspectos importantes generales y emocionales de cada mujer. Debido a eso sólo se pueden dar algunas aproximaciones teniendo en cuenta que la prescripción debe ser indicada por un médico con formación en medicina Homeopática.

Algunos de los medicamentos que pueden estar indicados son:

Actea Racemosa, Natrum muriaticum, Sepia, Lachesis, Pulsatilla, Ustilago Maydis.

Acupuntura

Según los expertos, los tratamientos de acupuntura para el síndrome premenstrual serán personalizados dependiendo de la sintomatología, del pulso, la lengua y otras técnicas de diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- **Nissim, Rina.** Manual de ginecología natural para mujeres. Icaria editorial. 1986
- **Taboada, Leonor.** Cuaderno feminista, Introducción al self help. Ed Fontanella
- Monografía Integral: Amor y Vida. Todos los métodos naturales de control de la concepción.
- **De Souzenelle, Annick.** Simbolismo del cuerpo humano. Ed Kier.
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/premenstrual-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20376787>
- **Birgit M. Dietz, Atieh Hajirahimkhan, Tareisha L. Dunlap and Judy L. Bolton.** Botanicals and Their Bioactive Phytochemicals for Women's Health. Pharmacological Reviews October 2016, 68 (4) 1026-1073
- <http://www.unidaddelamujer.es/sindrome-premenstrual-sintomas-causas-y-tratamiento/>
- <https://lamenteesmaravillosa.com/sindrome-premenstrual-causas-sintomas-y-tratamiento/>



para ella era inconcebible hacerlo sin mí. Finalmente llegué a casa. Como era de esperarse, ella estaba bien, chiqueada y muy acompañada, pero me quería a mí con ella, no era su historia, era nuestra historia y ella no se sentía capaz de transitarla ¿o era yo la que no se sentía capaz de que lo transitara sin mí?

Al día siguiente conversamos sobre cómo se había sentido. Vimos juntas algunas aplicaciones para registrar el ciclo, eligió Clue, que no es la misma que yo uso. Al estar conversando preguntó, otra vez con voz llorosa, ¿en dónde pongo todo lo que estoy sintiendo? Su pregunta hizo que me diera cuenta de lo que faltaba. Las emociones no se pueden racionalizar, ni anular, ni explicar, se habitan. Allí estaba ella, que no era ni por asomo la niña súper ilustrada del campamento de niñas (si no has visto el video, échale ojo, a nosotras nos hace reír muchísimo el anuncio), con todas las emociones revueltas. No necesitaba más información, quizá ya teníamos un premio a la dupla madre-hija más ilustrada en menarquía. Ella en ese momento necesitaba contención. Y también necesitaba que su historia fuera suya para nombrarla y vivirla. Desde entonces he intentado que así sea.

Aspectos como: ¿qué hago si me mancho? ¿cómo llevo las toallas al baño sin que nadie se dé cuenta? ¿con quiénes comento el tema? ¿qué tan público quiero que sea? Son algunas de las preguntas que ella se ha hecho y que no pasaban por mi cabeza ¿acaso no somos activistas menstruales en vitrina? La cosa es que la activista soy yo, y ella... pues es ella. Entonces, para acompañar en serio tengo que pensar con/desde ella, identificar sus dudas e inquietudes y generar estrategias viables para que se resuelvan, de acuerdo a la situación particular en la que vive su cotidianidad. He visto que es más útil ayudarla a que diseñe la estrategia; compartir ejemplos también es pertinente para que tenga inspiraciones, incluso para decir: así no me sirve a mí.

Con el paso de los meses me he dado cuenta de que las personas alrededor esperan que ella sea la perfecta activista menstruante, algo así como una ninfa-ninja menstrual y que haga exacto lo que yo hago. Quizá imaginan que lleva un registro perfecto, como casi ninguna adulta lo hace, que reconoce sus fases y borda toallas de tela con mensajes feministas. Tengo claro que es así cuando, por ejemplo, en la escuela me dicen cosas como: "seguramente quieres que ella use la copa menstrual"...o seguramente, esto, o seguramente lo otro. Me tomó un tiempo, pero no demasiado afortunadamente, entender que no estoy formando a un mini clon, mis preocupaciones no son las suyas y mi papel consiste en acompañar sin quitarle el protagonismo. Entonces, no, no quiero que ella quiera lo que yo quiero. Anhele que viva su historia desde la libertad y teniendo alternativas a la mano. Anhele que elija lo que le venga bien en cada momento.

Brindarle condiciones y cuidados para que protagonice su historia es el mayor reto. Esto no va de mí y de todo lo que me preparé para que ella tuviera una "buena menarquía". Bien por mí, por mi salud y por mi cuerpo todo lo que he aprendido hasta ahora. Sé que ella aprende a nombrarse y a vivirse a partir del ejemplo que le doy. Soy referente, ella aprende de mí a ser/vivir/habitar ese cuerpo denominado como cuerpo de mujer. Sé bien que la acompaño mejor si continuo trabajando y acercando alternativas para ella y, sobre todo, si insisto en mi alfabetización corporal, si persisto en hacerme palabra y si persisto en reconocer y nombrar mi experiencia vivida. Pero mi historia es mía, me lo recuerdo todo el tiempo, por si se me olvida. Ella recorre su propio camino, uno más informado y abierto que el que yo transité, va decidiendo desde dónde se habita porque su cuerpo y su historia son suyos. Además, tiene otros referentes maravillosos alrededor, su experiencia se nutre al ver a las otras vulvas, las hijas de las vulvas, las comadres, las hijas de las comadres...en fin, la telaraña amplia de afectos y cuidados que nos sostiene.

TALLER de autoexploración

El gusto de conocerte a ti misma



Júlia Sánchez Andreo

LA CIRANDA

Acompañante de las sexualidades de niñ@s, jóvenes y adultas.

<https://laciranda.wordpress.com/>

Desde 2015 acompaño talleres de autoexploración des de La Ciranda, un proyecto de emprendimiento que inicié en el 2009. A continuación os presento el relato de uno de los talleres realizados en 2016, dentro del Retiro de Luna en La Encantada. Andrea Herrera Atekokolli me invitó a compartir un taller sobre autoexploración vulvo-vaginal con las 30 compañeras del retiro. En 2017 repetimos la experiencia con la presencia de la Doctora Montserrat Catalan. Y actualmente sigo ofreciendo estas experiencias desde La Ciranda y con la asociación 9 Món.

presentación

En general los talleres duran unas 4 horas. En este tiempo estamos juntas mirando, tocando y compartiendo. Empezamos consolidando los acuerdos de grupo: cuidado e intimidad. Luego hacemos un reconocimiento integral de nuestra corporalidad (movimiento y sensibilidad), y nos adentramos en el conocimiento de nuestro suelo pélvico (ubicando la pelvis y la musculatura perineal), descubrimos nuestra vulva (los labios, sus orificios y glándulas, el himen, el clítoris), nuestra vagina (la entrada, el contacto con la próstata, las paredes y el fondo vaginal), nuestro cérvix (los fluidos y sus cambios durante el ciclo menstrual), el cuerpo uterino (matriz, trompas y ovarios).

La autoexploración es una experiencia eminentemente individual, diferente para cada persona que participa. Hacerla en grupo nos permite ver la diversidad entre nosotras y sentirnos protegidas por la naturalidad de las diferencias y la unión en la gratitud de la experiencia. Cada una toma el tiempo para vivir la experiencia a su manera, siguiendo su ritmo interno y compartiendo tan sólo aquello que le aporta salud y alegría compartir. Nos queremos conocer por el gusto y el derecho de conocernos.

En las exploraciones realizamos diferentes ejercicios:

1. Reconocimiento integral
2. Conciencia del suelo pélvico
3. Autoexploración visual y reconocimiento de los genitales externos
4. Contacto y conciencia del propio canal vaginal
5. Autoexploración y contacto con la entrada del útero (cérvix)
6. Localización de los genitales internos
7. Movilización del útero

paso a paso

Empezamos haciendo un pacto de grupo en torno a las consignas de intimidad, respeto, placer, autoconocimiento y cuidado de grupo. Las mujeres saben que pueden y deben hacer solo lo que deseen hacer. Normalmente llevamos libros, revistas, objetos pedagógicos, hojas y colores por si alguna necesita descansar haciendo otra actividad durante la exploración. Antes de empezar, recomendamos tener las uñas cortadas y lisas, e ir al baño.

Habitualmente realizamos un breve calentamiento para movilizar todo nuestro cuerpo, desde la punta de los dedos a las puntas del cabello. Estamos en círculo y nos vemos unas a otras. Nombramos y tocamos cada parte de nuestro cuerpo; surgen las risas y los suspiros y nos damos cuenta de los límites que tenemos al pasar por encima de nuestros anos, vulvas o pechos. Hacemos unos saltitos energéticos, soltamos la voz, suspiramos, gritamos, respiramos..., confirmamos la confianza en lo que nos disponemos a compartir.

Normalmente se hace también una presentación, explicando cada paso y las partes de la exploración. En otras ocasiones,

hacemos una visualización de las zonas de poder y salud del cuerpo, conectamos con el vientre, invitamos a respirar y meditar antes de empezar a redescubrirnos.

Después de calmar la mente analítica, de pie o sentadas, movilizamos especialmente la zona de la cadera y el vientre y conectamos con el suelo pélvico. Con las manos, con una pelota pequeña y blanda, con una fitball o con un cojín doblado recorreremos toda la zona, del ano al periné y hasta la vulva, en sentido vertical, perpendicular y haciendo círculos. Se trata de notar el peso, sentir cada zona, respirar y relajar las tensiones. El método Diafreo inspira esta segunda dinámica. Es importante cómo lo haces, el tiempo que te tomes para sentir, soltar y respirar.

Podemos distribuirnos de diferentes modos para empezar la exploración: Podemos encontrar un lugar reservado, cubrirnos con una mantita o ponernos de espaldas al grupo para evitar el contacto visual. También nos podemos poner en pequeños grupos de 5 o 6 mujeres o distribuirnos en el círculo compartiendo la visión abierta entre todas. Vamos a observar nuestras vulvas y cada mujer y grupo lo hace a su manera y está perfecto que así sea.

Cada participante tiene su toalla para sentarse encima, su frontal puesto, su espejito y, a su modo y ritmo, empieza a descubrir su pubis, su vello, sus labios... su clítoris, el himen, la entrada a la vagina, etc. Podemos usar lubricantes naturales como el aceite de coco para hacer más fluida la exploración.

En este punto podemos masajear o hacer círculos en la zona perineal (la zona que tienes entre la entrada a la vulva y el ano, que tiene una mayor consistencia). Las posibilidades del masaje perineal pueden ser tantas como las que se aconsejan para prepararse para el parto y ofrecer una mayor flexibilidad a estos tejidos. Este masaje y reconocimiento se puede extender a los labios externos e internos y a todas las zonas de tu vulva. Puedes descubrir como es el capuchón de tu clítoris, qué extensión tiene, qué forma tiene tu himen, cómo están tus glándulas de lubricación y eyaculación.

Seguidamente, y quien lo desee, puede introducir sus dedos en la entrada de la vagina y descansar allí. Inicialmente se recomienda estar simplemente en la entrada de la vagina y reconocer su obertura, flexibilidad, resistencia. Su memoria. Siguiendo con el ritmo propio podemos adentrarnos en ella. La primera parada será en la parte posterior del pubis, por dentro de la vagina y debajo de la vejiga. En esta zona notaremos una textura más bien rugosa. Se trata de la próstata femenina y es bueno saber que con la estimulación necesaria puede provocar nuestra eyaculación. Podemos ejercer presión o reconocer la zona con curiosidad.

Seguidamente, vamos a recorrer el canal vaginal notando la flexibilidad y fuerza de sus paredes. Abrimos la boca, soltamos el aire, con la A, a tu manera, ... salivamos, suspiramos, nos reímos y todo va cogiendo más suavidad. A veces recorrer tu propio cuerpo es recuperarlo, reencontrarte, enamorarte de ti misma de nuevo.

Con los dedos dentro de la vagina puedes explorar la movilidad de la musculatura interna haciendo algún ejercicio de Kegel, como si tuvieras unas bolas chinas o un huevo de jade en el interior. Puedes contraer y distender, subir tus dedos hacia dentro o tratar de expulsarlos. Igualmente, te recomiendo, que tomes muchas pausas entre estos u otros ejercicios que quieras experimentar. Lo más relevante es que en todos los casos, puedas volver a conectar con la sencilla presencia de tus tejidos, con la distensión y el arroje que te regalan.

Vamos a llegar al fondo de nuestras vaginas y estando sentadas, si nos inclinamos hacia delante o nos ponemos en cuclillas, notaremos más fácilmente el cuello del útero, el cérvix. Puede que te cueste encontrarlo. Notarás una superficie redonda que sobresale al final de la vagina. El cérvix puede ser duro como la punta de la nariz o más blandito, como tus labios de la boca fruncidos. Una vez que lo hayas encontrado puedes también recorrer todo su alrededor y notar el pequeño orificio de entrada. ¡Estás tocando la entrada a tu útero! Con los dedos en el interior de tu vagina y otra mano encima del vientre, y con la expertez de manos como las de Montserrat Catalan, es un gusto encontrar y movilizar nuestro útero. Identificar su tamaño, posición y estado. Las sonrisas de asombro y amor, cuando Montse ayuda a movilizar el útero de cada mujer, son inolvidables. Los rostros se sorprenden, brillan, llenos de amor, reconocimiento y reencuentro.

Llegadas a este punto vamos a ir retirando los dedos de la vagina con suavidad y conciencia. Pasaremos de nuevo, del útero, por la vagina, hacia la vulva y el periné. Cuando saques tus dedos puedes reposar en tu vientre, despedirte de tu vulva y mirar si hay flujo y de qué tipo es. ¿Es más denso y espeso, o flexible y elástico? ¿Estás menstruando? ¿Es oloroso, tiene un color que te llama la atención? Conocer nuestro flujo vaginal nos da muchas pistas del momento del ciclo menstrual, de nuestro estado de salud o del momento vital en el que estamos.

En este salir de nuestro interior podemos acercarnos a las mujeres que nos lo pidan o comentar en los grupos cómo ha sido la experiencia hasta ahora. Normalmente a estas alturas, el clima de confianza y bienestar en el grupo es muy alto y todo fluye orgánicamente. Risas, llantos y complicidad están muy presentes.



Mila Lopez

Terapeuta Menstrual

<http://laboutiquedelesbruixes.blogspot.com.es/>

Conocer mi cuerpo y conectar con mi ciclicidad ha sido uno de los mayores regalos que he podido hacerme a mí misma en toda mi vida. El conocimiento sobre nosotras mismas, reconociéndonos como MUJERES SABIAS, es algo que llevamos impreso en nuestro ADN, rascarlo para que salga a la superficie, tras siglos y siglos de encubrimiento patriarcal, es algo que me atribuyo principalmente a Mí, a todas las mujeres que se atrevieron a mirar sus vulvas espéculo en mano como un verdadero acto de Vindicación y a mis ganas y a el valor de ser Feliz en una sociedad que nos oprime, nos maltrata y ningunea constantemente desde las estructuras más rancias del patriarcado imperante.

¿A qué me refiero cuando hablo de patriarcado? Según la wikipedia «Patriarcado es un concepto antropológico que describe una organización social, cultural, política y religiosa en la cual, la totalidad de las relaciones sociales está estructurada por el dominio de los Hombres (machos heterosexuales) sobre toda la sociedad. Su ideología incluye una valoración desigual entre hombres y mujeres y contra todo aquello que no cumple con la norma hetero-dominate, estableciendo que, Ellos son superiores y Ellas inferiores»

Una vez aprendida e interiorizada esta definición, podemos empezar a ver la luz y empezar a entender desde donde se construyen las "normas" que nos hacen ser de una determinada manera o de otra.

Y aparece entonces La Ginecología natural y feminista como herramienta de autogestión de la salud. Una herramienta que no pretende ser una especialidad clínica, ni inatenta sustituir el trabajo de la Ginecología médica.

La ginecología natural feminista ha sido para mí y para los miles de mujeres que la practican una nueva forma de relacionarnos con nosotras mismas, lo que sabemos y lo que no sabemos de nuestro propio cuerpo, de nuestra anatomía y fisiología, de la manera en que nos vinculamos entre nosotras y con nosotras. Es una herramienta que nos permite ampliar la perspectiva, habilitar y darle más lugar a todas las vivencias de cada una, encontrándonos en la diversidad, empoderándonos en nuestra salud, en nuestro auto-conocimiento, en nuestra sexualidad libre. Porque amar nuestra ciclicidad

empoderarnos y redefinir nuestras reglas

y nuestros cuerpos menstruantes es un verdadero acto de revolución política desde nuestra condición de oprimidas.

Es un intento de recuperar la trama social, el tejido de la comunidad y hermandad entre mujeres. El punto clave a modo de premisa es: si Yo puedo amarme, reconocermme, cuidarme, valorarme y poner mis límites, también puedo entenderme y acompañarme, como mujer, desde un lugar más comprensivo, amoroso y sin juicio, desde una verdadera escucha de nuestros propios procesos vitales y fisiológicos, pudiendo así entender y escuchar a otras mujeres creando vínculos que nos unan y nos ayuden a seguir avanzando hacia una sociedad mucho más justa, comunitaria e igualitaria, donde no haya ni opresores ni oprimidas.

Y es que, aunque nuestras hermanas escribieran Cuadernos feministas, manuales de ginecología autogestiva y muchísima literatura feminista de auto-coñocimiento, todo ha seguido siendo un tabú. Recuerdo el famoso anuncio de compresas donde el líquido que "expulsamos" todos los meses es de color azul y huele a nubes!!!! Este y muchos más, han sido los mensajes que hemos ido interiorizando poco a poco adoctrinándonos en «La cultura de la suciedad del cuerpo femenino»; y es un claro ejemplo del infantilismo paternal desde donde nos han educado.

La falta de información real que las mujeres tenemos (expulsamos endometrio, es de color rojo y huele a sangre y otros olores) nos genera una auto-percepción sobre nosotras mismas muy limitada, en donde la visión que tenemos de nuestro cuerpo y sobre nosotras mismas está repleta de juicios moralistas, un adoctrinamiento que devalúa nuestra capacidad de reconocernos como cíclicas (y no lineales) y capacitadas para recibir placer más allá de la función reproductiva que se empeñan en inculcarnos como única opción posible a nuestro cuerpo de mujer.

Rebelémonos mujeres! Empecemos a mirar nuestros Coños, a olerlos, a tocarlos a reconocer nuestros fluidos y nuestra sangre todos los meses. Conozcamos a nuestras hormonas, nuestros ovarios y nuestras glándulas de placer. Hagámoslo por nosotras, por nuestras hijas, por nuestras madres y nuestras hermanas. Porque si Sana Una, Sanamos Todas!



Historias de reglas: del paño a la copa



Rita Gavarró Buscà
www.masgaia.com

Hace 11 años que no tengo la regla. Recuerdo que en los últimos años de mi regla leí un libro que se llama "Luna roja" de Miranda Gray. Trata sobre la regla y su relación con las fases de la luna. Me impactó. Me sentí empoderada para vivir los diferentes momentos del ciclo de una manera más intensa y sobretodo autorizada a reconocer lo que mi cuerpo me pedía en cada momento, sin tener que pedir perdón por ello.

Desde entonces he recomendado y prestado este libro a muchas mujeres, ya que, por varias razones, tengo contacto con mujeres jóvenes de diferentes países. Son mujeres que viajan y están un tiempo en mi casa, y hay un día en que les viene la regla; y a veces no pueden estudiar o trabajar, o bien no tienen la menstruación desde que están fuera de su casa. Actualmente en nuestra casa-proyecto Mas Gaia celebramos cada luna nueva con un círculo de mujeres. Reunirnos cada 28 días nos hace más conscientes de las fases de la luna y de cómo hemos estado ese mes. Es una revisión mensual relacionada con el momento de la naturaleza. Últimamente parece que las mujeres nos estamos reconciliando con nuestra naturaleza cíclica. Nos hemos acercado otra vez (o quizás nunca nos fuimos) a la naturaleza, a la tierra, a cómo nos afectan sus cambios. Lo cíclico como parte esencial de las mujeres, o al menos, como algo que no se debe negar ni esconder. Desde los paños hasta la copa (y ahora, según me ha contado mi hija, vuelven los paños) ha habido un largo recorrido.

Hace unos años estuve preguntando a mujeres de mi entorno sobre su experiencia con la regla. Aquí están algunos de sus testimonios en los que hablan de cuando les vino, de sus madres, de cómo la llamaban, de cómo se sentían. Son trozos de vida, de su intimidad, preciosos tesoros escondidos. Son mujeres nacidas en los años 50 y 60, que han vivido su infancia y adolescencia durante el franquismo. Gracias a Paca, Margarita, Mercè, Charo, Neus, Nuria, Alicia. Gracias por compartirlo:

TESTIMONIOS:

"Eran tiempos silenciosos. Oscuros. De hablar poco. De preguntar menos. De ignorar mucho. De callar. Oír, ver y callar. Y de aquí mando yo. De miedos. Recuerdo mi primera regla. Había oído hablar de la "cosa" en un ambiente ambiguo de: no puedes tocar agua, te puedes quedar parálitica... Era un tema tabú. En mi casa nadie me avisó, ni me explicó. Me llegaron voces de fuera, de otras niñas, quizás. De otras madres. Recuerdo que no dije nada a nadie. Lo viví en soledad, con miedo y con morbo. Recuerdo que me fui a casa de un familiar que no estaba y allí me puse mis primeras compresas de tela y recuerdo el ritual que hice para lavarlas ¡¡¡¡¡Con agua, claro!!!! Creo que ponía en duda lo que había oído. Hasta las plantas, si las tocabas, se mustiaban, podían morir. Un mundo oscuro para un hecho natural."

"Me vino a los 11 años. Recuerdo la historia de los paños. Mi madre me dijo, ponte el paño. Yo soy la mayor de tres hermanas. Había visto los paños de mi madre. Era como una toalla blanca que se doblaba y te la ponías. La primera época era la sensación de total incomodidad, le dije a mi madre que eso era horroroso, que no podía caminar, que se me movía, y mi madre me compró una faja. Con la faja me sentía libre, antes iba cruzando las piernas. La parte negativa es qué hacía con el paño, yo lo encontraba una guarrada. Había un cubo donde los tirábamos y a veces yo también los lavaba".

"En casa la llamábamos el periodo. Yo no soporto que alguien hable mal de la regla. Cuando yo tenía dolores, eran mis dolores y les tenía un cierto afecto. No me rebelaba contra los dolores. Me tumbaba y punto. Para mí ha sido la confirmación de que era una mujer. Cuando me viene la regla me siento mujer. También me ha pasado con la lactancia o cuando estoy embarazada. Pienso, las otras están vacías."

“No sé por qué aquella noche compartí la cama con una de mis hermanas, no sé cuál de ellas y me desperté inquieta porque me sentía mojada y cuando me toqué me vi las manos llenas de sangre. Desperté a mi madre para decírselo y pedirle alguna cosa para ponerme y preguntarle cómo hacerlo. Había leído el “Diario de Ana María” y por eso le dije que no me había asustado, que en este libro ya se hablaba de la menstruación. Y así le ahorré a ella explicármelo aunque ahora pienso que perdí la oportunidad de una buena conversación con ella. Cuando tenía 26-28 años recuerdo que los días de menstruación tenía la sensación de que la vida se me escurría entre las piernas. Y yo no la estaba aprovechando.”

“Creo que fue a los 13 años. En esa época yo todavía nadaba y recuerdo que al volver a casa, en el coche con mi madre, comentarlo con mis hermanas mayores. Ah, es la regla. No debía tener mucha porque casi ni manchaba y nadaba igual sin ponerme nada. Luego recuerdo muchas épocas diferentes, primero no tenía mucho efecto, venía y marchaba, ningún drama. En la escuela había chicas que se desmayaban y yo no lo podía entender. Después hubo una época en la que disfrutaba de tener la regla, me daba la sensación de limpieza, me gustaba sentir cómo bajaba el flujo por la vagina. Luego en otra época estaba contenta de cuando me venía porque utilizaba el método Ogino para no quedarme embarazada. Con mi hija fue muy bonito estar juntas cuando le vino. Nos pusimos muy contentas.”

“Mis recuerdos de cuando me vino la regla son muy agradables. Soy la pequeña de tres hermanas. Me vino tarde, como a los 13 o 14 años. Me hicieron casi una fiesta en casa. Me lo pintaron muy bonito todas enseñándome. El apuro fue cuando tuve que aprender a ponerme un tampax. Mis hermanas mayores me enseñaban. Lo pusieron debajo de un grifo y me mostraron como se hinchaba. Mi madre delegaba en mi hermana mayor; ella ha sido mi mamá joven. Y cuando hablábamos en casa de lo que no se podía hacer, como bañarse, que a mí me gustaba mucho, me decían que eso eran costumbres antiguas. Yo he sido una chica tampax.”

“Al llegar le enseño las bragas manchadas a mi madre que sonrío muy trascendentalmente y me da compresas e instrucciones precisas. Quiere saber si me encuentro bien y le digo que sí que no pasa nada y que tengo amigas que ya la tienen. Ah vale, dice ella y no recuerdo mucha más explicación. A la mañana siguiente me pregunta si quiero ir al cole, y tanto, le digo yo, estoy perfecta. Pero después

de comer en casa me encuentro fatal y ella hace una cosa insólita: me da una copa de coñac y me deja su cama para hacer la siesta. En casa la llamábamos el tomate, la cosa, el monstruo.”

“El día que me vino la regla era sábado por la tarde. No puedo recordar porqué pero yo estaba segura de que me venía esa tarde y me veo a mí misma dando bandazos por el pasillo de la sala al baño, venga a mirarme las bragas a ver si ya, y mi madre diciéndome “si te quedas más tranquila ponte una compresa” y yo muy orgullosa de ponérmela. Recuerdo una expectación y unas ganas...Tenía casi catorce años y mis amigas todas la tenían desde hacía tiempo porque, para colmo, eran mayores que yo, y ya no aguantaba más. Que yo recuerde no hubo ningún tipo de ceremonia en mi casa, ni mi madre me dijo nada solemne, pero todo fue natural y agradable, supongo que porque mi madre lo vivía en ella misma siempre como algo normal y hasta bueno y nos lo transmitió a mis hermanas y a mí. Desde luego, era algo que sólo sabíamos las chicas pero no había ese secretismo ñoño ni pudores excesivos que yo percibía en casa de amigas mías. Yo hacía tiempo que colaboraba con mi madre y mi hermana mayor en cortar rectángulos del gran rollo de celulosa que mi padre traía, cada cierto tiempo, de la farmacia militar, y poníamos en una caja de cartón forrada de tela que estaba en el armario de mi madre, y a mí me hacía mucha ilusión cortarlos y ponerlos bien ordenaditos. Di a mis amigas la noticia y recuerdo el comentario de una de ellas: “has visto que delicia de pringue y ¡qué olor!”, la frase es literal, qué olor, me hizo mucha ilusión esa complacencia, sentí que me unía a las mayores.

“Soy la mayor de cuatro hermanas. Nunca dijimos el nombre real, decíamos “la burra”. Recuerdo que cuando me vino, mis amigas ya la tenían y que yo estaba preocupada. No se hablaba de ella y se le ponía nombres extraños: “La tía Maria dels peixos baixos” (la tía María de los peces bajos). La recuerdo dolorosa, abundante, yo me ponía muy nerviosa y a veces tiraba cosas por el suelo los primeros días y me tomaba pastillas. Antes sentía las piernas más pesadas y ahora noto mucho la ovulación, sé cuándo ovulo y he sabido cuando me he quedado embarazada. A mi hija le ha venido la regla y no me lo dijo. Lo supe yo. Se escondía. No quería hablar de ello.”

“Tuve la regla cuando tenía 13 años. Vivía en Nigeria. Un día me levanté y me dolía el estómago y yo jugaba al fútbol y fui al lavabo y tenía las bragas manchadas de sangre. Yo no sabía lo que pasaba. Mi entrenador era como un padre para mí y me preguntó qué me pasaba y después fui a su casa y él y su mujer me explicaron que significaba aquello.

Mi madre nunca me había dicho nada. Tengo dos hermanas mayores. En África hay países donde las mujeres se van al bosque cuando tienen la regla y la pasan solas y yo pienso que debe ser muy triste. Y si nadie te habla de ello y a ti te duele o tienes mucha sangre puedes pensar que tú tienes la culpa o que te puedes morir. Cuando después fui a casa, no hablé con mi madre. Sentía que había hecho algo malo y me sentía sucia y culpable. Usaba compresas. No podía usar tampones porque era como tener relaciones sexuales. Con las amigas la nombrábamos como "it" (eso), the daemon (el demonio), my other side (mi otro lado), Fred, Tina..."

"Me vino muy tarde, a los 14 años. Todas mis amigas ya la tenían. Algunas muy jóvenes. Esa no era una cosa buena porque no te desarrollabas tan bien y te quedabas pequeña. La gente decía "uy, tan joven". La mía fue una regla deseada. Un día estábamos las jovencitas hablando con un grupo de jóvenes casadas y una decía que se estaba duchando y que se había quedado "ciega, ciega" y que luego con unas sales o un agua del Carmen había recuperado la vista. Claro que en aquella época, en un pueblo de Jaén, no había mucha costumbre de ducharse. Recuerdo que durante mucho tiempo cuando me duchaba me venía esta amenaza. A mí me vino cuando estaba estudiando en Andújar y cuando fui al pueblo yo estaba nerviosa por

decírselo a mi madre pero ella solo dijo "ah. Bueno". La regla no se nombraba. Se decía "me ha venido el Paco, Don Paco, el tío de América, el tío, tengo aquello, tengo eso". Este era un lenguaje entre mujeres. Con los hombres no se hablaba. Mi madre se lo dijo a mis tías y una tía se alegró mucho. Dijo "ah, ¿ves cómo no le pasaba nada a la niña?" Es que cuando yo iba a nacer la comadrona había dicho que yo iba a ser un niño. Cuando nací y vieron que era una niña la comadrona dijo "es una niña pero viene en el seno de un niño" y mi madre preguntó "¿y esto tendrá alguna consecuencia?" y dijo la comadrona "bueno, normalmente no pueden tener hijos". Por eso mi tía se alegró cuando me vino. Yo sentía que lo podía hacer todo con la regla, sobre todo con los tampones, ir al río a bañarme y montarme en el mulo. Hice una gran campaña con mis amigas sobre los tampones, aunque teníamos miedo de que se nos perdiese por ese laberinto que es el cuerpo humano. Me gusta mi olor íntimo. Sé si estoy bien o mal por mi olor. No me gusta el perfume ni la gente que lleva perfume. Con la regla tenía un olor muy intenso y a mí me gusta. Es un poco como el olor del parto. Hay algo que te atrae. No es exactamente a sangre sino a "humores" que digo yo. Un cuento de mi pueblo era que si te quedabas dormida en el campo teniendo la regla, como el olor de la regla era muy intenso, los lagartos venían atraídos por ese olor y entonces los lagartos entraban por "ahí"".

¡qué poco han cambiado LAS COSAS!

Roxanne

Tenía 11 años la primera vez que me vino la regla. Mi familia fue pregonando por toda la ciudad que "ya era una mujer". No entendía nada y la única información que había recibido al respecto fue que "eso" (tal y como se referían en mi casa a la menstruación) le pasaba a todas las mujeres una vez al mes.

En menos de un minuto se propuso mi madre enseñarme a ponerme una compresa. Lo que no me dijo es lo incómoda que resultaba y que no era un método 100% efectivo para evitar "fugas". Era sin duda un tema tabú y hasta vergonzoso. Tanto que en el colegio y en casa iba a hurtadillas al baño tratando por todos los medios de que nadie se enterara de que tenía la regla. Era la semana de la ansiedad constante. Otro día mi madre quiso que aprendiera a usar tampones. Pero no me explicó cómo tenía que hacerlo correctamente ni cómo estaba colocada mi vagina. Probablemente ella tam-

bién lo desconocía, así que intentó introducirme un tampón a la fuerza y, como ya os podréis imaginar, lo único que consiguió fue hacerme daño.

Pasaron los meses y la situación empeoró. Ya no era solo una semana desangrándome y avergonzándome por ello, sino que comenzaron los dolores menstruales. Horribles dolores. Pregunté a las mujeres de mi familia y resultaba que era yo la única que los sufría. Tras años de fuertes cólicos, por fin me decidí a acudir a una ginecóloga. Salí de la consulta todavía peor de lo que había entrado. La médica se negó a revisarme por no haber mantenido sexo con hombres (entendiendo ella el sexo exclusivamente como coito). No solo eso, sino que no le dio importancia alguna a mi sufrimiento. Y a día de hoy sigo en las mismas, habiendo perdido la esperanza en el sistema sanitario por su desinterés por la salud y el bienestar de las mujeres.



menopausia climaterio, paladeando experiencias, acotando conceptos

Darse cuenta. Saber qué se puede esperar.

Núria Beitia Hernández

www.nuriabeitia.net

Las mujeres sabemos cuándo fue nuestra primera menstruación. A diferencia de esa vivencia en la que toda muchacha sabe, en el mismo acto de ocurrirle, no sabemos cuándo estamos teniendo la última menstruación. Aunque sea una experiencia que se da en el presente, es el paso del tiempo lo que permite confirmar que “la pausa” se ha producido. Eso es, justamente, lo que significa la palabra menopausia: pausa, cese, de la menstruación.

Además, para que la menopausia no cargue con la culpa de todo lo desagradable que nos pasa en ese momento vital es imprescindible no confundir lo que tiene que ver con el ciclo menstrual y lo que corresponde al ciclo vital y, para ello, necesitamos, además de tiempo, tener perspectiva.

Si yo me nombro e identifico como mujer en/con la menopausia —o como menopáusica— centro mi identidad en la capacidad reproductiva. Si me nombro o reconozco como mujer en el climaterio, además de tener ya un “lugar” desde el que ver, nombrar y comprender —climaterio viene del griego «klimaktér», y significa escalón— me va a resultar más fácil descubrir e identificar qué otras cosas me están ocurriendo.

Las palabras, en sí mismas, son inocentes y sirven para describir. El uso, el valor y la elección que hagamos de una u otra palabra garantizarán mayor o menor grandeza y gracia a aquello que queremos explicar y comprender. Si además resulta que la palabra climaterio también comparte familia etimológica con la palabra “clímax” (del griego «klîmax», escala) añadido al proceso vital que estamos tratando dos cuestiones interesantes: la idea de gradación y la de “momento culminante en el desarrollo de una acción”.

Con este texto no pretendo, ni por deseo ni por capacidad, explicar el climaterio (parte del ciclo vital femenino que dura entre 10 y 15 años y que incluye la menopausia). Sería una intención desorbitada y un enorme esfuerzo y, por fortuna, muchas mujeres ya han hecho ese precioso trabajo de pensar, investigar y divulgar (algunas de ellas están en la bibliografía final).

Del climaterio, por tanto, no soy experta por formación o titulación sino por estar experimentando y por haber, sobre todo, escuchado —y leído— a mujeres sabias: desde Hildegarda de Bingen a Anna Freixas pasando por la imperdible Germane Greer.

Mi intención es esbozar unos apuntes, básicamente personales, de lo que supone vivir “el” y “en el” proceso de algo que o apenas se nombra o no se nombra bien. Espero saber compartir el gozo que sentí al recibir de Eulàlia Pàmies información, preguntas y confianza de esperar, con ganas de saber, la llegada de la menopausia y del climaterio a mi propia vida. Tanto su presencia personal como la creación y el cuidado de su blog transformaron mi manera de ver este proceso (<http://lanostramenopausa.blogspot.com/>).

propongo detenernos a comprender y a mirar

Porque el valor que, en muchas ocasiones, se le asigna a la palabra menopausia se base en nombrar —con horror y/o resignación— una retahíla de síntomas indeseables y esperables, porque climaterio sea una experiencia vital tan común y una palabra tan poco conocida, me he propuesto introducirla en buena parte de mis conversaciones, aunque no venga a cuento. Planteo una toma de conciencia en dos acciones: comprender y mirar.

Comprender que —según Eulàlia Pàmies— el proceso de cambio, el umbral que abre paso a la mujer mayor, es el Climaterio e ingresamos en él cuando apreciamos algunos cambios en nuestro ciclo y en nuestro cuerpo. Y es entonces cuando estamos en la Perimenopausia. Trascorridos doce meses sin menstruación sabemos que, doce meses atrás, se produjo la Menopausia y que estamos en la Postmenopausia, el periodo en el cual se afianzará el tránsito hacia la mujer sabia.

Usar el término Menopausia en detrimento del término Climaterio, refleja el poco reconocimiento social al gran trabajo evolutivo que concierne a la mujer en esa etapa. Y creemos que es el resultado del que hasta ahora ha sido nuestro refe-

rente de organización social patriarcal, el cual sólo entiende de hechos: menarquía, menopausia, nacimiento, parto, muerte... pero parece obviar y desconocer el valor iniciático de esos hitos biológicos en la vida de las mujeres.

Y mirar este momento vital de una forma más amplia: mirarlo –y prepararlo y cuidarlo-tanto en el futuro (previsión), como en el presente (vivencia) y en el pasado (revisión).

De la misma manera que, como hicimos antes de la llegada de la menstruación cuando éramos niñas, podamos imaginarlo por adelantado, y lo hagamos acogiendo el miedo y la preocupación si se dan pero también la curiosidad. Que podamos, en el momento que ocurre, interrogarnos con libertad, compartiendo sentires y preguntas y contar con la fortuna de ser escuchadas y atendidas. Sabiendo que, sobre todo, lo que vivo cuando estoy atravesando el camino de la menopausia y el climaterio está bien, es normal, es esperable, es verdadero, es natural... es bello. Poniendo como referente y medida la salud y no su falta y con ello colocar la experiencia femenina en el lugar de la diferencia y no de la patología.

viviendo en el proceso, vivir el proceso

La vida de los seres humanos es un cambio continuo, una transformación que posibilita el crecimiento y el desarrollo de eso que estamos deviniendo. La infancia, la pubertad, la juventud, la edad adulta, la madurez, la vejez... Hay etapas vitales que se perciben con más intensidad, porque las vivimos así o porque nuestro entorno se sorprende o se desconcierta con los cambios que manifestamos. Se da de manera habitual tanto en la etapa de la pubertad como en el climaterio: dos intensos y, a la vez, preciosos momentos vitales en los cuales los cambios hormonales tienen una importancia que, obviamente, acompaña e interviene en otros cambios: fisiológicos, psicológicos, emocionales, incluso espirituales. Transformaciones que, en ocasiones, producen tensiones internas -sentimiento de inadecuación o de soledad- y tensiones externas en núcleo familiar, con la pareja, las amistades, en relación con el mundo...

Cuando algo no va como iba antes, normalmente surge en nuestro interior una pregunta que pretende saber, de entrada, si estoy bien o si lo que me ocurre, simplemente, es que me estoy transformando.

Por eso necesitamos la pregunta "¿qué me pasa?", pronunciada desde diferentes lugares de enunciación: "¿qué te pasa?" "¿qué nos pasa?" "¿qué pasa?".

La intención con la que planteemos o recibamos esa pregunta será determinante:

- O bien originará la vivencia en la que, guiadas por la curiosidad, nos encaminemos a la indagación.
- O, en cambio, cuando la vivencia de que "eso que me/te pasa" es algo que "no debería pasar, es terrible, no debería sentirlo, etc.", nos embarga la sensación de inadecuación, el malestar y el miedo.

Esa simple y necesaria pregunta señala desorientación, necesidad de verificar, de confiar en encontrar, de buscar información, recursos, consejos, etc. Si viene aderezada con la intención o la preocupación verdaderas y amorosas de contemplar, con ternura y admiración, la transformación del nuevo ser, es un regalo ya que, en ocasiones, las transformaciones pueden resultar extrañas e incómodas pero después vemos que, como todo proceso, son en realidad algo que está ahí para dar nuevas oportunidades, nuevos lugares, nuevos estares creativos a nuestro ser, salud y vida.

Si esa misma pregunta, viene cargada de inmovilismo, es decir que, más que una pregunta es una barrera, es un "no me vengas con cosas que no entiendo" un "no sé en quién te estás convirtiendo y aunque aún no te conozco tampoco quiero saberlo", deja de ser pregunta, deja de ser una verdadera preocupación o interés y bloquea toda la sabiduría que guarda cualquier pregunta. En especial la que regala atravesar un proceso vital.

Y también La LLaman segunda adolescencia o segunda primavera...

Tanto en la adolescencia como en el climaterio puede ocurrir que sintamos lo conocido como ajeno, que nos sintamos habitadas y habitando un mundo diferente, un planeta desconocido, una galaxia extraña, lejana. En esa nueva órbita la tentación de atribuir todo lo que nos pasa al cambio biológico es muy grande. El mundo, a menudo, expresa así lo que no conoce con una corta sentencia: "Eso es por la menopausia", "eso es por la adolescencia".

Los dos son momentos vitales clarísimos, con importantes cambios físicos que lo muestran y lo señalan y que vienen acompañados de procesos internos de gran autoconocimiento y crecimiento personal. Por ello es tan importante redimensionar, de nuevo, la apropiación de esa nueva piel y ese nuevo ser en que nos vamos convirtiendo. Que la ciencia médica, la familia, la publicidad, los manuales de autoayuda, las amigas y una misma nos empapemos de esa mirada interesada y tierna que nos acoja. Que recordemos que los cambios físicos no vienen a atentar a nuestra imagen corporal sino a traer un nuevo estado madurativo que permitirá desplegar nuevas respuestas y prácticas y, en estos casos concretos, permitir a los adolescentes convertirse en adultos y posibilitar a las mujeres devenir sabias.

Revisión de vida

Es más que probable que, a lo largo de nuestra etapa fértil, hayamos oído que "la culpa de todo la tenía la regla". Es curioso que, en la etapa en la que cesa nuestra regla, "la culpa de todo" sea su falta. Leer de otra forma algunos de los síntomas considerados "habituales" -y que no lo son tanto- es una acción saludable y política.

El climaterio coincide con un momento vital de gran activi-



dad (familiar, profesional, personal), es habitual que sigamos desplegando muchos cuidados (a hijas e hijos, a padres y madres, a amigas y amigos) y de revisión. Revisión de proyectos personales y profesionales, revisión de sueños y deseos. En esa segunda madurez hay que colocar lo que aún no ha salido a escena en nuestra vida y también hay que decidir y/o hacer el duelo por lo que ya no saldrá. Entenderlo, discriminarlo, aceptarlo, actuarlo... puede traer insomnio, cansancio, apatía, enfado, tristeza... y también alegría y liberación. Me ayuda saber que la dificultad en el dormir puede ser una consecuencia hormonal pero me ayuda mucho más cuando compruebo que lo que me despierta de madrugada tiene que ver con revisar mi vida, repensarme, sentir mi ser y mi sensorialidad de una manera diferente. Me tranquiliza entender que los despistes o fallos de memoria son comunes a otras personas de mi edad pero me interesa plantear la hipótesis de que mi cerebro más cognitivo da paso a una inteligencia más sensorial e intuitiva. Me despido de algunas características físicas acogiendo otras nuevas, como el color de mi pelo que ha pasado de un precioso moreno a un precioso plateado.

No digo que el climaterio es lo mejor que me ha pasado en la vida ni tampoco que ahora empieza lo mejor. Simplemente no lo sé. Lo que sí sé es que es el lugar en el que (me) habito ahora y también sé que, como mis otros lugares, será de paso. Por ello miro de disfrutarlo, de conocerlo, de hacerme dueña de mí misma a cada instante.

Que mis amigas y las mujeres a quienes reconozco saber y autoridad, me cuenten la belleza, las incertidumbres, las dificultades, el misterio... y acogerlo sin tener que controlarlo todo: viviendo abierta al proceso de ser, a los cambios.

Conocer y visionar imágenes de mujeres que viven con plenitud, atrevimiento, originalidad y libertad la experiencia... y que la muestran, la cuentan, la filman o la cantan.

Quiero oírlo todo de primera mano de quien lo protagoniza o ha protagonizado... ¡y quiero contarlo!

Núria Beitia Hernández. Psicóloga, magistra en Estudios de las Mujeres (Duoda-UB), ama de casa, madre de una chica, creadora de talleres de sexualidad y de acompañamiento al ciclo menstrual, monitora de salud sexual... y aún no si ya me he graduado en menopausia.

REFERENTES

- Adèle Tulli: Menopausia Rebel (Pel-Ícula, 2014)
- Adrienne Rich: Sobre mentiras, secretos y silencios. Traducción de Margarita Dalton. Madrid, Horas y Horas, 2010.
- Anna Salvia Ribera i Agnès Mateu Fernández: El baile en la vida de las mujeres. Un recorrido por nuestras etapas vitales. Al natural. Navarra, La fertilidad de la tierra, 2018
- Anna Freixas: Nuestra Menopausia, una versión no oficial. Ed. Paidós Barcelona, 2007
- Bárbara Ehrenreich, Deirdre English: Brujas, comadronas y otras enfermeras. Historia de las sanadoras. Horas y HORAS la editorial, Madrid, 1981-84-88.
- Bárbara Ehrenreich: Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo. Turner, Madrid, 2011
- Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston: Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Icaria, Barcelona 1982/1984
- Eulàlia Pàmies: <http://lanostramenopausa.blogspot.com/>
- Germaine Greer: El cambio. Mujeres, vejez y menopausia, Barcelona, Anagrama, 1993
- Jean Shinoda Bolen: Las diosas de la mujer madura. Ed Kairós. Barcelona 2006. Trad. Silvia Alemany
- Marianna Legar: Cuando la menopausia era una fiesta. <http://circulosdemujeres.blogspot.com.es/2015/05/cuando-la-menopausia-era-una-fiesta.html>
- Marion Zimmer Bradley: Las nieblas de Avalon.
- Revista MyS (Mujeres y Salud) números 30 y 31 (2011), número 36 (2014)
- Rosa Zaragoza: Sangre de Vida, en el CD A la luz de la risa de las mujeres
- Sònia Moll: Climateri. <http://directa.cat/climateri>

LIBROS Y RECURSOS SOBRE MENSTRUACIÓN EN LA RED

- Activismo menstrual. En La política y yo. <https://lapoliticayyo.wordpress.com/2013/02/21/activismo-menstrual/>
- Anna Salvia.
 - Viaje al ciclo menstrual. <https://viajealciclo menstrual.com/>
 - El baile de la vida en las mujeres. <https://viajealciclo menstrual.com/el-baile-de-la-vida-en-las-mujeres/>
 - El Tesoro de Lilith. Carla Trepát y Anna Salvia. <https://www.youtube.com/>
- Artes Vivas: Elixir of life, cartografías del sujeto oxitocina en la era farmacopornográfica. <http://elixiroflive.blogspot.com>
- Bendición del útero. <http://www.wombblessing.com/spanish-invitation.htm>
- Breve historia del activismo menstrual. <http://menstruar.blogspot.com/2010/10/breve-historia-del-activismo-menstrual.html>
- Campaña MenstruAcción. <http://economiafeminita.com/campana-menstruaccion/>
- Carme Valls
 - Las causas orgánicas del malestar de las mujeres. http://matriz.net/mys16/16_21.htm
 - Curso de ciclo menstrual y su manejo clínico desde atención primaria. <http://www.caps.cat/redcaps/cursos.html>
 - Anticonceptivos hormonales: ya no son la primera elección. <http://matriz.net/mys25/img/MYS25.pdf#page=29>
- Criatures. ara.cat. I a tu, ja t'ha vingut? <https://criatures.ara.cat>
- Cuerpo menstrual - Revista Anfibia. <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/cuerpo-menstrual/>
- El blog alternativo. El fin de la regla. <https://www.elblogalternativo.com>
- El blog alternativo. Alexandra Pope en España. <https://www.elblogalternativo.com>
- El libro rojo de las niñas. Cristina Romero. <http://obstare.com/es/el-libro-rojo-de-las-ninas>
- Entrevista a Casilda Rodríguez. En A las barricadas.org. <http://www.alasbarricadas.org/noticias/?q=node/272>
- Enriqueta Barranco
 - Control de la fertilidad y autoconocimiento: la revolución pendiente. <http://matriz.net/mys25/>
 - La copa menstrual y su papel en la detección de tóxicos en la regla. <http://matriz.net/mys41/>
- Erika Iruستا
 - El camino rubí <https://www.elcaminorubi.com/>
 - Diario de un cuerpo <https://www.elcaminorubi.com/libros/>
 - Yo Menstruo <https://www.elcaminorubi.com/libros/>
 - Si los Hombres tuvieran la regla. Entrevista. <http://www.eldiario.es/>
 - Soy1 Soy4. La primera red social de ciclo menstrual. <https://soy1soy4.com/>
 - La regla, el último tabú. Entrevista. <https://www.eldiario.es/carnecruda/programas/>
- Freetheregla. Diario íntimo de una menstruación consciente. Un camino hacia el sangrado libre. <https://instagram.com/>
- Irene Aterido.
 - Me duele la regla. <http://www.meduelelaregla.com/>
 - Lo que no se diagnostica no existe. <http://matriz.net/mys40>
- La caravana roja. Proyecto de cultura menstrual. <https://lacaravanaraja.com>
- La luna en ti. <https://www.youtube.com/>
- La menstruación secuestrada. <http://www.publico.es/sociedad/menstruacion-secuestrada.html>
- La nueva menstruación. Eliane Mancera. <http://elylu.com/la-nueva-menstruacion/>
- La Psico Women. <http://lapsicowoman.blogspot.com/>
 - ¿Qué sabemos de la menstruación? <https://www.youtube.com/>
 - ¿Estoy embarazada? <https://www.youtube.com/>
 - La copa menstrual. https://www.youtube.com
 - Las reglas sagradas. <https://www.youtube.com/>
- Las hormonas me matan. <https://www.facebook.com/Lashormonasmematan/>
- Les nostres regles. Per una menstruació feminista, ecològica y popular. Espai Casal de Joves. <http://espai.casaldejoves.org/recurs/>
- Libros y feminismo. <https://librosyfeminismo.com/2017/06/18/la-menstruacion/>
- Manual de ginecología natural. <https://es.scribd.com/document/332433265/Manual-introductorio-a-la-ginecologia-natural-pdf>
- Me huele el chichi a Canela. Marta Serrano. <https://vimeo.com/47014249>
- Menstrual Art. Seis creadoras utilizan su sangre menstrual. <https://www.playgroundmag.net>
- Mis libros sobre menstruación favoritos. <https://ilovecyclo.com/blog/mis-libros-sobre-menstruacion-favoritos/>
- Proyecto Viviendo en cíclico. www.viviendoenciclico.com
- Sangre fúcsia. <https://sangrefucsia.wordpress.com>
- Sangre menstrual. Activismo punk. <https://sangremenstrual.wordpress.com>
- Si los hombres tuvieran la regla, de Gloria Steinem, revisitado: <https://www.youtube.com>
- Vulva sapiens. Colectivo feministas de ginecología autogestiva. <http://www.vulvasapiens.net/>
 - Medicalización de la menstruación y estrategias de salida. <https://www.youtube.com>



María Sainz
Ed. Hilos de emociones, 2017

La doctora Sáinz evoca los rituales que rodeaban a las defunciones en el mundo rural mediado el siglo XX. Reflexiona sobre el tratamiento de la muerte en el presente, la comunicación de la proximidad del óbito, la preparación de los profesionales de la medicina implicados en los últimos momentos del paciente; incluye una investigación realizada en centros escolares madrileños que puede servir de orientación para docentes a la hora de hablar a los niños sobre la muerte, y concluye con un relato sobre la escritura como terapia, en el que narra cómo logró superar su propio duelo. (De la crónica de la presentación en Madrid, de *Mery Varona*)

relacionados con su cuerpo y su salud. Sin apenas imaginario que reconozca a las mujeres como sujetos de conocimientos científicos, la "naturaleza femenina" o "lo humano" se ha representado a partir de lo masculino. La presencia de mujeres en la ciencia no es condición suficiente para una mejor ciencia, aunque sí necesaria. cuando se hace desde el punto de vista de grupos excluidos se identifican muchos campos de ignorancia, se visibilizan otras prioridades, se formulan nuevas preguntas y se critican los valores hegemónicos.



S. García Dauder
Eulalia Pérez Sedeño
Ed. Catarata, 2017

A lo largo de la historia de la ciencia, las mujeres han sido objeto de afirmaciones, hipótesis y teorías que han inducido a errores muy graves, justificando su estatus subordinado, invisibilizando o inventando temas

relacionados con su cuerpo y su salud. Sin apenas imaginario que reconozca a las mujeres como sujetos de conocimientos científicos, la "naturaleza femenina" o "lo humano" se ha representado a partir de lo masculino. La presencia de mujeres en la ciencia no es condición suficiente para una mejor ciencia, aunque sí necesaria. cuando se hace desde el punto de vista de grupos excluidos se identifican muchos campos de ignorancia, se visibilizan otras prioridades, se formulan nuevas preguntas y se critican los valores hegemónicos.



Charo Altable Vicario. Ed. Mágina, 2018

A partir del análisis de género de las historias de amor ideales y reales de un grupo de adolescentes y jóvenes de instituto, este libro desgrana la construcción patriarcal latente en las relaciones de dominio-sumisión y en la ideología amorosa romántica. También analiza otras construcciones amorosas a lo largo de la historia, en distintas culturas y en diversas ramas del arte y la creatividad, y en las cuales las mujeres cuentan sus temores, sus diferentes maneras de amar, sus deseos y su concepción del erotismo. En torno al mito de Psique y Eros, en clave no patriarcal, el libro propone los trabajos psíquicos necesarios que toda persona ha de llevar a cabo para construirse otras maneras de amar y otro erotismo donde se armonice cuerpo, emoción y mente, y en las que el buentrato y la igualdad alcancen un verdadero protagonismo.



Montserrat Catalán Morera,
Ilustra Aina Sallés Perramon
Ed. Pol.ien, 2018

Con la misma naturalidad con la que las criaturas cada día descubren nuevos detalles y aprenden a nombrarlos, en este cuento descubrimos el cuerpo y le ponemos palabras.

Un cuento sencillo, didáctico, pedagógico, revelador y reconciliador. Escrito para quienes quieren explicarse y les faltan palabras. Y para las criaturas y adolescentes que "todo" lo quieren saber y necesitan respuestas claras y sinceras. Mostrar partes del cuerpo a las que solemos referirnos con eufemismos: vulva, clítoris, himen, pene, glande...

Un cuento que, dado el silencio y los tabús que hay en torno a la genitalidad, debería tener un sitio en cada casa y familia.



Lorena Saletti Cuesta
Ana Delgado Sánchez
Colección Feminae, Universidad de Granada, 2015

A pesar del aumento tan marcado de las mujeres en medicina, continúa habiendo desigualdades de género en el desarrollo profesional. En este libro se estudian, desde una perspectiva feminista, los relatos de médicas y médicos de familia respecto al logro profesional. Se analizan patrones comunes y diferenciadores y se profundiza en el discurso de las médicas de familia, que señalan la necesidad de un cambio de valores en la organización en dos líneas: avanzar hacia la integración de las esferas laboral, personal y familiar, y dar valor a las cualidades de la práctica profesional más presentes en el trabajo de las médicas de familia, como es la atención centrada en sus pacientes.

A pesar del aumento tan marcado de las mujeres en medicina, continúa habiendo desigualdades de género en el desarrollo profesional. En este libro se estudian, desde una perspectiva feminista, los relatos de médicas y médicos de familia respecto al logro profesional. Se analizan patrones comunes y diferenciadores y se profundiza en el discurso de las médicas de familia, que señalan la necesidad de un cambio de valores en la organización en dos líneas: avanzar hacia la integración de las esferas laboral, personal y familiar, y dar valor a las cualidades de la práctica profesional más presentes en el trabajo de las médicas de familia, como es la atención centrada en sus pacientes.

ANDAR HACIA ATRÁS MEJORA LA MEMORIA Y MÁS



Esto es lo que ha comprobado un estudio que publica la revista *Cognition*. Compararon tres grupos de participantes, los que andaban hacia delante, los que andaban hacia atrás y los que no se movían. Los tres grupos tenían que decir lo que recordaban de distintas propuestas: un vídeo, una lista de palabras y un grupo de imágenes. No sólo recordaron más detalles los que habían caminado hacia atrás, también, durante otro de los experimentos, los que se habían imaginado caminando hacia atrás (sin moverse) recordaron más cosas que los que se habían imaginado caminando hacia adelante o estando quietos.

Ya había habido en las últimas décadas diversos estudios sobre el caminar hacia atrás, una actividad exportada de China donde se ha practicado desde la antigüedad, que reflejan diversos beneficios que añadir a la mejora de memoria: menos presión sobre las rodillas, mejora del equilibrio, moviliza recursos cognitivos, mejora la elasticidad de los músculos isquiotibiales, reduce grasas sobre todo en mujeres...

Aksentijevic A et al. It takes me back: The mnemonic time-travel effect. Cognition. 2019 Jan;182:242-250.

DIOXINAS Y ENDOMETRIOSIS Y ahora que lo sabemos ¿qué?

Un estudio publicado en la revista *Human Reproduction* en 2015, y elaborado por el equipo de endometriosis del Hospital Clínic de Barcelona, logró establecer sin género de duda esta asociación a partir de la pregunta: "¿Son más altos los niveles de sustancias parecidas a las dioxinas biológicamente activas y más tóxicas en el tejido adiposo de pacientes con endometriosis infiltrante profunda (DIE) que en un grupo de control sin endometriosis?" La respuesta al final del estudio confirmó la hipótesis. "Nuestros resultados sugieren un papel potencial de las sustancias similares a las dioxinas en la patogénesis de DIE." Los autores señalaron, no obstante que "se requieren estudios adicionales para confirmar nuestros hallazgos."

Sin embargo, a pesar de esta petición, desde 2015 sólo se han publicado dos estudios más sobre el tema (en ¡cuatro años!). A pesar de que la endometriosis es un problema de salud en aumento entre la mujeres jóvenes que afecta enormemente su calidad de vida y sus fertilidad. Otra muestra más del desinterés de la medicina por el dolor y malestar de las mujeres y otra prueba de los grandes impedimentos para denunciar y poner remedio a los problemas de salud medioambiental generados por la industria química.

Martínez-Zamora MA et al. Increased levels of dioxin-like substances in adipose tissue in patients with deep infiltrating endometriosis. Hum Reprod. 2015 May;30(5):1059-68.

EL GASTO FARMACÉUTICO ¿VALE LA PENA?



Josep Martí, traumatólogo jubilado, exdirector asistencial del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona y socio de CAPS, publica en el *Diari de la Sanitat* un breve artículo denunciando que el gasto farmacéutico en España, contenido durante los años de crisis a base de recortes y copagos, había vuelto a subir constantemente a partir de 2013 a pesar de que los recortes no se habían revertido. Informa que en Catalunya el gasto en medicamentos en 2017 supuso el 20% del presupuesto de salud, y plantea la necesidad urgente de un cambio radical en la política del medicamento que pase de la hegemonía de la industria del fármaco a la gestión del profesional de la salud, sobre todo de Atención Primaria, con formación, recursos y tiempo suficiente".

Joan Ramon Laporte, director de la revista farmacológica *Quadern Groc*, ha dejado un comentario al final del artículo que no nos resistimos a transcribir:

"Efectivamente, en los presupuestos el gasto en medicamentos supone un 19-20%. Pero en las liquidaciones supone un 29,6%. De cada 100 € destinados a sanidad, casi 30 se dedican a medicamentos. Comparad con menos del 10% en países nórdicos, 10-12% en Gran Bretaña, o tope fijado por ley en Italia de 14%. Una cifra escandalosa.

Pero el problema no es "presupuestario". Más de la mitad de los medicamentos que se prescriben y se consumen son innecesarios, pero causan importante iatrogenia. Desde finales de los años 80 hemos pasado de 10 prescripciones por habitante y año al doble, 20 por habitante y año. Los medicamentos son una de las primeras causas de enfermedad, incapacidad y muerte."

<http://diarisanitat.cat/la-despesa-en-medicaments-no-pot-millorar-amb-les-politiques-sanitaries-actuals/>



www.mys.matriz.net

¡Síguenos!

/Revista-MYS

/MySrevista

MyS MUJERES Y SALUD **Vale Regalo por la suscripción de 1 año (2 números) a la revista MyS.**

- > Haz un ingreso de 20€ en la cc de CAPS: ES24 2100-0781-4902-0008-1043
- > Mándanos un mensaje a mys@pangea.org con los datos de la persona a quien se la regalas.

Con la colaboración de:

