

MYS

MUJERES Y SALUD

Revista de comunicación interactiva www.mujeresysalud.es

JUNIO 2025 | Núm 58

Dossier: **En el corazón de las mujeres**

ENTREVISTA. Dolors Comas d'Argemir:
El cuidado está feminizado y precarizado

Gordofobia: La insatisfacción con el cuerpo
es una herida compartida

La próstata en la mujer: el órgano invisible

MUJERES EN LA HISTORIA.
Hildegart Rodríguez, luces y sombras

sumario

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi (directora)
 Lourdes Durán Ramírez (coordinadora)
 Olga Fernández Quiroga
 Carme Valls Llobet
 Núria Beitia Hernández
 Lourdes Franco López
 Mónica Felipe-Larralde
 Noelia García Toyos
 Vita Arrufat Gallén
 Helena Casadevall Adroher

CONSEJO EDITORIAL

Altable Vicario, Charo
 Aterido Martín-Luengo, Irene
 Barranco Castillo, Enriqueta
 Blanco Prieto, Pilar
 Catalan Piñol, Carme
 Miqueo Miqueo, Consuelo
 Romano Mozo, Dolores

CONSEJO ASESOR

Cervera Rodón, Montserrat
 Dio Bleichmar, Emilce
 Esteban Galarza, Mari Luz
 Freixas Farrè, Anna
 Fuentes Caballero, Maria
 González de Chávez Fernandez, Asunción
 López Carrillo, Margarita
 Matamala Vivaldi, Isabel
 Moreno Sanz, Neus
 Norsigian, Judy (Colectivo de Boston)
 Olza Fernandez, Ibone
 Ortiz Gómez, Teresa
 Sanchez Contador, Carmen
 Sanz Ramón, Fina
 Stolcke Stolcke, Verena

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios)
 Rambla Santa Mónica, 10
 Barcelona 08002
 Tl. 93 322 6554
 e-mail:
 info@capsmujeresysalud.org
 Web: http://mujeresysalud.es

Diseño y maquetación
 Mercè Soler

Impresión Impremta Pagès
 Van Planas, s/n - 17160 Anglès

Depósito legal: B 16354-2017



- 3 **Editorial.** El corazón tiene sexo y género.
- 4 Un silencio atronador. La complicidad de nuestra equidistancia y supuesta “neutralidad”. **Soledad Ascoeta Ortiz**
- 6 **Entrevista.** Dolors Comas d’Argemir. **Lourdes Durán Ramírez**
- 9 Haloperidol en el parto. **Araceli García Martínez**
- 10 Encarnando la violencia institucional. **Lourdes Franco**
- 12 **Entrevista.** Anna Jeremias Marin. Miembro cooperativa Magranes. **Núria Beitia Hernández**
- 14 Gisela Pretel retrata la obesidad “Acompañando a Rosa”. **Lourdes Durán Ramírez**
- 15 La próstata en la mujer: el órgano invisible. **Marta Torrón Villalta y Jenny Campos-Salinas.**
- 18 **Ciencia con género.** Nuevo fármaco, viejas costumbres. **Maria Gil y Mercè Botinas**
- 20 **Historias clínicas de salud mental.** La memoria editada. **Olga Fernández Quiroga**
- 21 **DOSSIER: EN EL CORAZÓN DE LAS MUJERES**
- 22 Salud cardiovascular en las mujeres: la gran olvidada. **Soledad Ascoeta Ortiz y Carme Valls Llobet**
- 23 Sesgos de género del sistema sanitario en las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. **Mercè Botinas**
- 26 La enfermedad coronaria no obstructiva: ¿Un sesgo de sexo? **Soledad Ascoeta Ortiz**
- 28 Ictus en la mujer: Desigualdades en investigación, diagnóstico y tratamiento. **Gisela Izquierdo Gracia y Marina Martínez Sánchez**
- 31 Los fármacos antiarrítmicos y el riesgo de torsada de puntas en las mujeres. **Soledad Ascoeta Ortiz**
- 33 Cuando el género marca la diferencia: desigualdades en la insuficiencia cardíaca. **Neus Badosa Mercè**
- 35 Más allá del riesgo: una mirada salutogénica y feminista de la salud cardiovascular en la etapa perinatal. **Lola Márquez Borrull y Alejandra Oliden Olivare**
- 37 **Lo personal es político.** Yo también estuve ahí. **Maria Bascompte Sacrest**
- 38 **Mujeres en la historia.** Hildegart Rodríguez Carballeira: luces y sombras de una moderna del siglo XX. **Elena Lázaro Real**
- 40 El arco que lanza la flecha. A Leonor. A todas. **Mónica Felipe-Larralde**
- 41 Enfrentamiento de la violencia contra mujeres indígenas en una ciudad polo en el sur del Brasil. **Marina Silva, Glaucia Valéria Pinheiro de Brida y Adriana Biller Aparicio.**
- 44 Grupos de trabajo CAPS
- 45 Proyectos CAPS
- 46 **ON.** España prohíbe inscribir a los nacidos a través de los vientres de alquiler. **Lourdes Durán Ramírez**
- OFF.** Las desigualdades de las ideologías neofascistas. **Olga Fernández Quiroga**
- 47 **MyS Libros.** “De parteras a profesoras de partos” y “Orgullosamente viejas”. **Carme Valls**
- 48 **Minidosis**

PORTADA: Nuestro agradecimiento a **Carla Barti** por crear la obra que ilustra la portada de esta edición.

PUBLICACIONES

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.
5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.
8 OTRO MUNDO ES POSIBLE
9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.
10 “DOCTORA, ME DUELE TODO”. Fibromialgia.
11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.

13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.
15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.
16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.
17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.
18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.
19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.
20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.
21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ.
22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA?
23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!
24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN
26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS
27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO
29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR
30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS
31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA
32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE
33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA
34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA
36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR
37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA
38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS
39 CUANDO LA VIDA SE ACABA
40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES
41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS
42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS
43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA

44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR
45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA
46 10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA. CON ELLA LLEGÓ EL ESCÁNDALO
47 VIOLENCIAS INVISIBLES A PLENA LUZ
48-49 PALABRAS DE ABUELAS. ESPECIAL COVID-19
50 NUESTROS CUERPOS, NUESTRAS VIDAS...HOY
51 CUIDEMOS A QUINES NOS CUIDAN!!!
52 QUIÉN LE TOME A LOS 50?
53 MUJER VIDA Y LIBERTAD
54 TRABAJO Y SALUD CON OJOS DE MUJER
55 DISFRUTAR SIN LÍMITE DE EDAD
56 GERMINACIONES. REFLEXIONES EN TORNO A LA MATERNIDAD
57 ASESINADAS POR SER MUJERES
58 EN EL CORAZÓN DE LAS MUJERES

EL CORAZÓN TIENE SEXO Y GÉNERO

La revista MYS emprende una nueva etapa con un renovado consejo de redacción de la revista integrado por Noelia García Toyos, psicóloga y doctora en Ciencias de la salud, Mónica Felipe-Larralde, experta en Género y Salud, Lourdes Franco López, médica familiar y comunitaria y antropóloga médica, Núria Beitia Hernández, psicóloga y docente y Vita Arrufat Gallén, médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. En el presente número abordamos el corazón y la salud cardiovascular con perspectiva de género como tema del Dossier, sección motor de cada revista.

El paradigma del cuidado emerge desde la confluencia entre la cultura de paz y la crítica feminista de la ciencia. En los años 70-80 del siglo XX, filósofas como Sandra Harding, Evelyn Fox Keller o Donna Haraway, entre otras, junto a historiadoras de la ciencia como Londa Schiebinger o Margaret Rossiter, habían señalado los sesgos androcéntricos y aún sexistas que anidaban en muchas teorías científicas. Sabemos desde los años 90, gracias a Bernardine Healy, que las investigaciones científicas han de incluir las variables de sexo y género, tanto en los ensayos clínicos como en otros estudios de investigación. Y como dice Capitolina Díaz, el observador del estudio interviene en los resultados. No hay ciencia neutra.

Para seguir investigando y aprendiendo sobre salud, enfermedad y cuidados, incluyendo la variable sexo y desde la perspectiva de género o feminista, resumimos algunas de las investigaciones que escriben nuestras autoras.

Actualizamos los sesgos de género del sistema sanitario en las enfermedades cardiovasculares en las mujeres, citando las diferencias en la fisiopatología de las mujeres por la enfermedad microvascular según el estudio *Women's Initiative for Stroke in Europe WISE* y la mayor mortalidad después de haber sufrido un infarto. Se evidencia que las mujeres tienen menos probabilidades de visitar profesionales de cardiología y de ser diagnosticadas de una enfermedad

cardíaca. Además existe sesgo en el diseño de los dispositivos médicos como stents y marcapasos. Lo mismo ocurre con la inequidad en las terapias de perfusión y la menor indicación de rehabilitación en las mujeres. Señalar que el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) está elaborando unas recomendaciones de práctica clínica para tener en cuenta las diferencias en la salud de las mujeres que pretenden ser la primera iniciativa de este tipo en Europa. Esperamos poder hacer su presentación en el próximo MYS.

También señalamos las desigualdades en investigación, diagnóstico y tratamiento del ictus en la mujer, que nos genera una mayor carga de enfermedad y un peor pronóstico funcional. La edad no es el único factor que contribuye a las desigualdades de género en esta patología. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de determinados factores de riesgo como hipertensión arterial, migraña con aura, o enfermedades autoinmunes. Asimismo, existen factores exclusivos del sexo femenino, como el embarazo, el puerperio, la preeclampsia, el uso de anticonceptivos hormonales, las terapias de fertilidad y los cambios hormonales asociados a la menopausia.

Nos planteamos que en la enfermedad coronaria no obstructiva hay un sesgo de sexo y que el Síndrome coronario agudo ocurre en edades más tempranas y es más frecuente en mujeres. Las mujeres debutan con dolor torácico de manera similar a los hombres, aunque la prevalencia de los sín-

tomas asociados, como disnea, palpitaciones, mareos o fatiga, es mayor que en los hombres. Evidenciamos otro sesgo en la atención: los hombres pueden describir como quieren el dolor, que siempre se les creerá, siendo esto un ejemplo de violencia institucional. Describimos los fármacos antiarrítmicos y el riesgo de Torsada de Puntas en las mujeres. Lo que parece claro es que la práctica común de prescribir dosis iguales de medicamentos a mujeres y hombres ignora todas las diferencias de sexo y género, con el riesgo de sobremedicación y, en consecuencia, un mayor número de reacción adversa a medicamentos en las mujeres.

Se deja claro que el sexo influye en la Insuficiencia cardíaca (IC) por las variaciones hormonales, las comorbilidades (tratamientos de cáncer de mama, ansiedad, depresión) y factores sociales. Y la hipertensión arterial como factor de riesgo principal de la IC en ambos sexos, tiene un impacto mayor en las mujeres. Las mujeres son más propensas a que la IC se derive de la Hipertensión, diabetes y enfermedades valvulares. Las mujeres de entornos socioeconómicos desfavorecidos acceden menos a la atención, con peor estado de salud y tasas de hospitalización más altas. Existe una disparidad de género en el control de los factores de riesgo cardiovascular (Presión arterial y Glucemia). Las mujeres podrían requerir dosis más bajas de ciertos fármacos para alcanzar una eficacia óptima, debido a variaciones en la gravedad de la enfermedad.

Comprender estas diferencias es fundamental para mejorar los resultados clínicos y diseñar estrategias de tratamiento específicas para cada sexo. Las futuras investigaciones deben centrarse en abordar las lagunas de conocimiento y garantizar una representación equitativa de las mujeres en los ensayos clínicos para guiar una atención verdaderamente personalizada. ■



Soledad Ascoeta Ortiz

Health Workers For Palestine Spain (HW4PS).

Web: <https://hw4p.es/>

Telegram: <https://t.me/healthworkersforpalestinespain>

X: @HW4PalestSpain | Bsky: @hw4p.es | Instagram: @hw4p.spain

UN SILENCIO ATRONADOR: LA COMPLICIDAD DE NUESTRA EQUIDISTANCIA Y SUPUESTA "NEUTRALIDAD"



© Hassona/Anadolu via Getty Images (Amnistía Internacional)

Cuando hace 18 meses comenzó el genocidio en Gaza, me paralicé. Deje todos mis proyectos en stand by, en espera. Apenas pude continuar con mi cotidiano, con aquellos compromisos ya adquiridos, con mi vida familiar tan preciosa.

Jamás me había pasado algo así, un shock similar, por algún evento en el mundo. Pero a la vez, jamás habíamos presenciado y atestiguado, al menos en las últimas décadas, un genocidio en vivo, con sus imágenes crudas y diarias, en la cotidianidad de nuestro móvil. Filmados por ellas y ellos mismos, los palestinos nos muestran cómo, en un área de 360 km² (ver), y a tan sólo unos pocos kilómetros de la llamada "civilización" y "democracia", sus vidas, pero sobre todo la de sus niñas y niños, su futuro, es asesinado día a día bajo bombas

emitidas por sus 'vecinos'. Y aunque tampoco sería justificativo, pero cabe recordar que no estamos hablando de un territorio remoto (ya pocos lo son), o con una geografía y un clima desfavorables (una costa preciosa, clima mediterráneo y llanura correspondiente), o acaso víctimas de una catástrofe imprevisible de la naturaleza...

Estamos hablando de un territorio en el que se han asesinado a más de 20 niñas y niños por día, de manera deliberada y atroz por Israel; de la mayor cantidad de niños amputados por cámpita del mundo; de la aniquilación, sin precedentes, de todo el sistema sanitario, sin ningún tipo de consideración por la legislación internacional que prohíbe dicha destrucción; del mayor número de periodistas y trabajadores humanitarios asesinados durante un mismo conflicto y en el mismo periodo de tiempo que jamás se haya visto. Y todo esto convive con la distopía de

gente que, en las mismas playas, a sólo 20 km de distancia, toma el sol con un refresco, tranquilamente. Y nosotros y nosotras, miramos, asépticamente.

Y si bien todos y todas deberíamos sentirnos horrorizadas, hay dos ámbitos, a los que pertenezco, que considero que deberían estar aún más implicados que nunca, y que lamentablemente no lo están.

El primero es el educativo, adónde me dirigí, inocentemente, buscando soporte y cómo colaborar, como habíamos hecho con guerras recientes como la de Ucrania. Pero aquí, las respuestas (salvo honradas excepciones), no sólo incluyeron la complicidad del silencio, sino también la infamia de la censura. Sin embargo, es desde aquí también desde donde surgieron espacios de búsqueda y de lucha, y en donde nos encontramos familias (mamás en la enorme mayoría de los casos) con el objetivo de

que la paz y la solidaridad sean una verdadera asignatura en la escuela, pero encaradas justa y valientemente desde una perspectiva de verdadero antirracismo, justicia social, y defensa de los pueblos oprimidos. Y así surgió Families per la Pau, un colectivo desde donde nos acoplamos a la lucha por la libertad del pueblo palestino, entendida como justa e indispensable para nuestra propia libertad.

El segundo espacio constituye el sanitario. Los especialistas en bioética explican muy bien que, como colectivo profesional, nuestra ética colectiva implica la gestión de un valor de alta relevancia social como son la vida y la salud; y, por ende, tenemos un compromiso ético muy elevado en relación a dichos valores.

Y así como en el espacio educativo esperé que el común denominador que representa la infancia despertara un clamor de rechazo masivo al asesinato y la masacre cotidianos de niñas y niños, en el sanitario esperé, ingenuamente, que el ataque indiscriminado a la vida, y a la ayuda y a la atención humanitarias, generara un inmediato posicionamiento (de nuevo, como lo hicimos ante guerras muy recientes) de colegas, instituciones y organismos sanitarios.

PERO SU SILENCIO ME HORRORIZÓ

En el ámbito internacional, muy rápidamente comenzaron a aparecer colectivos de sanitarios por la causa Palestina. Sin embargo, si bien hubo honradas excepciones, no fue hasta hace unos meses que, poco a poco, sanitarios y sanitarias comenzaron a organizarse en diferentes puntos del Estado.

Y animadas por este movimiento interno y externo, con el objetivo de ampliar la lucha por los derechos humanos y contra el genocidio, y estimuladas por el contacto con colegas en el extranjero que promovían la idea de una lucha internacionalista, decidimos formar HW4P España, Sanitarias por Palestina España, con el objetivo de exigir a las instituciones

sanitarias y gubernamentales el fin de las relaciones comerciales, diplomáticas, políticas y culturales con Israel y un cese al fuego inmediato y permanente; de promover el boicot de empresas israelíes ligadas al genocidio y el sistema de apartheid (especialmente hacia la farmacéutica TEVA, empresa directamente relacionada con el genocidio israelí); de fomentar la admisión y el traslado de pacientes y refugiados gazatíes a nuestro territorio; y de amplificar las voces y discursos de colegas sanitarias palestinas, así como la difusión de su lucha.

Después la detención y tortura por parte de Israel del Dr. Abu Safiyah, director del hospital Kamal Adwan en Gaza, junto a más de 200 colegas sanitarios, la Relatora especial de las Naciones Unidas para los Territorios Palestinos Ocupados, Francesca Albanese, instó a las sanitarias y sanitarios del mundo a "exigir la ruptura de todo tipo de lazos con Israel, como una manera concreta de denunciar, enérgicamente, la destrucción del sistema sanitario en Gaza por parte de Israel, como herramienta crítica del genocidio que están perpetrando".

Tras la ruptura unilateral del alto al fuego por parte de Israel, la situación se ha vuelto insostenible. Desde hace más de dos meses, y en contra de cualquier legislación democrática, universal y en favor de los derechos humanos, ha cesado absolutamente e ilegalmente la entrada de ayuda humanitaria a causa del bloqueo israelí. La población, un 40% de los cuales son niños, se asfixia en el medio de una hambruna creada por el hombre, sin acceso a agua potable, medicamentos ni suministros de ningún tipo, en la más absoluta ignominia, y ante las narices de un mundo que les gira la cara, voluntario, ante tal monstruosidad. En medio de esta infamia, las bombas siguen cayendo, siguen enterrando niños que aún sonríen, como dice la canción de Lluís Llach, pero esta vez con su testamento en la mano.



© picture alliance/dpa | Mohammed Talatene (Amnistía Internacional)

Israel, sólo en las últimas semanas, ha atacado barcos con ayuda humanitaria en aguas internacionales; ha asesinado de manera dirigida a periodistas en su cama del hospital mientras se recuperaban; ha atacado a hospitales, deliberadamente, a un ritmo progresivo y marcado de impunidad; ha quemado vivas a niñas y niños en sus tiendas de refugiados...

La impunidad con la que transgrede cada día la legislación internacional el estado ocupante de Israel nos están sumergiendo en unas tinieblas de un mundo sombrío. Un mundo del que, si nos levantamos, será muy difícil recuperarnos.

Esperamos que la desidia, el clasismo, y finalmente la complicidad que han demostrado hasta ahora las organizaciones y organismos sanitarios no nos inmovilice, y os instamos a rechazar de manera activa este ataque deliberado a la vida, a la infancia, a las instituciones y personal sanitarios, así como a la ayuda humanitaria que este genocidio en curso ha normalizado.

Como dijo la periodista Olga Rodríguez hace unas semanas: "Ángela Davis nos recuerda que 'Palestina es realmente el centro del mundo. Es una prueba de fuego'. Palestina es el centro del mundo porque en el resultado de este genocidio en curso está en juego qué dinámicas se instalarán como 'lógicas' en nuestro futuro inmediato".

Recuperemos la humanidad de nuestra ciencia y posicionémonos contra el genocidio, el apartheid y la ocupación. Porque nuestra práctica es política. Porque nuestro silencio es cómplice. ■



Lourdes Durán Ramírez
Periodista, escritora. Coordinadora del MYS

[entrevista

Dolors Comas d'Argemir

Tarragona, 1951



El envejecimiento de la población reclama respuestas públicas. El cuidado se deja en manos de la familia. La pandemia de 2020 puso de manifiesto las carencias. La catedrática en Antropología social, ex di-

putada por Iniciativa Catalunya Verds y actual presidenta del colectivo Nous Horitzons, ha estudiado a fondo el tema del cuidado y el envejecimiento. Su último libro, *Cuidado de mayores dependientes en tiempos de la COVID-19* nos sacude con la certeza de que cinco años después, "las residencias no están mejor"

“EL CUIDADO ESTÁ ESTRATIFICADO, FEMINIZADO Y PRECARIZADO”

En 1995 ya escribió sobre la brecha entre hombres y mujeres en el ámbito laboral. Ahora su interés se centra en los cuidados. ¿Uno lleva a lo otro?

Te refieres al libro *Trabajo, género y cultura*. Tengo una publicación anterior, *Vides de Dona*, que recoge testimonios de mujeres populares hoy muertas. Nos encontramos con una generación con condiciones muy difíciles, guerra, marcadas por roles de género y familiares muy rígidos. Se tenían que cuidar de la familia, dejar el trabajo. Dependencia masculina total. Las desigualdades sociales se notaban mucho. Más de las mujeres que de los hombres. Y subrayo que ha habido obreras en la clase trabajadora, que no podían dejar el trabajo, y acumulaban (por ejemplo todo el textil en Catalunya) más las obligaciones familiares. Vidas muy duras. Pienso en las que pasaron una guerra, la vida ha sido pésima, tirar adelante, sin recursos. Ahorros mínimos y ellas han sido las administradoras en las casas.

Ha habido mucho cambio al acceder a estudios en mayor número y esto permite tener otro tipo de trabajo. Lo ejemplifico en el libro que has mencionado: se pasa de ser hijas trabajadoras a madres trabajadoras. Modelo al casarse dejabas el trabajo si podías. Finalmente, se pasa a lo que se llama familias de doble salario: las mujeres pasan a tener trabajos más interesantes, pero no siempre, en situación diferente a la de los hombres y guardando la responsabilidad familiar. Esto continúa bastante así incluso hoy.

Las trayectorias laborales de las mujeres son unas vidas marcadas por las responsabilidades del cuidado de los hijos, de las personas mayores, incluso las que tienen trabajos interesantes. Esto hace que haya más mujeres que cobran menos, trabajo a tiempo parcial y esto repercute en pensiones inferiores. Cuidar empobrece. Al haber vacío en los sindicatos, las brechas

salariales potencian las desigualdades de género, empieza antes en la división del trabajo en los hogares que empobrece la vida de las mujeres. En mi trayectoria profesional he pasado de trabajar la dimensión laboral a cómo se aborda el cuidado, que es uno de los retos actuales.

Escribió “cuidar es algo que se aprende”. ¿No se tendrían que implicar los hombres?

Y tanto aunque no les guste. Yo distingo a nivel práctico el cuidado de los niños a lo que es el de personas mayores con dependencia. Creo que son acertados los permisos de paternidad en España, intransferibles, hombres y mujeres, porque se ha de empezar desde abajo. Si te acostumbras a cuidar desde pequeños no te sorprende. Además socialmente está bien visto, no en el mundo laboral, y es un obstáculo, por esto aún son muy pocos los que se implican y dejan el trabajo para educar niños. Luego están las personas mayores y la dependencia. El reto de nuestro siglo es cuidar. Los hijos dan trabajo pero nacen pocos. Pero los mayores aumentan. Yo reivindico que la longevidad es un triunfo histórico: mejor calidad de vida, de la salud, del sistema sanitario, y al mismo tiempo comporta retos. Con más mayores más riesgos: se puede vivir muchos años con enfermedades crónicas, y se continúa resolviendo con las familias en su mayor parte porque las ayudas públicas resuelven poco. Hay a la vez una realidad de que hay más hombres que cuidan a personas mayores de los que conocemos. Yo he trabajado este tema. Si se envejece en pareja, y pongo condicional porque las mujeres viven más, está demostrado que hay más hombres que cuidan a las mujeres que al revés. Porque las mujeres se deterioran más cognitivamente. Las hijas no se pueden implicar tanto y los maridos ahora se han de implicar y hay muchos. Esta realidad está invisibilizada.

No cambiarán las relaciones de género. Y si hombres que no habían cuidado nunca, estaban con el sistema patriarcal, y lo acaban haciendo, es obvio que el cuidado se aprende. El cuidado es un asunto social y político. Hoy aún son las familias quienes cuidan.

Las cuidadoras son en su mayor parte mujeres migrantes. Cuidar como única salida laboral, y no siempre en condiciones dignas.

Como las políticas públicas son débiles, si tú pides un sistema de atención domiciliaria vienen pocas horas. En Cataluña, que es el caso que mejor conozco, y si vives fuera de Barcelona, hay copago. Las familias que pueden acaban contratando por su cuenta. Algunas sin contrato. Si esta es la solución más barata, ¿qué quiere decir para ellas, para las trabajadoras cuidadoras? La ley de extranjería aboca a que haya un trabajo sumergido. Si has de demostrar que has de tener 2 años empadronado, no puedes tener contrato de trabajo. Las internas casi todas son migradas, y las cuidadoras también. Puede que quien esté cuidando en sus países hayan tenido estudios elevados que aquí no pueden llevar a cabo profesionalmente.

La organización del cuidado está estratificado, feminizado, precarizado. Y si hablamos de trabajo en residencias, o de centros de día, nos encontramos con trabajadoras pobres. Y tiene que ver que son mujeres.

Frente a una sociedad longeva, a la par hay una discriminación por edad.

Se junta doble discriminación: una es la de no dar valor al cuidado como un tema menor, y por otro lado no dar valor a las personas mayores. Tendríamos que pensar en los derechos humanos, y los mayores tienen derecho a ellos totalmente. Vivir muchos años está bien pero se han de vivir en condiciones. El edadismo está presente aunque no se verbalice. Nadie lo reconoce pero es algo implícito el mal trato a los mayores. Se les infantiliza. El paternalismo también es maltrato. El edadismo tiene muchas expresiones. A diferen-

cia del racismo, sexismo, que sí hay más conciencia, con el edadismo no nos damos cuenta ni nosotros mismos. O frases discriminatorias: como tienes esta edad tú no lo puedes hacer.

Cuidar de mayores dependientes en tiempos de la COVID-19 lo que nos ha enseñado es su último libro. A cinco años vista, ¿cómo es posible que no se hayan depurado responsabilidades políticas?

En el caso de Madrid todo se hizo muy explícito. En Cataluña se dio una indicación de que las personas mayores de 80 años mejor no hacer esfuerzo terapéutico. Hubo protestas. Se retiró pero se dejó en manos de los responsables de los hospitales. Y sé que algunos hospitales no admitían personas que venían de residencias. Y lo he comprobado. No entraré en cuestiones si ha de intervenir la justicia pero como mínimo sí una reparación moral. Podrían haber reconocido que se podría haber hecho mejor. Sin la reparación moral, en las propias familias cómo se puede escribir un futuro mejor. Se han hecho pocos memoriales. Se ha olvidado muy rápido.

La pandemia ha obligado a hacer una reflexión acerca de cómo tratar a las personas mayores, y es verdad que hay un cambio de relato, personificar la cura, que la persona esté más tiempo en su casa, sí, pero en la práctica no ha mejorado.

Las residencias no están mejor que antes de la pandemia. Las residencias con gestión pública en Cataluña están mejor que las privadas. Falta de personal. Un 30 por ciento se han marchado tras la pandemia.

Envejecer en un sistema que no te protege. Muchas mujeres solas, de un derecho ¿puede pasar a ser una condena?

Sí, quien tiene dinero puede solucionar las cosas. Es un tema no resuelto y fundamental. Hemos de defender un envejecimiento digno. Damos la culpa a los políticos pero, y la ciudadanía ¿está haciendo demandas en este tema?

¿Por qué esta indiferencia?

Porque hay una dimensión moral de

que es un tema de las familias. Si hacemos demandas parece que traicionamos a nuestras familias. Y la parte profesional está tan fragmentada, tan poco unida. No hay conciencia de sector en el tema de los cuidados. Si no hay presión ciudadana, la política no se mueve. En Cataluña hemos creado la Xarxa pel Dret a Cura (Red por el derecho al cuidado)

¿Cómo está esta Red?

Se creó en 2022. Es reciente. Se hizo el Fórum Social del Cuidado y la sorpresa para los 7 que empezamos es que vinieron 300 personas. Hemos hecho un segundo Fórum con muchas actividades diversas. Como es trabajo voluntario, hacemos lo que podemos. Se hace concienciación ciudadana, presión política, conocimiento mutuo. Barrios cuidadores. Hay una web: <https://dretacura.bcn.coop/>

Envejecimiento activo, ¿cómo difundirlo?

Hay que prestar atención al ámbito rural. En las ciudades el envejecimiento activo es interesante pero a la vez hay que mirarlo de forma crítica. No se trata de hacer algo, hay quien se jubila y prefiere no hacer nada. Cuando hablamos de ciudades cuidadoras se ha de expresar en los servicios y en el urbanismo. Afortunadamente en el ámbito mediterráneo son poblaciones compactas. En un barrio puedes encontrar de todo. Es una pena que en Barcelona se haya eliminado el programa Vila veïna que quería potenciar la dimensión comunitaria de los barrios, que los servicios estén al alcance de la comunidad, con cines, servicios cívicos, etc. Articular todo esto no es tan fácil. Un urbanismo que facilite desde la estructura urbana a los itinerarios que se han de hacer, si son accesibles, si hay bancos para sentarse, urinarios también es fundamental. Todo esto que parecen pequeñas cosas, es lo que te da seguridad. Tú has hablado antes de la soledad, no me gusta hablar de soledad no deseada, porque se puede estar muy bien sola. Esto del deseo es difícil. Lo preocupante no es vivir

solo sino el aislamiento social. Es más fácil hablar de la soledad no deseada ya que parece un problema individual que hablar de las causas del aislamiento, que tienen que ver con la pobreza, las viviendas no adecuadas. Me preocupan más las condiciones de vida que no el deseo.

¿Nos cuidará un robot?

Lo veo muy mal porque cuidar tiene muchas dimensiones. Una de ellas es la dimensión relacional importante. Cuidar crea vínculo. Tiene componentes emocionales también. Malo será el día que tengamos que ser cuidados por un robot. No se puede deslocalizar el cuidado. Es un trabajo con cuerpo y desde el cuerpo. Una máquina no lo puede suplir nunca. Ahora se promociona mucho la foca Paul, te puedes entretener, pero otra cosa es que te cuiden.

Qué opina de otras propuestas de convivencia, desde el cohousing a la ciutat de les dones?

Todo está inventado. El futuro está en compartir. Una de las soluciones intermedias son las viviendas con servicios. Son potenciadoras de vida comunitaria. Yo no iría a un cohousing porque estoy aburrida de asambleas. Pero viviendas con servicios son apartamentos privados con espacios comunes de encuentro, con servicios de fisioterapeutas, terapeutas, etc. No sirven con personas con elevada dependencia. Las residencias deben continuar pero reforzadas. Mi investigación ahora es saber qué hay en España en el tema de las residencias, desde iniciativa pública o sin ánimo de lucro, y privado. El mercado ya se ha puesto. Es un gran negocio. Pero desde la justicia social, tendría que ser diferente. En Barcelona hay casi 2.000 viviendas con servicios. Ahora investigamos en Cataluña, País Vasco, País Valencia y Aragón. En Valencia y Aragón es muy irregular. En Barcelona están dirigidas a personas mayores con pocos recursos o para personas que viven en viviendas con poca accesibilidad. Y cada vez observo más que muchas mujeres se juntan para vivir. ■

Araceli García Martínez

Dra. Biomedicina. Experta Universitaria en Lactancia Materna.



HALOPERIDOL EN EL PARTO: UNA FORMA EXTREMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESPAÑA

La violencia obstétrica es un problema de salud pública que afecta a mujeres en todo el mundo. Se manifiesta de múltiples formas: maltrato verbal, prácticas innecesarias, intervenciones sin consentimiento y, en casos más graves, el uso de fármacos con efectos psicoactivos sin información previa ni autorización. En España, una práctica alarmante ha sido documentada en los últimos años: la administración de haloperidol a mujeres en trabajo de parto. Este fármaco antipsicótico, usado en psiquiatría para tratar trastornos como la esquizofrenia, se administra en algunos hospitales junto con opioides para sedar a las mujeres durante la dilatación, muchas veces sin su conocimiento ni consentimiento. Esta práctica, conocida como sumisión química, no solo atenta contra los derechos de las mujeres, sino que también puede generar efectos adversos tanto en la madre como en el bebé.

El haloperidol comenzó a usarse en obstetricia en los años 50 como parte del "cóctel lítico", una combinación de opioides y sedantes para aliviar el dolor y la ansiedad en el parto. Aunque esta práctica fue abandonada en la mayoría de los países con la llegada de la anestesia epidural, en España sigue utilizándose en algunos hospitales bajo el pretexto de su efecto antiemético, pese a la falta de evidencia científica que lo respalde. Las mujeres que lo han recibido han descrito sensaciones de desconexión, pérdida de control y episodios de amnesia, con impactos físicos y emocionales graves. Además de generar angustia y malestar, su administración sin consentimiento constituye una violación de los derechos humanos y reproductivos.

El impacto del haloperidol no se limita solo a la madre, sino también al bebé. Se ha demostrado que los fármacos antipsicóticos pueden atravesar la placenta y afectar el

desarrollo neurológico del feto. Estudios en animales han encontrado que la exposición prenatal a haloperidol puede provocar alteraciones en la estructura del cerebro y afectar el comportamiento en la edad adulta. En humanos, el uso de opioides en el parto se ha asociado con dificultades respiratorias en los recién nacidos, menor puntuación en la prueba de Apgar y dificultades en la lactancia. Estas consecuencias evidencian los riesgos de administrar un fármaco que no ha sido aprobado ni estudiado adecuadamente en el contexto del parto.

Ante esta situación, la asociación El Parto es Nuestro lanzó en 2021 la campaña "Haloperidol en el parto, nunca más", con el objetivo de denunciar la administración de este fármaco sin consentimiento, exigir su prohibición en el ámbito obstétrico, informar a las mujeres sobre sus derechos durante el parto y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre los riesgos de su uso. Como parte de esta iniciativa, la asociación

ha recogido testimonios de mujeres que han sido medicadas sin su conocimiento, ha dirigido cartas a organismos sanitarios en España exigiendo respuestas y ha trabajado en la visibilización de este problema en medios de comunicación y redes sociales.

Sin embargo, la respuesta de las autoridades ha sido insuficiente. Hasta el momento, ni el Ministerio de Sanidad ni la Agencia Española de Medicamentos han tomado medidas concretas para erradicar esta práctica. A pesar de los esfuerzos de la campaña, la administración de haloperidol sigue ocurriendo en algunos hospitales, y muchas mujeres continúan sin saber que han sido sometidas a este tratamiento. En algunos casos, ni siquiera se deja constancia de la administración del fármaco en los informes médicos, lo que dificulta aún más la denuncia y la obtención de justicia para las afectadas.

El parto es un momento trascendental en la vida de una mujer. Todas tienen derecho a una atención respetuosa, donde se garantice su autonomía, se les informe sobre cualquier intervención y se solicite su consentimiento antes de administrar cualquier medicamento. La administración de haloperidol sin consentimiento no solo es una práctica médica innecesaria y potencialmente dañina, sino que también representa una vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.

Es imprescindible que las mujeres conozcan sus derechos y exijan una atención obstétrica basada en la evidencia científica y en el respeto a su autonomía. Los profesionales de la

salud también tienen un papel clave en esta transformación, asegurándose de que la atención que brindan sea segura, ética y digna. Solo a través de la información, la denuncia y el compromiso de la sociedad en su conjunto podremos erradicar la violencia obstétrica y garantizar que el parto sea una experiencia positiva y libre de agresiones para todas las mujeres. ■

ARTÍCULO ORIGINAL

Olza I, Quintela O, García-Martínez A. The Use of Haloperidol as a Sedative During Childbirth: An Extreme Form of Obstetric Violence in Spain. Int J Environ Res Public Health. 2024 Dec 24;22(1):3. doi: 10.3390/ijerph22010003. PMID: 39857455; PMCID: PMC11765432.

REFERENCIAS

Study of the Fetal and Maternal Effects of Neuroleptanalgesia by Biologic and Electronic Surveillance of Labor. Available online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4681577/> (accessed on 17 March 2024).

Dehydrobenzperidol and Its Effect on the Contractility of the Nonpregnant Human Uterus. Preliminary Report. Available online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4149587/> (accessed on 18 March 2024).

Duley, L.; Gulmezoglu, A.M.; Chou, D. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia. Cochrane Database Syst. Rev. 2010, 2010, CD002960.

Martínez Fernández, G.; Plaza Moral, A.; Miró Descarga, P.; Arguís Gimeno, M.J.; Gomar Sancho, C. Acute dystonia due to haloperidol during labor. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2004, 51, 229-231.

Singh, K.P.; Singh, M. Effect of prenatal haloperidol exposure on behavioral alterations in rats. Neurotoxicol. Teratol. 2002, 24, 497-502.

Este artículo consta de 37 referencias bibliográficas. Las referencias bibliográficas completas estarán disponibles en la versión web del artículo.



Lourdes Franco

Médica familiar y comunitaria. Antropóloga médica

ENCARNANDO LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

Los datos publicados en los últimos tiempos sobre los malestares físicos y psíquicos sufridos por los y las facultativas resultan ciertamente alarmantes. Así nos lo presenta un informe realizado por Medscape, el cual plantea que más de la mitad de los médicos informaron sentirse agotados, siendo las mujeres las más afectadas, un 63% frente a un 46% de hombres, y casi 1 de cada 4 médicos informó sentirse deprimido, los porcentajes más altos en los 5 años anteriores (Kane, 2023). La sobrecarga laboral y la organización del trabajo nos producen situaciones de *burnout*, ansiedad, depresión o, incluso, pueden llevar al suicidio en una probabilidad mayor que la población general, tal como nos apunta María Irigoyen (2022), que concluye que el suicidio es más predominante en la población médica que en la general y tiene una mayor incidencia en las médicas.

Por otro lado, tenemos que las profesiones facultativas están altamente feminizadas. Un estudio de la Organización Médica Colegial, realizado en 2018, planteaba que la incorporación de las mujeres en la medicina ha sido progresiva desde la década de los 70 del siglo pasado y que, en 2017, se invirtió el porcentaje, siendo el 50,4 por ciento de colegiadas en España, llegando al 53,4 por ciento en 2023, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). El resto de las profesiones facultativas siguen la misma tendencia con porcentajes incluso mayores como es el caso de psicología o farmacia.

Observando los dos fenómenos, me hace reflexionar y me plantea si no podrían estar relacionados. El hecho de que la mayoría de las facultativas que ejercen en el sistema sanitario público sean mujeres, ¿puede estar transformando la visión simbólica de

la profesión?, ¿esta nueva cosmovisión puede estar mediada por el patriarcado como estructura de poder?, ¿podría esto estar normalizando y legitimando un trato violento por parte de las instituciones?, ¿sería esta violencia institucional, que no se cuestionaría por el hecho de ejercerse sobre mujeres, la causante de las altas tasas de malestares que tenemos? Intento responder teóricamente.

Varios autores (García López, 2018) (Goikoetxea, 2022) (Sampayo 2028) dicen que existe una segregación por géneros en cuanto a la elección de trabajo ejercida a través de la socialización de género y su violencia simbólica, que lleva a las mujeres a asumir los trabajos "que les corresponde". La socialización patriarcal está impulsada y garantizada por las propias instituciones. Por lo tanto, no es casualidad que, al conjunto de estudios y trabajos feminizados, se le dé mucho menos valor social.



Rodríguez et al. (2010) plantean algunos de los cambios sociales que propician la entrada de las mujeres en la práctica médica: la incorporación de las mujeres a los estudios universitarios y al mundo laboral de forma masiva, los cambios demográficos que hacen necesaria una transformación del sistema sanitario en proveedor de cuidados, el desplazamiento del concepto de sociedad de bienestar y del papel del Estado hacia la provisión de servicios preventivos y de cuidados, traspasando la responsabilidad a los individuos, así como, los cambios en la concepción social de la salud. Sampayo (2018) añade la medicalización de la vida cotidiana como causa de la feminización de la profesión médica, ya que se adapta al rol impuesto a la mujer de ser madre y cuidadora. Además, uno de los proyectos principales del capitalismo ha sido la transformación de nuestros cuerpos en máquinas obreras (Federici, 2021). La medicina no ha sido una excepción y ha convertido a las profesionales en artesanas que trabajan a destajo para patronales capitalistas, relacionándose así el desplazamiento de género con el desplazamiento de clase de la profesión médica. La necesidad de maximizar la explotación de la fuerza de trabajo viva ha sido el factor que más ha incidido en modelar nuestros cuerpos en la sociedad capitalista, tratándolos como máquinas obreras, ya que la disciplina de trabajo requiere mecanizar el cuerpo, destruyendo su autonomía y su creatividad. En este contexto, las mujeres han sufrido un doble proceso de mecanización: estando so-

metidas a la disciplina de trabajo, tanto remunerado como no remunerado, les han expropiado el cuerpo y las han convertido en objetos sexuales y en máquinas de crianza. Terminamos trabajando por el capital, el cual genera sus propias necesidades que, de forma errónea, percibimos como propias. Así, en el régimen neoliberal, en el que nos auto explotamos, las personas dirigimos la agresión hacia nosotras mismas, lo que nos convierte en depresivas y no en revolucionarias (Han, 2014).

Así pues, recapitulando, los trabajos realizados por las mujeres disminuyen el capital simbólico de los mismos. Al mismo tiempo, el trabajo de los cuidados se considera que pertenece al ámbito naturalizado de las mujeres. De esta forma, las instituciones sanitarias, que no dejan de ser un reflejo de la sociedad y un dispositivo del Biopoder (Foucault, 1976), se convierten en instituciones patriarcales, las cuales subordinan a las facultativas por el hecho de desarrollar tareas laborales basadas en el cuidado. Consecuentemente, se produce una desvalorización del trabajo desarrollado por estas profesionales, dando pie a ejercer grados de violencia institucional. Esta violencia simbólica se establece mediante categorías, en función de las cuales se estructura la violencia material, asociándolo a una actividad y a una consideración que permite las diferencias de trato, de conciliación, de obligación y de retribución.

La violencia quita a sus víctimas toda posibilidad de actuación. Y su invisibilidad impide tomar conciencia

directa de la relación de dominación, razón por la cual es tan eficiente. Estamos gobernados por una violencia de la positividad "*que no permite distinguir entre libertad y coacción. Su manifestación patológica es la depresión*" (Han, 2016: 136).

Todo ello se materializa en los cuerpos a través de los dispositivos creados, inscribiéndose en la forma de percibir y de comportarse, finalizando para naturalizar la violencia, para encarnarla. En su invisibilidad, reside su efectividad (Han, 2016 y Goikoetxea, 2022). Así pues, siendo la sociedad del rendimiento descrita por Han una sociedad de autoexplotación, las personas se explotan hasta quedar abrasadas (*burnout*). La elevada prevalencia de enfermedades psíquicas en la actualidad indica un exceso de positividad, una incapacidad para decir que no, una sensación de poderlo todo.

Consecuentemente, por todo lo expuesto podemos hipotetizar que, las estructuras sanitarias ejercen violencia institucional con visión patriarcal y capitalista sobre los cuerpos de las facultativas que acaban encarnándola y desarrollando los malestares. Y esta violencia es legitimada y normalizada por el hecho de que las personas que desarrollan las tareas clínicas son mayoritariamente mujeres.

Resulta imprescindible repensar el modelo sanitario para hacerlo más equitativo e incorporar la perspectiva de género en la gestión y organización de recursos humanos de las instituciones sanitarias. ■



Núria Beitia Hernández
Psicóloga comunitaria y
educadora en salud sexual y menstrual



[entrevista

Anna Jeremias Marin

Psicóloga,
Educadora Social
y miembro de la
cooperativa
Magranes
www.magranes.com

Conversar con Anna es un placer. De forma amorosa nos recuerda que la diversidad no es algo propio de las personas “diferentes” sino una característica estructural de nuestra sociedad. Sus reflexiones y su activismo en el colectivo Magranes invitan a revisar el relato sobre la salud y el salutismo que impone un modelo de salud “perfecta” que resulta de la obligación individual y la responsabilidad moral. Frente a las violencias estéticas y la gordofobia, pedagogías de la ternura.

¿Dónde está el origen de su empeño y labor en aportar una mirada crítica a la presión estética y la gordofobia?

Nace de la curiosidad y de acompañar procesos de vida, especialmente a mujeres, tanto a nivel individual como grupal. Asimismo surge de la búsqueda y de la reconciliación y reapropiación que he tenido que hacer de mi propio cuerpo por el hecho de ser una mujer gorda. Las dos cosas me han llevado a explorar y a hacer un análisis crítico. Vengo de la psicología social y es importante tener en cuenta las narrativas que están presentes a nivel cultural y social, y que tienen un impacto en la mirada que ponemos a los cuerpos. Me he dado cuenta de que la vivencia de insatisfacción es una herida compartida, tanto en infancias y adolescencias como en adultas.

Es algo que me preocupa y, puesto que soy activista, decido visibilizarlo. Una vez tomamos conciencia de que buena parte de ese malestar que sentimos y que está tan presente en el relato, sobre todo en la intimidad de las mujeres, lo siguiente es ofrecer propuestas terapéuticas y restaurativas.

¿Cómo ha sido el paso desde lo personal a lo político, a lo colectivo?

Por una parte, desde la investigación, colaborando con otras cooperativas, entidades, activistas, personas enfocadas desde esta mirada. Empezamos con el taller *Perfectas e Imperfectas*, en el que recogimos voces, sobre todo de niñas que, con 6-8 años, expresaban el deseo de transformar su propio cuerpo, pero no desde la fantasía y el gozo de vivir, sino desde el esconderse o desde el no querer ocupar espacio.

Vimos que nuestros infantes, adolescentes y jóvenes están performando el mundo adulto. La responsabilidad, antes que entrar a las aulas, es la de generar un espacio de revisión, de crítica y de análisis con las personas adultas, que somos las que estamos entregando este mundo autoexigente, a la vez que les decimos que son la generación complicada, los que están con las redes, los que lo hacen todo mal...

Reconocer que somos quienes ejercemos las opresiones que exige el sistema, por ejemplo, en la cultura

de dieta, en la cultura del ejercicio, todo el aspectismo, es decir el deber de responder a un canon. Observar qué presión ejerzo para que coman, se muevan, se vistan, se relacionen con sus pelos y con su tamaño de una determinada manera. Darme cuenta de si yo también les entrego la creencia de que, para alcanzar el bienestar, la belleza, y/o el amor necesitamos cuerpos normativos cuando el propio sistema está diseñado para que nunca lleguemos a ser suficiente.

¿Quiénes sois “Magranes”?

Magranes somos una cooperativa de mujeres y de identidades disidentes. Nacimos acompañando la educación sexoafectiva y nuestro enfoque es el participar en una cultura feminista que transforme esos imaginarios y narrativas que nos generan malestar. Desde las prácticas pedagógicas o terapéuticas, utilizando también las artes escénicas o plásticas, revisar lo recibido para generar un análisis crítico y ofrecer a la sociedad otras maneras de estar, desde un sitio más tierno, más amoroso.

El acceso a los materiales es gratuito porque la intención es que ese proceso cooperativo y de investigación, de toma de decisiones y de análisis crítico, tenga el mayor impacto a nivel social.

¿Qué necesitamos saber y practicar para bientratar y no generar presión estética las personas profesionales de la salud?

Ha habido y hay una alianza entre las violencias estéticas y la salud. Se ha generado una narrativa en la que la salud y, especialmente, el salutismo han ocupado un espacio de agresión directa sobre el cuerpo de las mujeres. Las más afectadas somos las personas gordas ya que, ante ellas, los profesionales de la salud se han permitido escogernos como representantes de un lugar al cual nadie debe llegar. Si el estigma de peso es algo que está muy presente a nivel social, aumenta cuando acudimos a recibir atención médica. Toda esta narrativa y protocolos que hacen que el índice de masa corporal, la mirada pesocentrista en las

gestaciones o en el acompañamiento de las crianzas, esté tan presente, ha dificultado la garantía de derechos, sobre todo a nivel de salud. Somos muchas personas gordas que no sentimos que los espacios de salud sean seguros para nosotras por lo que, a día de hoy, hay personas que no reciben una atención adecuada por temor a sentirse

“LA VIVENCIA DE LA INSATISFACCIÓN CON EL CUERPO ES UNA HERIDA COMPARTIDA”

violentadas.

Para empezar a hablar de salud, lo primero es que no haya discriminación y que haya igualdad en los protocolos y en los procedimientos. Si a mí me duele la rodilla, igual que a mi vecina, sea ella delgada, alta o como sea, quiero que me hagan el mismo procedimiento que a las otras. Es necesaria tanto la correcta atención desde los derechos como esa mirada empática hacia quien está delante y recordar, como nos enseña Marilyn Wann, que “*la única cosa que alguien puede diagnosticar con algo de certeza al mirar a una persona gorda es su propio nivel de estereotipos y prejuicios contra las personas gordas*”.

En salud hay mucho trabajo por hacer: necesitamos que nos acompañen en pediatría, en atención primaria, en enfermería... con una mirada a la salud más amplia e integrativa. Hay personal sanitario con conciencia que se da cuenta de que la gordofobia afecta a la salud emocional, mental y física de las personas gordas y también de las no tan gordas pero hay profesionales de la salud que no.

¿Qué nos recomienda para tratar y/o acompañar?

Situarnos con una mirada afirmativa hacia la vida, las ganas de vivir y el placer, que veamos que la alimentación, el ejercicio y el movimiento desde un lugar de conexión y no desde esos discursos restrictivos que siguen instalándose en el cuerpo de las mujeres y de las niñas. Creo que hemos de dejar de tratarlos y de tratar mal.

Salir del relato de la hipervigilancia y del control porque eso nos sigue desconectando. Creo que las violencias estéticas nos alejan de la soberanía de escoger algo porque quiero o hacerlo para cumplir con los indicadores que me validan e incluso me ofrecen esa “superioridad moral y social” que consiste en responder a lo que se me dice que es ser una buena ciudadana saludable. Ahora mismo se está confundiendo la salud con “el relato de la salud” y allí no hay bienestar ya que la hipervigilancia lo que acentúa son los niveles de ansiedad y España es el lugar del mundo donde más mujeres están consumiendo *benzodicepinas*. Nunca se había visto tan alto nivel de ansiedad, también en infancia y adolescencia. La hiperproductividad, la hipervigilancia, el hipercontrol, el temor a no ser suficientes, se han de revisar. La salud es más que un lugar aséptico. Salud es bienestar, autonomía y soberanía. Y también es ese espacio de equilibrio. Si no hay relax, disfrute y goce, para mí no hay salud.

¿Qué es lo peor que nos hace el patriarcado cuando se disfraza de presión estética?

Desconectarnos del deseo, del placer, de la acción colectiva, de esa ternura radical y de la autonomía corporal, en definitiva de la libertad en el cual mi cuerpo puede ocupar el espacio que ocupa y tener su propia voz para ir defendiéndose de todo el machaque que se nos entrega. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anna Jeremias y Noemí Muñoz. (2024). *Cos Rebel. Guia jove*. Il·lustracions d'Intramarina. Edició Magranes SCCL. Departament d'Igualtat i Feminismes de la Generalitat de Catalunya. <https://www.magranes.com/materials-propis/>
- Clara Martínez Hernández i Teo Juventeny Albuixech. (2019). *Sabotejar el patriarcat, construir justícia eròtica. Claus reflexives per a l'educació sexual* (V). Sexualitats i Sida Studi. Il·lustracions de La Clara. <https://drive.google.com/file/d/1lu0C8Th6SDirI9x9CZB3ZosJPmAxDtFb/view>
- Magdalena Piñeyro Bruschi y Paloma Pérez Reyes: Guía sobre gordofobia. Un paso más hacia una vida libre de violencia. Instituto Canario de Igualdad, 2020. <https://jornadagordofobiayviolenciaestetica.com/gui-a-basica-sobre-gordofobia/>



Lourdes Durán Ramírez
Periodista, escritora. Coordinadora del MYS

GISELA PRETEL RETRATA LA OBESIDAD “ACOMPAÑANDO A ROSA”



Gisela Pretel (Motril, 1974) es fotógrafa documental y humanitaria. Lleva años retratando el trabajo de cooperación Cirugía en Turkana (Kenia). Del antagonismo entre el hambre y la obesidad, del querer entender la polaridad entre esos mundos, surgió el proyecto *Acompañando a Rosa*. Un viaje entre dos mujeres hecho desde el respeto, la distancia corta, la sinceridad, la honestidad y el querer servir de la cámara para dar luz a una enfermedad que estigmatiza a quien la padece: la obesidad. Las cifras y las consecuencias la sitúan como una pandemia contemporánea. Su prevalencia mundial se ha triplicado entre 1975 y 2022. Se estima que en 2035 casi dos millones de personas la padecerán.

“**R**osa era muy delgada. Desde pequeña tuvo mala relación con la comida. Era su cárcel y su refugio. Cuando la conocí estaba diagnosticada para someterse a una cirugía de by pass gástrico. Estaba animada. La operación fue bien. Llegó la pandemia y fue un paso atrás. La conozco desde 2018”, cuenta Gisela Pretel.

En el proceso de acercamiento entre ambas, en la idea de servirse de la cámara para dar luz a una enfermedad que es crónica, multifactorial y recidivante, se ha puesto el foco en cómo la sociedad estigmatiza a las personas obesas. Si son mujeres, aún más. Rosa se dejó retratar en un camino de sufrimiento, de dudas, de luces y sombras, de muchas conversaciones, de risas, de esperanza para ayudarse y ayudar a entender tantas caras como tienen la obesidad.

“De mis años en África, viendo la cara del hambre, quería entender los porqués de la obesidad en el otro lado del mundo: hambre y obesidad. ¡Me crujía la neurona!”, admite la fotógrafa.

Se acercó a la historia de Rosa, una mujer que ahora tiene 60 años, que

ha perdido peso, que parece salir del pozo a la luz, que es consciente de que hay que cuidarse y no obsesionarse con el peso, la talla. “Cuidar su salud mental es clave porque el exceso de peso en su caso va de la mano de la depresión”, cuenta Gisela.

La exposición incluye un vídeo multimedia con la grabación de las conversaciones en las que Rosa relata su historia en un pequeño pueblo cercano a Molina de Aragón. Separada, vive ahora con alguien. Tiene hijos y nietos. Ha sido cocinera, cuidadora de personas mayores y ha tenido un restaurante. Ahora cuida su huerto. Retratar no es fácil. Poner el objetivo frente a una persona que está enferma aún es más difícil. “Tengo bastante fácil el acceso a las personas, la gente se siente cómoda. Antes me instruí para hablar sin herir porque es muy fácil meter la pata sin querer. Las personas se abren en canal para ti. Desde 2012 colaboro con el proyecto de cirugía en Turkana. Es una gran escuela. De hecho, uno de los cirujanos me presentó a Rosa”.

Acompañando a Rosa pone el dedo en el sistema sanitario. “Estaría bien que la exposición se viera en hospitales porque uno de los problemas en

el sistema sanitario, entre los endocrinos, que en muchos casos estigmatizan a quien padece obesidad. Una persona con obesidad entra con un problema y te dicen, tú lo que tienes que hacer es adelgazar. Las comunidades científicas sí que saben cómo tratarlo, pero no ha calado en la sociedad. Por ejemplo, en Atención Primaria está cambiando pero va lento”, opina la fotógrafa.

Giselle se ha servido de la fotografía más cinematográfica para recrear el pasado de Rosa, la documental clásica para acompañar las distintas etapas de Rosa y la fotografía simbólica para describir temas como la autoestima, la cronicidad de la enfermedad. De la oscuridad, la penumbra a la claridad para mostrar los altibajos de Rosa. Un video multimedia, con la música de Yago Fernández y su tema *Behind the mirror*, cierra la muestra.

El proyecto *Acompañando a Rosa* fue premiado, obtuvo una beca de la DKV Albarracín 2022 y se ha visto en Zaragoza, Igualada, Alcalá de Henares y Málaga. De moment. ■

Para quien quiera más información puede visitar la web de la fotógrafa Gisela Pretel www.giselapretel.com



Jenny Campos-Salinas
Doctora en Biología, Máster en Educación en Salud Sexual, investigadora en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)
jennycampos@ipb.csic.es
Instagram: @jennycampossal



Marta Torrón Villalta
Fisioterapeuta especializada en suelo pélvico y fisiosexología
Máster oficial en deporte sostenible y bienestar
hola@martatorron.com
Instagram: @martatorron

LA PRÓSTATA EN LA MUJER: EL ÓRGANO INVISIBLE

¿SABÍAS QUE LAS MUJERES TAMBIÉN TENEMOS PRÓSTATA?

Marta: Sí, has leído bien. Puede sonar raro o a moda que se quiere imponer, pero en el campo de la investigación llevamos siglos hablando de ello. Y aunque se han hecho descubrimientos importantes, estos no se han transformado en aplicaciones clínicas efectivas, lo que impide que las pacientes se beneficien de ello. La sexualidad femenina —especialmente todo lo que no está ligado a la reproducción— ha sido históricamente silenciada, distorsionada y cargada de desinformación, haciéndonos creer que nuestro placer es peligroso y nuestros cuerpos, propiedad de otros. Zonas claves del cuerpo femenino han desaparecido del discurso médico, como si no existieran, como si no importaran, dando paso al concepto del “cuerpo borrado”¹. La historia se repite: tras siglos de ignorar el clítoris, ahora es la próstata femenina la que se borra, pese a ser real, funcional y susceptible a enfermedades.

Jenny: La próstata femenina no es una invención moderna. Ya en 1672, el fisiólogo Reinier de Graaf la describió por primera vez². Y en 1838, el ginecólogo Alexander Skene describió dos conductos parauretrales, pero indicó que sus funciones eran insignificantes en la fisiología de la zona uretral de las mujeres y en su honor en los libros de medicina se han denominado hasta hoy “glándulas de Skene”³. Desde entonces en el estudio de la próstata en las mujeres ha habido muchos avances, como los modelos tridimensionales realizados por el médico John Huffman en los años 40⁹ o los estudios del doctor en anatomía patológica Milan Zaviačič⁴, que llegó a analizar doscientas uretras femeninas en autopsias y sus resultados probaron con rigurosidad que tenemos próstata. Aun así, todos estos hallazgos han sido sistemáticamente ignorados por la medicina y el mundo académico. Los estudios anatómicos realizados por la uróloga Helen O’Connell y su grupo entre los años 1998 hasta la presente fecha muestran cómo este tejido prostático-uretral está fusionado con el tejido de la vagina y de los bulbos del clítoris (Figura 1)^{5,6}.

Y así estamos: hay un amplio abanico de pruebas científicas, publicadas en importantes revistas del área de biomedicina, recogidas en bases de datos como PubMed, Researchgate, Scopus entre otras. Sin embargo, los libros de medicina y ginecología siguen sin mencionar la próstata en las mujeres. Lo que no se nombra y no se describe en detalle no existe.

PERO... ¿DÓNDE ESTÁ ESA PRÓSTATA Y QUÉ HACE?

Marta: La próstata forma parte de un sistema mucho más amplio que podríamos llamar el núcleo del placer: clítoris-próstata-uretra-vagina-ano (CPUVA). Todo está conectado, funciona en conjunto y no es fácil saber dónde empieza un componente de este núcleo y donde empieza otro. Para visualizar esto, observemos la Figura 1. En el caso de la próstata, se trata de un tejido que rodea la uretra y que está compuesto por glándulas, conductos, músculo liso, terminaciones nerviosas y tejido eréctil. Produce un fluido blanquecino —la misma composición que el semen en el hombre, pero sin espermatozoides— que puede salir al exterior a través de los orificios eyaculatorios, durante la excitación sexual y/o durante el orgasmo. Eso es la eyaculación femenina.

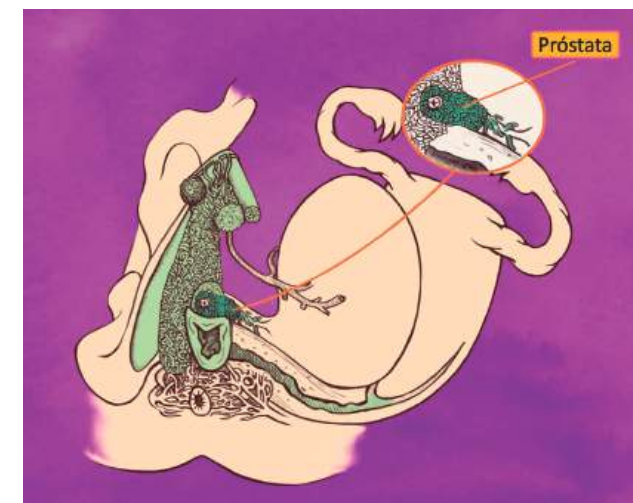


Figura 1. El núcleo del placer clítoris-próstata-uretra-vagina-ano (CPUVA) donde se muestra una ampliación en la zona ovoide (trazo naranja) de la próstata (verde oscuro)⁷

Jenny: Si observamos otra vez la Figura 1 en la zona ovoide que muestra un aumento de la próstata, se aprecia como el tejido prostático está fusionado al conducto uretral. Y es importante resaltar que John en 1948 y Milan en la década de los ochenta describen en detalle que en las mujeres hay 6 tipos morfológicos de próstata y las clasificaron del 1 al 6^{4,9}. Más adelante el urólogo Florian Wimpissinger en el año 2009 constató estos 6 tipos de próstata en mujeres de 17 a 62 años por resonancia magnética nuclear (MRI)¹⁰. Tomando en cuenta toda esta

información y trabajando en conjunto con Sofía Santarone (ilustradora; Instagram: @sofia.santarone) generamos 6 modelos de próstatas que permiten hacernos un mapa mental de esta zona anatómica^{7,8}. En cuanto a su función aún todo es especulativo y se postula que podría tener una función antimicrobiana o efecto protector contra la infección del tracto urinario, lubricación u otras funciones desconocidas. La próstata tiene una estructura irregular, con tejido estratificado que presenta los mismos marcadores prostáticos que en el hombre, como el antígeno prostático específico (PSA), proteína 1 humana y fosfatasa ácida prostática (PSAP) entre otras⁴. En 2023, la doctora en anatomía Diane Tomalty constató la presencia de los mismos marcadores nombrados en el párrafo anterior y además detectó proteínas como el neuropéptido vasoactivo intestinal (VIP), clave en la comunicación entre el sistema nervioso y el sistema inmunológico, también presente en la próstata masculina.^{4,11}

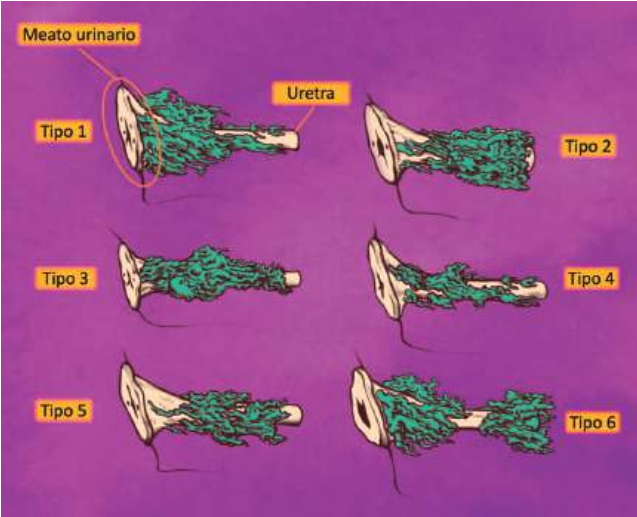


Figura 2. Tipos morfológicos de próstatas en las mujeres. La clasificación del tejido prostático se basa en la distribución del tejido a lo largo del conducto uretral.^{7,8}

¿CÓMO PODEMOS ESTIMULAR ESPECÍFICAMENTE LA PRÓSTATA PARA EYACULAR?

Marta: Lo primero es comenzar a reconstruir el mapa de nuestra conciencia corporal, que ha sido borrado. Para ello, es fundamental observar nuestra vulva con un espejo, separando los labios y localizando el meato urinario. A cada lado de este pueden verse dos o más orificios eyaculatorios externos (Figura 3A), aunque en algunos casos no serán visibles, ya que se encuentran dentro de la uretra (Figura 3B).

Jenny: Una vez que hemos localizado la zona por donde saldrá el fluido eyaculatorio hay que introducir uno o dos dedos por el conducto vaginal y masajear hacia adelante en dirección del pubis. Hay que masajear con un ritmo que te provoque una sensación placentera y que a menudo se parece a la sensación de las ganas de orinar y en esos momentos la clave es mantener el ritmo con el que se está

haciendo este masaje y respirar tranquilamente. Si es algo que nunca hemos experimentado hace falta tiempo, paciencia y práctica.

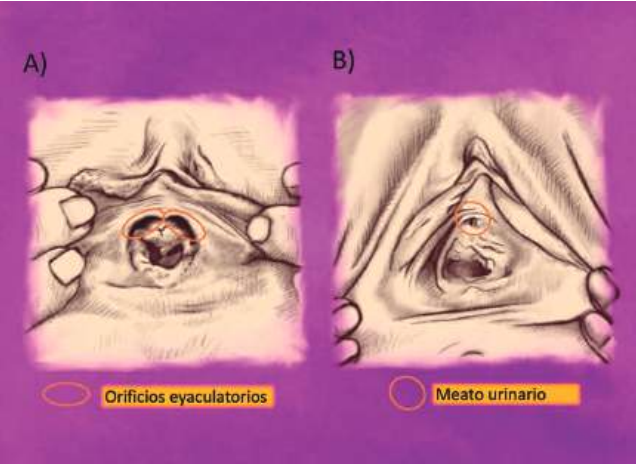


Figura 3. Zona vestibular vaginal. (A) orificios eyaculatorios externos a cada lado del meato urinario. (B) Vestíbulo vaginal que no presenta orificios eyaculatorios externos y se aprecia el orificio de salida de la orina. Existe una gran variabilidad en el tamaño y forma de estos orificios que van desde muy pequeños y cuesta observarlos hasta grandes como los que se muestran en la imagen A.⁷

¿ES LO MISMO LA EYACULACIÓN Y EL SQUIRTING?

Marta: Son dos procesos fisiológicos distintos, el *squirting*, es orina diluida -que saldrá por la uretra- y que también puede liberarse con la estimulación y/o el orgasmo, pero que no tiene el mismo origen ni composición que la eyaculación. Lo cierto es que muchas mujeres pueden experimentar eyaculación, *squirting* o ambos, y ni siquiera lo saben.

Jenny: Debido a nuestra conformación anatómica desde el clítoris podemos estimular los distintos componentes del núcleo del placer y que se produzcan los siguientes fluidos (Figura 4): i) por lubricación vaginal, ii) orina diluida (*squirting*) proveniente de la vejiga iii) orina diluida proveniente de la vejiga (*squirting*) mezclada con fluido eyaculatorio proveniente de la próstata y iv) fluido proveniente sólo de la próstata. La salida de la orina diluida y del fluido eyaculatorio comparten el conducto uretral.

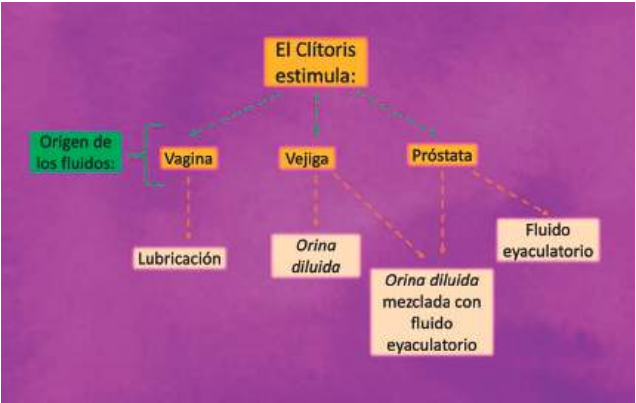


Figura 4. Tipos de fluidos generados por el núcleo del placer.^{7,8} Descripción en el texto.que se muestran en la imagen A.⁷

¿Y POR QUÉ NO LO SABEMOS?

Marta: Porque no nos han enseñado a mirar nuestro cuerpo ni a reconocer nuestras sensaciones. Ni siquiera la comunidad médica está preparada para identificar la próstata de la mujer en una ecografía. Durante un estudio reciente que llevamos a cabo con una ginecóloga especialista en suelo pélvico del Hospital Sant Joan de Déu, mientras revisamos imágenes, ella comentó: "A mí me enseñaron a observar si el ángulo de la vejiga es correcto, si el tamaño del ovario está dentro de lo normal o si la malla quirúrgica está bien colocada... Pero a partir de aquí –nos señaló apenas un milímetro más allá donde se ubicaría la próstata–, nadie me ha explicado qué es lo que veo. No sabemos si se trata de grasa, de la próstata o del músculo del suelo pélvico."

Y ahí está el verdadero problema: si la persona a la que acudimos por síntomas urogenitales ni siquiera sabe que las mujeres tenemos próstata, ¿cómo va a reconocerla, estudiarla o tratarla?

Jenny: A pesar de los resultados presentados hasta el momento, la propuesta de que el tejido de la región periuretral debería denominarse próstata en las mujeres sigue siendo un tema de debate, lo que se refleja en los distintos nombres que se le han asignado: glándulas de Skene, glándulas parauretrales, glándulas vestibulares menores y glándulas periuretrales. El uso de los términos como glándulas de Skene y glándulas parauretrales no reflejan adecuadamente la evidencia actual con respecto a la anatomía y función de este órgano. Milan la describió en su libro póstumo: "la próstata femenina: una mujer misteriosa".⁴

ENTONCES... ¿LA PRÓSTATA EN LAS MUJERES PUEDE PRESENTAR PATOLOGÍAS?

Marta: Sí. Las mujeres también pueden tener inflamación de la próstata (prostatitis), infecciones, tumores e incluso cáncer. El problema es que, como no se reconoce como un órgano en sí, no hay protocolos clínicos claros para evaluarla. Mientras que los hombres tienen

revisiones prostáticas a partir de los 50 años -o antes si hay factores de riesgo-, nosotras ni siquiera sabemos que la tenemos. La diferencia no es sólo médica, es profundamente política: las decisiones sobre investigación, diagnóstico y tratamiento no son neutrales, sino influenciadas por normas sociales, culturales y políticas que priorizan unos cuerpos sobre otros.

¿Y QUÉ SUCEDE EN LA MEDICINA?

Jenny: Es impresionante que aún en el año 2025 con todos los cientos de datos que demuestran que las mujeres tienen una zona que histológicamente, por ultraestructura, por marcadores moleculares específicos, por visualizaciones por ecografía, por MRI, experimentos con voluntarias, y el testimonio de millones de mujeres que lo experimentan, aún sigamos insistiendo que las mujeres no tenemos próstata. Esto es inadmisibles en la medicina actual ya que, en otras áreas no relacionadas con la sexualidad, los evaluadores no piden esta cantidad de evidencias para aceptar una hipótesis y darle validez.

HACIA UNA SALUD SEXUAL INTEGRAL Y SIN TABÚES

Marta: La invisibilización de la próstata tiene consecuencias reales: nos limita el conocimiento sobre nuestro cuerpo, empobrece nuestra experiencia del placer y deja sin diagnosticar posibles patologías. Si estás leyendo esto, empieza por lo más sencillo y lo más radical: mírate, reconóctete, nómbrate. La próstata existe, aunque hayan querido borrarla. Redibujar el cuerpo es un gran acto de amor propio.

Jenny: Es urgente que la comunidad científica divulgue el conocimiento sobre la próstata en las mujeres sin reproducir lo que la antropología llama 'ignorancia desde el conocimiento'. Necesitamos revisar los datos con una mirada feminista, libre de sesgos androcéntricos. Y, sobre todo, construir redes entre investigadoras, profesionales de la salud y mujeres, porque el estudio de nuestro placer también nos pertenece. ■

BIBLIOGRAFÍA

¹ Torrón M. and Torrón C. (2021). Tu cuerpo Mola. Aprende a descubrirlo. Libro. Montena editorial.

² Graaf, R. (1672). De mulierum organis generationi inservientibus tractatus novus. Demonstrans tam homines & animalia caetera omnia, quae vivipara dicuntur, haud minus quam ovipara ab ovo originem ducere. 3, 64-72.

³ Skene A. (1892). Treatise on the diseases of women for the use of students and practitioners. Second edition. Book. New York D Appleton and Company.

⁴ Zaviacic, M. (1999). The human female prostate: from vestigial Skene's paraurethral glands and ducts to woman's functional prostate. Book. Slovak Academic Press.

⁵ Helen E O'Connell , Norm Eizenberg, Marzia Rahman, Joan Cleeve.(2008).The anatomy of the distal vagina: towards unity. J Sex Med. Oct;5(10): 2477-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00875.x.

⁶ Britt Haller, James Brock, Eric Chung and Helen E. O'Connell (2025). Comparison of female and male prostate glands. BJU Int 2025; 135: 582-585 doi:10.1111/bju.16646, 16648

⁷ Campos-Salinas J and Santarone S. (2025). Biblioteca dibujos de educación en salud sexual feminista. Protegidos con derechos de autor. Se pueden utilizar previa autorización de sus autoras. /número de registro en <https://www.safecreative.org/work-edit/2504141455692?10>

⁸ Campos-Salinas J (2023). La Próstata y la Eyaculación en las Personas con Vulva: ¿es un órgano invisibilizado por el sesgo androcéntrico? Tesis de Master. Protegidos con derechos de autor. <https://www.safecreative.org/work-edit/2503111078749?7>

⁹ Huffman, J. W. (1948). The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. American journal of obstetrics and gynecology, 55(1), 86-101. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(48\)90054-0](https://doi.org/10.1016/0002-9378(48)90054-0)

¹⁰ Florian Wimpissinger, Robert Tscherny, and Walter Stackl. Magnetic Resonance Imaging of Female Prostate Pathology. (2009). J Sex Med 2009;6:1704-1711. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01287.x

¹¹ Tomalty, D., Giovannetti, O., Hannan, J., Komisaruk, B., Goldstein, S., Goldstein, I., & Adams, M. (2022). Should We Call It a Prostate? A Review of the Female Periurethral Glandular Tissue Morphology, Histochemistry, Nomenclature, and Role in Iatrogenic Sexual Dysfunction. En Sexual Medicine Reviews (Vol. 10, Número 2, pp. 183-194). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.100743>



Maria Gil
Farmacéutica comunitaria



Mercè Botinas
Médica de familia

[ciencia con género

NUEVO FÁRMACO, VIEJAS COSTUMBRES

Quviviq es un fármaco recientemente lanzado al mercado para combatir el insomnio crónico en adultos. Fue la FDA (Agencia del Medicamento de EEUU) quien lo aprobó primero, a partir del estudio publicado en *The Lancet Neurology* en 2022¹, seguida por la Agencia Europea del Medicamento y por la Agencia Española, que también aprobaron el fármaco ese mismo año².

El insomnio es un trastorno del sueño especialmente relacionado con el sexo femenino. Ello es debido a alteraciones hormonales en las diferentes etapas de la vida de las mujeres: en la edad fértil, debido a desequilibrios hormonales, o como parte del síndrome premenstrual, en el embarazo (especialmente en el tercer trimestre), a causas mecánicas, y en la menopausia, debido a los sofocos y/o por el cambio hormonal propio de esta etapa.

También se presenta como síntoma común en las mujeres que sufren trastornos ansiosos, depresivos y en relación a algunos síndromes y en-

fermedades que cursan con cansancio y dolor, más comunes entre el sexo femenino, como la fibromialgia, la fatiga crónica o la artritis reumatoide.

Además de los factores biológicos, los determinantes de género (maternidad, doble jornada, cuidado de mayores o de enfermos, y discriminaciones varias) vienen a empeorar la cuestión haciendo que una cuarta parte de las mujeres vivan con insomnio frente a una séptima parte de los hombres.

No es una cuestión menor. El insomnio, entre otras consecuencias para la salud, aumenta el riesgo cardiovascular.

Sin embargo, a pesar de ser un trastorno especialmente asociado a sexo y género femenino, como hemos señalado, el estudio no menciona este hecho ni se estratifican los resultados por sexo, como tampoco nos comunican, estratificados por sexo, los efectos secundarios ni los abandonos del tratamiento de las personas participantes en el estudio.

Una vez más, y a pesar de la publicación de las guías Sager en 2016³, que recomiendan el estudio y publi-

cación de datos estratificados por sexo para resultados de efectividad y de efectos secundarios (ver información adjunta), seguimos, cinco años después de la publicación de dichas guías, sin generar una ciencia que tenga en cuenta verdaderamente las especificidades de la salud de las mujeres y busque profundizar en ellas.

En el caso del Quviviq esto tiene mucha importancia. Su principio activo es el Daridorexant, que se metaboliza a través de la CYP3A4 (una isoenzima de la enzima CYP450), la cual se encuentra en el intestino e hígado mayoritariamente y es responsable del metabolismo de más del 50% de los fármacos.

La actividad de esta isoenzima es muy variable de unas personas a otras pero en líneas generales en las mujeres esta actividad es de entre un 20 y un 40% superior a la que tiene en los hombres. Es decir, que las mujeres metabolizamos más rápido los fármacos que utilizan esta vía metabólica.

Además, para complicar aún más las cosas, algunos fármacos que utilizan la CYP3A4 inhiben su funciona-



miento (el de la propia isoenzima) y provocan, en consecuencia, el aumento de niveles de otros fármacos que también la utilizan, como es el caso de la claritromicina y la eritromicina (antibióticos), el diltiazem y el verapamil (hipotensores y antianginosos), el itraconazol y el ketoconazol (antifúngicos) o la fluvoxamina (antidepresivo) que son fármacos muy utilizados, mientras otros fármacos, como los glucocorticoides o la conocida hierba de San Juan (antidepresivo fitoterápico), tienen el efecto contrario: inducen el funcionamiento de la CYP3A4.

Todo lo cual indica que es de enorme importancia tener en cuenta estas diferencias metabólicas sexuales cuando se analizan los resultados de un ensayo. Justamente lo que este estudio, una vez más, no ha hecho, con lo que, también una vez más, se ha perdido la oportunidad de revertir este mal funcionamiento y será en la consulta clínica donde volveremos a encontrar las consecuencias. La vida sigue igual. ■

¹ Mignot E, Mayleben D, Fietze I, Leger D, Zammit G, Bassetti CLA, Pain S, Kinter DS, Roth T; investigators. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Neurol.* 2022 Feb;21(2):125-139. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00436-1. Erratum in: *Lancet Neurol.* 2022 Mar;21(3):e3. doi: 10.1016/S1474-4422(22)00029-1. Erratum in: *Lancet Neurol.* 2022 Jun;21(6):e6. doi: 10.1016/S1474-4422(22)00144-2. PMID: 35065036.

² https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/quviviq-epar-product-information_es.pdf

³ Shirin Heidari, Thomas F. Babor, Paola De Castro, Sera Tort, Mirjam Curno. Equidad según sexo de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria.* Volume 33, Issue 2. 2019, 203-210.

DIRECTRICES SOBRE EQUIDAD DE SEXO Y GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN (SAGER)

PRINCIPIOS GENERALES

- Los autores deben usar los términos sexo y género con cuidado para evitar confundir ambos términos.
- Cuando los sujetos de la investigación comprendan organismos (*humanos, animales, células...*) capaces de diferenciarse por sexo, la investigación debe diseñarse y llevarse a cabo de manera que pueda revelar diferencias relacionadas con el sexo en los resultados, incluso si no se esperaban inicialmente.
- Cuando los sujetos también puedan diferenciarse por género (moldeados por las circunstancias sociales y culturales), la investigación debe llevarse a cabo de manera similar en este nivel adicional de distinción.

RECOMENDACIONES POR SECCIÓN DEL ARTÍCULO

Título y resumen:

Si en el estudio se incluye un solo sexo, o si los resultados del estudio se van a aplicar a un solo sexo o género, el título y el resumen deben especificar el sexo de los animales o de las células, tejidos y otros materiales derivados de ellos, así como el sexo y el género de los participantes humanos.

Introducción:

Los autores deben informar, cuando sea pertinente, si se pueden esperar diferencias de sexo y/o género.

Métodos:

Los autores deben informar cómo se tuvo en cuenta el sexo y el género en el diseño del estudio, si se garantizó una representación adecuada de hombres y mujeres, y justificar las razones de cualquier exclusión de hombres o mujeres.

Resultados:

Cuando proceda, los datos deben presentarse sistemáticamente desglosados por sexo y género. Los análisis basados en el sexo y el género deben informarse independientemente de los resultados positivos o negativos. En los ensayos clínicos, los datos sobre los retiros y los abandonos también deben notificarse desglosados por sexo.

Discusión:

Se deben discutir las posibles implicaciones del sexo y el género en los resultados y análisis del estudio. Si no se ha realizado un análisis de sexo y género, se deben dar las razones. Los autores deben discutir más a fondo las implicaciones de la falta de dicho análisis en la interpretación de los resultados.



Foto: Andrea Piacquadio: <https://www.pexels.com>



Olga Fernández Quiroga

Psicóloga especialista en psicología clínica

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

<https://twitter.com/Olfequir>

[historias clínicas de salud mental]

LA MEMORIA EDITADA

No sé exactamente de dónde saqué el título de esta sección, pero me va muy bien para hablar de una de las preguntas que suelen hacerme para saber qué pasa cuando la gente explica sus recuerdos en las sesiones de análisis.

Creo que estaríamos de acuerdo en decir que incluso en las conversaciones de sobremesa, cuando explicamos algún recuerdo, sabemos que éste, pasa por diferentes filtros de la mente y por supuesto por las particulares condiciones de la persona que lo explique. Un ejemplo clásico es comprobar cuando los hermanos hablan y explican sus recuerdos acerca de sus progenitores. La percepción que tiene cada uno es diversa, muy diferente o totalmente opuesta.

En la sesión de análisis se dan los mismos filtros y condiciones y si tiene una cualidad emocional más o menos intensa, la "edición" puede ser importante. En realidad, podemos decir con tranquilidad que un recuerdo casi nunca es objetivo. Siempre pasa por la subjetividad del sujeto que lo ha vivido.

Así que jugamos con muchas posiciones.

- Lo que sucedió
- Lo que tú imaginas que sucedió
- Lo que tú quisieras que hubiera sucedido

En las sesiones de análisis, esto ya se da por sabido y siempre cuenta como recuerdo subjetivo, la memoria editada, y no importa tanto la veracidad como la verdad del sujeto. No busco la verdad de esos recuerdos pasados, sino una verdad psíquica que permita al sujeto comprender su dinámica interna. Cuento con el inconsciente, que interviene tanto en la formación como en el contenido de los recuerdos.

En realidad, tomo los recuerdos como una "formación de compromiso", es decir, el resultado de una negociación entre el impulso a recordar y la resistencia a hacerlo, sea cual sea la causa de la resistencia.

Muchos serán lo que llamamos recuerdos encubridores. Editados de tal manera que poco tienen que ver con la escena original. Y no es que esa escena original tenga nada malo para la persona. A menudo simplemente ese recuerdo toma el valor de la represión de su contenido a causa de otro contenido que está reprimido.

Ya veis que la cosa se complica en una sesión de análisis... pues aún puede complicarse más.

Vamos a ello.

Por esta vez prescindo de mis viñetas de sesión y voy a coger un ejemplo directamente del maestro Freud¹.

Se trata del recuerdo de un hombre de veinticuatro años cuando tenía cinco.



Está sentado sobre una sillita junto a su tía, que le enseña el abecedario. Tiene problemas para distinguir la m de la n

-Tía, me ayudas

-Sí, mira, la m se diferencia de la n en que tiene una pieza más

Una respuesta aceptable de la tía. Primera cuestión: ¿Por qué ese recuerdo tan banal?

Ese recuerdo, en el análisis, tomó otro significado nada banal para este hombre: nada más y nada menos que resolver el problema de la diferenciación sexual. Resignificó esa escena de la infancia sustituyendo la diferencia entre las letras por el saber de la diferencia entre hombres y mujeres. El hombre también tenía una pieza más que la mujer. Las dificultades con las dos letras serían interpretadas como una metáfora del deseo del niño para comprender el misterio de la diferencia de sexos.

Freud diría que ciertos recuerdos infantiles tan triviales pueden encubrir significados psíquicos mucho más profundos. Tiene razón. ■

[DOSSIER en el corazón de las mujeres]



Photo By: Kaboompics.com: <https://www.pexels.com>

¹ Sigmund Freud *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901) Capítulo, IV: "Recuerdos infantiles y recuerdos encubridores".

**Soledad Ascoeta Ortiz**

Activista. Cardióloga especialista en Arritmias
Master en estudios de género

**Carme Valls Llobet**

Médica endocrinóloga
Directora Programa Mujeres,
Salud y Calidad de vida. CAPS

SALUD CARDIOVASCULAR EN LAS MUJERES: LA GRAN OLVIDADA

La investigación sobre enfermedades cardiovasculares permaneció ajena a la presencia de mujeres en las cohortes de investigación hasta finales del siglo XX.

La cardióloga americana Bernardine Healy, junto con otros investigadores, denunció ya en el año 1991 la inequidad que ha supuesto hacia las mujeres el no haber recibido el mismo trato científico que los hombres. Lo denunció con el artículo titulado *El Síndrome de Yentl*, ironizando sobre la necesidad de las mujeres de disfrazarse de hombres para conseguir ser visibilizadas y bien atendidas de sus riesgos cardiovasculares. Denunció que la mayoría de trabajos de investigación sobre temas cardiovasculares no incluían mujeres, con cohortes de investigación compuestas sólo de hombres. Existía el prejuicio de los investigadores de que las mujeres no podían tener infartos. La realidad lo ha desmentido. Desde 1991 hasta la actualidad, los trabajos de investigación han incluido, progresivamente, una mayor cantidad de mujeres, aunque persistiendo tasas de inclusión inferiores que, en el mejor de los casos, apenas llegan al 40%; y en la mayoría de casos sin que los análisis por sexo y género sean explícitos en los resultados y en la discusión final. La revista *Lancet* reconoció en el año 2023 que en el futuro hasta el 38% de la mortalidad de mujeres a nivel mundial será cardiovascular, y por ello ha propuesto promover el trabajo de expertas que aportarán conclusiones hacia el 2030. ¡Solo 40 años después de la denuncia de Bernardine Healy...!

No podemos esperar más dilaciones y en la revista MYS nos hemos propuesto desde hace años hacer visibles los trabajos de investigación de lo que ya se conoce para abordar factores de riesgo que inciden en la prevención de la mortalidad prematura y de la morbilidad de las mujeres. Y nos hemos propuesto también divulgar los trabajos que establecen nuevas correlaciones y causas de la mayor mortalidad cardiovascular de mujeres respecto a los hombres. En números anteriores de MYS ya se hizo eco de la importancia de la violencia de género en la enfermedad cardiovascular, y de la necesidad de incluir la salud gestacional, las enfermedades autoinmunes y la ansiedad y depresión como factores de riesgo cardiovascular. Pero existe todavía un gran desconocimiento de la fisiopatología básica de las mujeres. Ha sido poco estudiada y por lo tanto poco enseñada en las facultades de Medicina. ¿Existen diferencias de sexo en el electrocardiograma? ¿Los infartos de miocardio y la angina de pecho tienen las mismas causas y las mismas manifestaciones? ¿Los endotelios de las coronarias reaccionan igual en mujeres y hombres? ¿La deficiencia de hierro crónica, las enfermedades tiroideas o la terapia hormonal en la menopausia pueden ser causa de mayor mortalidad cardiovascular?

¿Existen influencias de las condiciones de vida y trabajo, del estrés físico y mental, de la carga mental de la doble y triple jornada?

Sabemos desde hace años que el aumento de la carga laboral empeora la salud cardiovascular. Desde hace unos años, la carga mental de las mujeres, entendida como el mantenimiento del conocimiento necesario

para el desarrollo del día a día requeridos para la crianza, el trabajo doméstico, las obligaciones laborales, sociales, etcétera de las mujeres, así como las tareas de pensar, anticipar, coordinar, y decidir estas actividades, ha ido apareciendo en diferentes medios y publicaciones.

Al menos dos estudios canadienses demostraron que las y los pacientes afectas de un infarto y con características de personalidad más frecuentemente atribuidas al género femenino (personas afectivas, cariñosas, cuidadosas, con mayor tiempo de dedicación al cuidado, a las tareas domésticas, y con menor salario, entre otras), además de tratarse en mayor medida de mujeres, se asociaban, de manera independiente, a un mayor riesgo de recidiva de evento cardiovascular.

Sería lógico entonces considerar que la mencionada carga mental de las mujeres, como trabajo invisible, fuente de estrés, y determinante de comportamientos socioculturales asociados a un peor pronóstico de salud, pudiera implicar, asimismo, un peor pronóstico cardiovascular.

En este dossier nos hemos propuesto realizar un estado de la cuestión con la definición de los sesgos de género que han impedido la investigación y los datos que conocemos sobre la cardiopatía isquémica, los accidentes vasculares cerebrales, y las arritmias. Pero continuaremos aportando las novedades científicas que aparezcan en sucesivos números de la revista, y animamos a nuestras lectoras y lectores que nos pregunten aspectos que desearían conocer más a fondo, o que escriban sus experiencias positivas o negativas que hayan tenido en relación al sistema sanitario y su salud. ■

**Mercè Botinas**
Médica de familia

SESGOS DE GÉNERO DEL SISTEMA SANITARIO EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LAS MUJERES

PONENCIA EN LA I JORNADA DE MEDICINA CON PERSPECTIVA DE SEXO Y GÉNERO EN LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA, CAMFIC.
BARCELONA, 7 DE MARZO DE 2025.

El estudio WISE¹ publicado en 2006 dejó claro que la enfermedad coronaria isquémica en las mujeres tiene un mecanismo fisiopatológico diferente que consiste en la enfermedad microvascular. En el WISE, estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos, se incluyeron 936 mujeres con síntomas de isquemia miocárdica (dolor torácico o equivalentes) y una prueba no invasiva (electrocardiograma, prueba de esfuerzo o gammagrafía coronaria) alterada.

A todas se les realizó angiografía coronaria, pero la mitad no demostró enfermedad obstructiva coronaria limitante del flujo. En el momento del estudio WISE, esta constelación de pruebas de isquemia probablemente se habría interpretado como una prueba no invasiva de falso positivo, pero ahora está documentado como una conclusión inapropiada. Aunque las mujeres WISE no tenían enfermedad obstructiva de las arterias coronarias epicárdicas, en este estudio prospectivo que tuvo un seguimiento de casi 4 años, tuvieron síntomas persistentes y una posterior aparición significativa de eventos coronarios o muerte. Dicho de otro modo, el dolor torácico persis-

tente en mujeres con isquemia miocárdica documentada, incluso en ausencia de enfermedad obstructiva coronaria, es predictivo de eventos coronarios adversos.

Las mujeres con cardiopatía isquémica (CI) estable tienen una disminución de la calidad de vida, una menor capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. La fisiopatología isquémica de la mujer es compleja. Puede incluir enfermedad coronaria obstructiva y también enfermedad microvascular por disfunción endotelial o por espasmo microvascular.

Además existen diferencias en el modo de presentación de la enfermedad así como en la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas. Más aún, la eficacia de los tratamientos está poco estudiada así como la incidencia de efectos adversos secundarios de los tratamientos farmacológicos y de los procedimientos terapéuticos de revascularización. Se publicó en *The Lancet* con estas palabras: "En resumen, la enfermedad cardiovascular en las mujeres sigue siendo poco estudiada, poco conocida, poco diagnosticada y poco tratada a nivel mundial. Muchos factores contribuyen a la inequidad entre hombres y mujeres en la detección y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares"².

En el estudio WISE ya se ponía de manifiesto una mayor mortalidad en mujeres después de haber sufrido un infarto. Sería deseable que en todos estos años se hubieran superado las diferencias en la mortalidad postinfarto, sin embargo persisten a pesar del paso de los años³. El tiempo de reperusión en nuestro entorno analizado por Sambola et al. entre 2005 y 2015 fue mayor para las mujeres y aunque mejoró el uso de terapia de reperusión fue menor en mujeres (57%) respecto a hombres (75%) en 2025. La tasa de mortalidad postinfarto fue mayor en mujeres (9,3% vs 18,7%; P<0,001) concluyendo que ser mujer continúa siendo un riesgo independiente para la mortalidad.

En este documento se van a enumerar los principales sesgos referentes al sexo y al género que tienen un impacto en la calidad de vida y en la mortalidad de las mujeres que sufren enfermedad coronaria aguda o crónica.

SESGO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Existe un sesgo de género del paciente sobre las probabilidades tanto de visitar al cardiólogo³ como de ser diagnosticado con una enfermedad cardíaca. Con los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña se observó que las mujeres tienen

¹ Bairey Merz CN. Insights from the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study: Part II: gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to gender-based pathophysiology of atherosclerosis and macrovascular and microvascular coronary disease. *J Am Coll Cardiol*. 2006 Feb 7;47(3 Suppl):S21-9. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.084. PMID: 16458167.

² Vogel B The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet*. 2021 Jun 19;397(10292):2385-2438

³ Alonso Gelabert, O., Barcena Veciana, M., Brumwell Valsells, V., Crunas Bage, M., & Nicodemo, C. (2023). Gender bias in the diagnosis of cardiovascular disorders in Catalonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 132, 104823. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104823>

menores probabilidades de visitar al cardiólogo y de ser diagnosticadas con una enfermedad cardíaca después de analizar los factores de riesgo y características demográficas. Se trata del sesgo que existe en la sociedad que se reproduce en los médicos y médicas del sistema de salud.

SESGO DE LA FORMACIÓN EN LA CLÍNICA TÍPICA DE MUJERES

La presentación en mujeres ocurre especialmente a partir de los 50 años como angina de pecho pero también como disección de arteria coronaria y enfermedad de Takotsubo, unos 7 años después de la presentación habitual en hombres. Los síntomas en las mujeres son infra reconocidos. Los síntomas no cardíacos son más frecuentes en mujeres, como lo son en diabéticos y pacientes mayores, incluyen disnea, palpitaciones, presíncope o síncope, mareo, náuseas o vómitos, dolor de espalda y síntomas abdominales⁴. Se debe eliminar el término 'típico' del vocabulario médico y sustituirlo como típico de hombres o típico de mujeres, ya que no se trata de una mera diferencia semántica sino de una forma de mejorar el diagnóstico. Éstas y otras características deberían ser incluidas en la formación pregrado y también posgrado y ser tenidas en cuenta en protocolos de sociedades científicas.

Otro aspecto importantísimo es la falta de conocimiento entre la mayoría de profesionales de los factores de riesgo específicos de las mujeres. Se reflejan en el gráfico adjunto⁵. Asimismo, los factores de riesgo comunes con el sexo masculino tienen

un diferente grado de importancia para hombres que para mujeres. Por ejemplo, el tabaco o la diabetes implican un mayor riesgo cardiovascular para nosotras.

SESGO EN LOS INSTRUMENTOS DE TOMA DE DECISIONES

Las guías siguen clasificando el dolor torácico en típico o atípico y se utiliza esta clasificación que difícilmente abarca los síntomas en las mujeres: "Históricamente, la interpretación de los síntomas de CI según enfoques tradicionales (como el modelo de riesgo de Diamond y Forrester) no ha favorecido el reconocimiento de la presentación clínica típica de las mujeres y contribuye al diagnóstico erróneo y al retraso diagnóstico de la isquemia"⁶. Algunas de estas guías como las recientemente publicadas por algunas sociedades científicas⁷ todavía pasan por alto estas diferencias perpetuando inequidades demostradas. Organizaciones como la American Heart Association (AHA) y el National Institutes of Health (NIH) han empezado a promover un cambio en la terminología y comprensión de los síntomas cardiovasculares en mujeres. En lugar de hablar de síntomas "atípicos", se está haciendo énfasis en la necesidad de reconocer las diferencias de género en la presentación de las enfermedades cardiovasculares⁸.

Los instrumentos que se utilizan en la práctica clínica para determinar el nivel de riesgo de las personas y con ello poder decidir tratamientos en prevención primaria (como Regicor⁹ y HeartScore SCORE2¹⁰ y SCORE2-OP de la European Heart Associa-

tion) también adolecen de un sesgo de sexo ya que no tienen en cuenta los factores de riesgo cardiovascular específicos de las mujeres que se reportan al final de este documento.

En algunas guías ya empieza a surgir el término 'equivalente anginoso' para los síntomas diferentes al dolor torácico que típicamente se presenta en mujeres en su lugar¹¹ y genera retrasos diagnósticos¹².

SESGO DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS

Muchos dispositivos, como stents y marcapasos, han sido diseñados principalmente con base en la anatomía masculina. Por ejemplo, en el estudio SCD-HeFT (Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial) los hombres presentaron una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad con enfermedad coronaria isquémica, mientras que en las mujeres no se observó un beneficio claro. Las mujeres sufren un mayor riesgo de complicaciones peri procedimentales como hemorragias o perforaciones (7,2% en mujeres vs. 4,8% en hombres). Posibles causas: las mujeres suelen tener corazones más pequeños y diferencias en la distribución del tejido cardíaco, lo que puede afectar a la colocación y funcionamiento de los electrodos. En los ensayos clínicos tienen menor representación (sólo un 20-30% de los participantes en muchos estudios son mujeres) lo que dificulta establecer conclusiones sólidas¹³.

El 26% de los ensayos con análisis por sexo identificaron diferencias en seguridad o efectividad en mujeres y mayor probabilidad de sufrir rees-

tenosis o trombosis del stent: mayor riesgo de necesitar revascularización posterior en comparación con los hombres. Posibles causas: las arterias coronarias de las mujeres suelen ser más pequeñas, lo que puede complicar la colocación de los stents y aumentar el riesgo de complicaciones. Factores hormonales, como los niveles de estrógenos, podrían influir en la respuesta vascular y la cicatrización post procedimiento¹⁴.

SESGOS EN EL TRATAMIENTO

Como ya se ha comentado, existen inequidades en las terapias de reperusión. Además las mujeres reciben menos indicación de rehabilitación¹⁵ y también es menor la prescripción de la terapia farmacológica indicada, menos logrados los objetivos de los tratamientos y existe un desconocimiento sobre dosis adecuadas y efectos adversos, que son más frecuentes en ellas. Un análisis de todos los medicamentos retirados por razones de seguridad muestra que, desde 1980, los productos tienen 3,5 veces más probabilidades de ser retirados debido a riesgos de seguridad en las pacientes mujeres que en los hombres.

A MODO DE RESUMEN Y A NIVEL FARMACOLÓGICO:

Aspirina: algunos estudios muestran que es menos efectiva para prevenir infartos en mujeres que en hombres y, en cambio, más efectiva para reducir el riesgo de ictus isquémico en mujeres. Como efecto adverso presentan mayor riesgo de sangrado gastrointestinal, probablemente por diferencias en la actividad plaquetaria y el metabolismo hepático (enzimas CYP), influidas por hormonas sexuales como los estrógenos.

Betabloqueantes: mayor reducción de la frecuencia cardíaca y más efectos adversos como fatiga e hipotensión. Probablemente, sea debido a un menor volumen de distribución y



Gráfico extraído de: Lee, S. K., Khambhati, J., Varghese, T., Stahl, E. P., Kumar, S., Sandesara, P. B., Wenger, N. K., & Sperling, L. S. (2017). Comprehensive primary prevention of cardiovascular disease in women. *Clinical cardiology*, 40(10), 832-838. <https://doi.org/10.1002/clc.22767>

una eliminación más lenta de estos fármacos lipofílicos, además de influencias hormonales en los receptores adrenérgicos.

Inhibidores del enzima conversor de angiotensina: mayor incidencia de efectos secundarios como la tos seca (hasta un 50% más frecuente) y una respuesta hipotensora potencialmente más pronunciada, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. Posiblemente, debido a diferencias en la actividad del enzima convertidor de la angiotensina y en la respuesta vascular, influidas por la disminución de estrógenos después de la menopausia.

Estatinas: riesgo más elevado de miopatía. La eficacia en la reducción del colesterol LDL puede ser ligeramente menor en mujeres premenopáusicas debido a los efectos protectores de los estrógenos sobre el perfil lipídico. Posible causa: diferencias en el metabolismo hepático (vía CYP3A4) y en la composición corporal (más grasa en mujeres).

Bloqueadores de los canales de calcio: mayor edema periférico como efecto secundario y una respuesta hipotensora más variable, sobre todo en edades avanzadas. Posible causa: diferencias en la reactividad

vascular y en la cinética del fármaco, con un aclaramiento renal más lento en mujeres.

CONCLUSIONES

Es necesario un mayor conocimiento de la salud con perspectiva de sexo y género. Los conocimientos logrados hasta el momento deben ser aplicados a la práctica clínica de forma prioritaria, éstos deben formar parte de la formación curricular pregrado y posgrado. Además, es imprescindible una investigación con esta visión en todos los estudios antes de ponerlos en marcha para lograr una segregación de los resultados en función del sexo. Todo ello contribuirá a la mejora de la cantidad y calidad de vida de las mujeres. Para lograrlo, CAPS está elaborando unas recomendaciones para la práctica clínica para tener en cuenta las diferencias en la salud de las mujeres que pretenden ser la primera iniciativa de este tipo en Europa que está siendo consensuada con otras entidades y sociedades científicas. Esperamos poder hacer su presentación en el próximo MYS. ■

"Se debe eliminar el término 'típico' del vocabulario médico y sustituirlo como típico de hombres o típico de mujeres"

⁴ Hebbo, Elsa et al. The Clinical Approach to Angina in Women. 2025. *Interventional Cardiology Clinics*, Volume 14, Issue 1, 1 - 8

⁵ Lee, S. K., Khambhati, J., Varghese, T., Stahl, E. P., Kumar, S., Sandesara, P. B., Wenger, N. K., & Sperling, L. S. (2017). Comprehensive primary prevention of cardiovascular disease in women. *Clinical cardiology*, 40(10), 832-838. <https://doi.org/10.1002/clc.22767>

⁶ Aggarwal NR, Patel HN, Mehta LS, Sanghani RM, Lundberg GP, Lewis SJ, Mendelson MA, Wood MJ, Volgman AS, Mieres JH. Sex Differences in Ischemic Heart Disease: Advances, Obstacles, and Next Steps. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018 Feb;11(2):e004437. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437.

⁷ https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_18876.pdf

⁸ Lawton J. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 Jan 18;145(3):e18-e114.

⁹ <https://regicor.cat/aplicacions/regicor/>

¹⁰ <https://heartscore.escardio.org/Calculate/quickcalculator.aspx?model=low>

¹¹ Comments on the ESC 2024 guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. Volume 78, Issue 3, 2025, Pages 170-175, ISSN 1885-5857 <https://doi.org/10.1016/j.rec.2024.10.007>.

¹² 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), *European Heart Journal*, Volume 45, Issue 36, 21 September 2024, Pages 3415-3537, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

¹³ Rubin R. How Sex and Gender Differences Relate to Medical Devices. *JAMA*. 2022;327(7):615. doi:10.1001/jama.2022.1061

¹⁴ Dhruva SS, Bero LA, Redberg RF. Gender bias in studies for Food and Drug Administration premarket approval of cardiovascular devices. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2011 Mar;4(2):165-71

¹⁵ Betai D. Gender Disparities in Cardiovascular Disease and Their Management: A Review. *Cureus*. 2024 May 5;16(5):e59663. doi:10.7759/cureus.59663. PMID: 38836150; PMCID: PMC11148660.



Soledad Ascoeta Ortiz

Activista. Cardióloga especialista en Arritmias
Master en estudios de género

LA ENFERMEDAD CORONARIA NO OBSTRUCTIVA: ¿UN SESGO DE SEXO?

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa más frecuente de mortalidad en la mujer en el mundo y en España, incluso alcanzando tasas más elevadas que los hombres en nuestro país.

Dado que biológicamente estamos protegidas por los estrógenos durante la vida fértil, frecuentemente existe la creencia de que esta enfermedad constituye un azote exclusivo de los hombres, lo cual ha llevado a un aumento de la mortalidad en las mujeres especialmente jóvenes en las últimas décadas. En concreto, la cardiopatía isquémica (CI) es una de las causas más frecuentes de mortalidad dentro de las ECV, y si bien estas tasas han ido en descenso desde hace varias décadas, esta disminución ha sido mucho más marcada en los hombres, evidenciando incluso, como hemos dicho, un notable aumento de mortalidad en las mujeres por debajo de los 55 años.

Por un lado, existen diferencias biológicas y físicas infraestudiadas (como una menor superficie corporal, vasos coronarios más pequeños, o factores hormonales), que han justificado esta disparidad: son los sesgos de sexo. Sin embargo, la realidad es que la biología protege a las mujeres de la ECV durante gran parte de la edad fértil, y esta inequidad no se explica en su totalidad si no es por los factores socioeconómico-culturales que secundan estos resultados. Dicho de otra manera, la importante mortalidad por CI en las mujeres no se debe sólo a razones biológicas, ni hay ninguna hormona que las justifique de manera aislada: son los re-

trasos en el diagnóstico, la infrarrepresentación en los ensayos clínicos, así como estrategias de diagnóstico y tratamiento mal aplicadas, algunos de los factores que justifican este aumento de mortalidad. Y esto tiene un nombre: sesgos de género.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA OBSTRUCTIVA Y NO OBSTRUCTIVA

Si bien las mujeres pueden desarrollar enfermedad arterial coronaria (EAC) obstructiva (la que ha sido clásicamente estudiada, con mayor prevalencia en los hombres), la aterosclerosis coronaria en mujeres es menos marcada que en varones, constituyendo un 25-30% de los casos de infarto totales. Sabemos desde los años 70 que existe la angina sin enfermedad coronaria obstructiva, llamada inicialmente el síndrome X, al cual se le atribuyó históricamente un pronóstico benigno. Desde hace un par de décadas, hemos comenzado a saber que las mujeres somos especialmente proclives a presentar esta enfermedad coronaria no obstructiva, ya sea en forma de angina, isquemia o infarto, y estudios a largo plazo han demostrado que su pronóstico, si bien no tan funesto como el de la EAC obstructiva, no es benigno, con un mayor riesgo de muerte y nuevos eventos cardiovasculares que la población sana.

Entre los y las pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), el MINOCA (myocardial infarction with no obstructive coronary atherosclerosis) se observa a edades más tempranas, entre los 55 y 66 años, y es más frecuente en mujeres, 10,5% frente a 3,4% en hombres. La fisiopatología es variada e incluye:

- **Disección coronaria espontánea**, fenómeno mucho más frecuente en mujeres que en hombres, que constituye entre un 1 y un 5% de los SCA, y un hasta un 35% suceden en mujeres menores de 50 años. Está asociada a la displasia fibromuscular, y puede estar desencadenada por el embarazo/estrés emocional del parto, así como por una actividad física extrema.
- **Disfunción vascular por afectación endotelial**: aumento de la constricción microvascular o atenuación de la dilatación debido a la alteración de la liberación por el endotelio de sustancias vasoactivas como el óxido nítrico, estimuladas por los estrógenos.
- **Enfermedad microvascular coronaria**, la cual puede ser estructural (aterosclerosis microvascular), por microembolización, extravascular (fibrosis o compresión perivascular inducida por hipertrofia) o funcionales por espasmo o disfunción endotelial.

El síndrome de Tako Tsubo, o miocardiopatía de estrés, también es considerada una entidad no obstructiva que puede simular un SCA, y se presenta como una disfunción ventricular izquierda súbita y transitoria, típicamente asociada a un abombamiento apical del ventrículo izquierdo. La gran mayoría de los casos (60%-90%) se presentan tras un desencadenante emocional o fisiológico (un fallecimiento, miedo, enfado, por lo que se le ha llamado también el “síndrome del corazón roto”). Se ha sugerido que la disfunción podría ser secundaria a una toxicidad miocárdica directa inducida por catecolaminas, además de que podría ser secundaria a cierto grado de espasmo microvascular que podría causar el aturdimiento miocárdico.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

En los últimos años, además de las técnicas de imagen clásicas, que evidencian las lesiones obstructivas en las arterias coronarias (como la coronariografía o el TAC coronario), han surgido pruebas funcionales, tanto invasivas como no invasivas, que pueden poner en evidencia la perfusión muscular y la alteración del flujo sanguíneo a niveles más distales en las coronarias. Dentro de las pruebas no invasivas, encontramos el PET scan (o tomografía de emisión de positrones) de estrés (esfuerzo o farmacológico), y la resonancia cardíaca de estrés, en donde las imágenes se obtienen antes y después de un realización de esfuerzo, o de la administración de un vasodilatador. Los exámenes invasivos consisten, por su parte, en la realización de pruebas durante la realización de un cateterismo, como la administración de acetilcolina para evaluar la presencia de espasmo; o las más recientes que incluyen la medición de la vasodilatación microvascular (reserva de flujo coronario y el índice de resistencia microvascular), determinadas a través de una guía de presión tras la inyección de adenosina. Sin embargo, éstas son poco utilizadas en la práctica clínica debido a su complejidad y la falta de experiencia clínica.

Respecto al tratamiento, en el caso de la disección coronaria, se recomienda el tratamiento con doble antiagregación durante un año (prolongando de manera crónica con aspirina en el caso de la displasia fibromuscular), asociado a betabloqueantes. En el resto de los casos de infarto sin obstrucción coronaria, y de manera similar a la enfermedad obstructiva, éste debe incluir la aspirina, las estatinas y los IECAs/ARAI, sin evidencia para la doble antiagregación. Para la angina por enfermedad coronaria no obstructiva, aún existen gaps en el tratamiento óptimo, ya que históricamente se ha evaluado en base a la enfermedad obstructiva. Una revisión reciente recomienda, en todos los casos, las estatinas, la

pérdida de peso y el ejercicio como base del tratamiento. A partir de aquí, el tratamiento de la disfunción microvascular incluye, fundamentalmente, los IECAs, betabloqueantes, y los antagonistas del calcio. Si la sospecha viene dada más bien por disfunción endotelial y espasmo, el tratamiento se orienta más hacia los nitratos de larga duración y los antagonistas del calcio. Los nitratos de corta acción constituyen un tratamiento de rescate en todos los casos, y en segunda línea encontramos la ranolazina y la ivabradina, con menor evidencia, pero también utilizadas en la práctica clínica en la mayoría de los escenarios.

Algunas alternativas para casos más refractarios incluyen el cilostazol, los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, antidepresivos o hipoglucemiantes.

EL DOLOR TORÁCICO EN LAS MUJERES Y LOS SESGOS DE GÉNERO

Como hemos mencionado, existen diferencias biológicas en la enfermedad coronaria según el sexo. Sin embargo, uno de los factores señalados como exacerbador de este sesgo de sexo han sido factores culturales, como el análisis del dolor torácico (DT), y su caracterización como ‘atípico’ si no se presentaba con la descripción clásica (opresivo, irradiado a mandíbula y brazo izquierdo, asociado a esfuerzos, con vegetatismo asociado, etc). A pesar de que en los últimos años se ha extendido el dato de que las mujeres debutan con síntomas diferentes al dolor torácico habitual (o dolores ‘atípicos’), esto no siempre es así. Las mujeres debutan con DT de manera similar a los hombres, aunque la prevalencia de los síntomas asociados, como disnea, palpitaciones, mareos o fatiga, es mayor que en los hombres. Esta supuesta presentación “atípica” del DT en las mujeres llevó a que se desaconsejara la utilización de dicho término, sustituyéndolo por “cardíaco”, “posiblemente cardíaco”, o “no cardíaco”, para evitar que esto perpetuara un sesgo de sexo. Sin embargo, en un estudio realizado en pacientes que se presentaron a

Urgencias con DT, se analizaron los factores asociados a un diagnóstico erróneo del DT como no coronario (cuando acabó siéndolo). Llama la atención que en dicho análisis se hallaron que los factores que más se asociaron con un diagnóstico incorrecto en las mujeres incluyeron algunas ‘características’ del dolor, mientras que en los hombres no hubo ninguna característica que perturbara ni que orientara de manera errónea al personal sanitario evaluador a diagnosticar incorrectamente un dolor torácico como no coronario. Dicho de otra manera, los hombres pueden describir como quieran el dolor, que siempre se les creerá.

Pero esto no acaba aquí. En los casos de diagnóstico erróneo (como no coronario cuando sí lo eran) en las mujeres, fue más frecuente que las pacientes describieran características clásicamente atribuidas al dolor coronario (asociación al esfuerzo, vegetatismo, irradiación). Es decir, ni diciéndolo blanco y en botella se les creyó. Y en definitiva, no deja de ser una representación de la sociedad en la que vivimos, en donde la palabra de la mujer, ante la duda, es puesta en cuestión. Parece que tenemos que decir ‘hermana, yo sí te creo’ también en la medicina y en cardiología, y no siempre lo hacemos.

Hasta que como sanitarias y médicas no seamos capaces de reconocer, abierta y claramente, que ser mujer es ser parte de un colectivo subordinado (al igual que ser una persona racializada, discapacitada, con bajo estatus socioeconómico, etc), y que ello conlleva consecuencias en nuestra salud más allá de la biología, no seremos capaces de resolver el problema.

Así como en la sociedad la igualdad jurídica no garantiza una equidad efectiva, la indicación de cateterismo ante un IAM (establecido por las guías independientemente del sexo) no garantiza su aplicación en la vida diaria. Y la prueba está en los números, en que nos morimos más de esto, de que nos vean mujeres, más de que porque lo seamos. ■

BIBLIOGRAFÍA

Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, Lindley KJ, Vaccarino V, Wang TY, Watson KE, Wenger NK; American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016 Mar 1;133(9):916-47. doi: 10.1161/CIR.0000000000000351. Epub 2016 Jan 25. PMID: 26811316.

Mehilli J, Presbitero P. Coronary artery disease and acute coronary syndrome in women. *Heart*. 2020 Apr;106(7):487-492. doi: 10.1136/heartjnl-2019-315555. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31932287.

Smilowitz NR, Prasad M, Widmer RJ, Toleva O, Quesada O, Sutton NR, Lerman A, Reynolds HR, Kesarwani M, Savage MP, Sweeny JM, Janaszek KB, Barseghian EI-Farra A, Holoshitz N, Park K, Albadri A, Blair JA, Jeremias A, Kearney KE, Kobayashi Y, Miner SES, Samuels BA, Shah SM, Taqueti VR, Wei J, Fearon WF, Moses JW, Henry TD, Tremmel JA; Microvascular Network (MVN). Comprehensive Management of ANOCA, Part 2-Program Development, Treatment, and Research Initiatives: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2023 Sep 19;82(12):1264-1279. doi: 10.1016/j.jacc.2023.06.044. PMID: 37704316.

Mehta PK, Huang J, Levit RD, Malas W, Waheed N, Bairey Merz CN. Ischemia and no obstructive coronary arteries (INOCA): A narrative review. *Atherosclerosis*. 2022 Dec;363:8-21. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2022.11.009. Epub 2022 Nov 12. PMID: 36423427; PMCID: PMC9840845.

Lindahl B, Baron T, Albertucci M, Prati F. Myocardial infarction with non-obstructive coronary artery disease. *EuroIntervention*. 2021 Dec 3;17(11):e875-e887. doi: 10.4244/EIJ-D-21-00426. Erratum in: *EuroIntervention*. 2022 Apr 01;17(17):e1366. doi: 10.4244/EIJ-D-21-0042C. PMID: 34870600; PMCID: PMC9724940.

Grant E, Sanghavi M. Ischemic Heart Disease in Women. *Med Clin North Am*. 2024 May;108(3):567-579. doi: 10.1016/j.mcna.2023.11.001. Epub 2023 Dec 23. PMID: 38548464.

Miró Ò, Martínez-Nadal G, García A, López-Barbeito B, Carbó M, Placer A, Repullo D, Bragulat E, Sánchez M, Coll-Vinent B. Factors associated with erroneous emergency department noncardiac chest pain classifications in men and women. *Emergencias*. 2022 Aug;34(4):268-274. English, Spanish. PMID: 35833765.



Cristina
Izquierdo Gracia



Marina
Martínez Sánchez

Adjuntas del Servicio de Neurología del hospital Germans Trias i Pujol

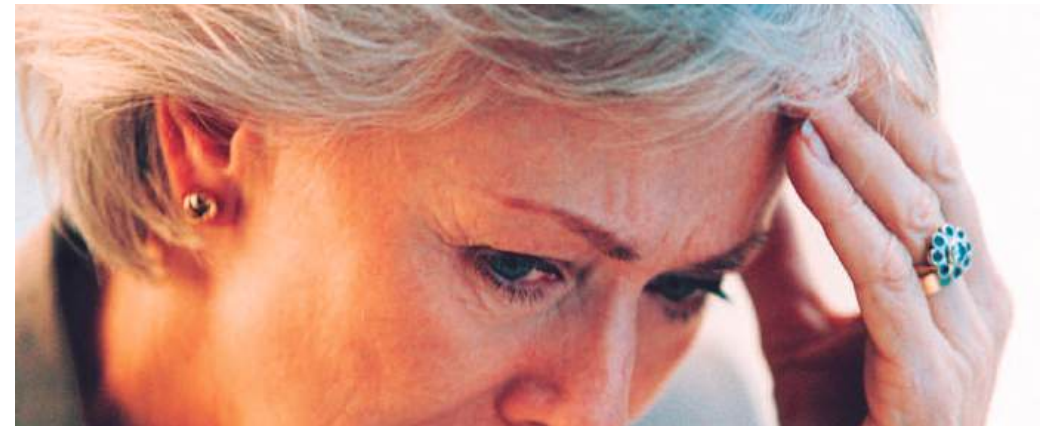
ICTUS EN LA MUJER: DESIGUALDADES EN INVESTIGACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que implica la pérdida brusca de funciones neurológicas, como consecuencia de una alteración en el flujo sanguíneo del sistema nervioso central, afectando al encéfalo, la médula espinal o la retina. Este déficit puede ser permanente o transitorio. Desde el punto de vista fisiopatológico, se clasifica en dos grandes grupos: el isquémico, que representa aproximadamente el 80% de los casos, y el hemorrágico, que constituye el 20% restante.

Ambos subtipos comparten una sintomatología inicial similar, lo que hace imprescindible la realización urgente de pruebas de neuroimagen para confirmar el diagnóstico y definir el tratamiento más adecuado. En la fase aguda del ictus isquémico, los tratamientos de reperusión, como la fibrinólisis intravenosa y la trombectomía mecánica, han demostrado mejorar significativamente el pronóstico funcional a largo plazo e incrementar la supervivencia en determinados casos. Para lograr estos beneficios, es fundamental el acceso temprano al tratamiento.

En España se registran cerca de 120.000 casos de ictus anualmente. Aunque la incidencia es ligeramente superior en hombres (62 por cada 100.000 habitantes) que en mujeres (59 por cada 100.000 habitantes), esta diferencia se invierte en determinados grupos etarios. Las mujeres en edad reproductiva (25-35 años) y aquellas mayores de 85 años presentan tasas más elevadas de ictus, en parte debido a su mayor esperanza de vida.

A pesar de que la incidencia global de ictus es menor en mujeres, la mortalidad es notablemente mayor en ellas. Según el Instituto Nacional de Estadística, esta patología provocó alrededor de 25.000 muertes en 2024 en España. En mujeres, el ictus constituye la segunda causa de muerte, superando incluso al cáncer de mama, mientras que en hombres ocupa el tercer lugar, por detrás del infarto agudo de miocardio y el cáncer de pulmón.



RTVE.es

1. CARACTERÍSTICAS DEL ICTUS EN LA MUJER

El ictus en mujeres suele producirse a una edad más avanzada que en hombres (75 frente a 71 años de media), lo que contribuye a una mayor carga de enfermedad y a un peor pronóstico funcional. Sin embargo, la edad no es el único factor que contribuye a las desigualdades de género en esta patología.

Factores de riesgo específicos

Las mujeres presentan una mayor prevalencia de determinados factores de riesgo como hipertensión arterial, migraña con aura, o las enfermedades autoinmunes. Asimismo, existen factores exclusivos del sexo femenino, como el embarazo, el puerperio, la preeclampsia, el uso de anticonceptivos hormonales, las terapias de fertilidad y los cambios hormonales asociados a la menopausia.

La migraña con aura se ha vinculado a un aumento significativo en la incidencia de enfermedad cardiovascular en mujeres, superando incluso a factores clásicos como la obesidad o la dislipemia. Este riesgo se incrementa aún más en mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales combinados, lo que justifica la recomendación de preferir métodos anticonceptivos basados exclusivamente en progestágenos o alternativas no hormonales en este grupo de pacientes.

Por otra parte, la disminución de estrógenos e IGF-1 tras la menopausia se ha asociado con un mayor riesgo

de ictus y un pronóstico funcional más desfavorable. Un metaanálisis evidenció que la menopausia precoz (antes de los 45 años), probablemente debido al descenso prematuro de estrógenos, incrementa el riesgo relativo de enfermedad coronaria, ictus, mortalidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas.

Características clínicas

Durante un episodio de ictus, las mujeres suelen presentar síntomas menos típicos, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Un metaanálisis de más de 580.000 pacientes reveló que las mujeres presentan más frecuentemente confusión, cefalea, coma o estupor y vértigo, mientras que los síntomas clásicos, como la debilidad unilateral o las alteraciones visuales, son más prevalentes en hombres.

En este sentido, un estudio mostró que las mujeres con ictus menores o transitorios recibían más frecuentemente diagnósticos de "ictus mimic", es decir, cuadros no vasculares con presentación similar, como migrañas, hipoglucemias, crisis epilépticas o trastornos funcionales. Sin embargo, el riesgo de recurrencia o muerte fue similar entre sexos, lo que refleja una oportunidad perdida para la prevención secundaria.

Subtipos de ictus

Desde el punto de vista etiológico, las mujeres presentan con mayor frecuencia ictus cardioembólicos y hemorragias subaracnoideas, mien-

tras que los hombres padecen más ictus aterotrombóticos (AHA, 2014). El ictus cardioembólico, más prevalente en mujeres, se asocia a un peor pronóstico funcional y a una menor supervivencia: en un estudio nacional, la supervivencia a 10 años fue del 57,7 % en ictus aterotrombóticos frente al 43,7 % en cardioembólicos. La fibrilación auricular (FA), principal causa de ictus cardioembólico, muestra particularidades en mujeres. Aunque recientes avances han reducido las diferencias de riesgo entre sexos gracias al mayor acceso a anticoagulación, las mujeres con FA siguen presentando un mayor riesgo de ictus y, además, sufren eventos de mayor gravedad.

Rehabilitación

En la fase de rehabilitación, las mujeres presentan un mayor riesgo de dependencia funcional y menor acceso a apoyos económicos y sociales, lo que impacta directamente en su calidad de vida y la de su entorno. Diversos estudios muestran además que las mujeres reciben menos soporte familiar: solo el 37% convive con su cuidador principal tras el ictus, frente al 93% de los hombres. Esta carencia se asocia a peores resultados funcionales en mujeres, incluso cuando disponen de algún apoyo informal.

2. INEQUIDAD DESDE LAS BASES

Históricamente, las mujeres han estado infrarrepresentadas en la investigación biomédica. En los ensayos clínicos de pacientes con ictus, la participación de mujeres es menor

de lo esperado en comparación con la incidencia real en la población. Una de las causas de esta subrepresentación son los criterios de inclusión de los estudios, dado que en muchos casos establecen un límite de edad máximo de 80 años. Esto excluye de forma desproporcionada a las mujeres comprometiendo la validez externa de los resultados clínicos, ya que ellas presentan ictus a una edad media superior.

Además, la mayoría de los modelos preclínicos han utilizado predominantemente animales machos. Esta preferencia se debe en parte a la percepción de que las fluctuaciones hormonales en las hembras introducen una variabilidad adicional que dificultaría la reproducibilidad de los resultados experimentales. Sin embargo, revisiones sistemáticas recientes han demostrado que las hembras no son más variables que los machos, incluso sin controlar el ciclo ovárico.

3. IMPACTO DE LA DESIGUALDAD DE GÉNERO EN EL ICTUS

Las mujeres padecen mayores demoras en la atención. Un estudio observacional mostró que las mujeres presentan tiempos de espera más prolongados, con un retraso medio de 20 minutos desde el inicio de los síntomas hasta llegar al hospital, y de 15 minutos adicionales desde la llegada hasta la administración del tratamiento. A nivel nacional, otro análisis de los códigos ictus activos evidenció mayores demoras prehospitalarias en mujeres con peor estado funcional basal.

Este retraso repercute directamente en el acceso a tratamientos de reperfusión, contribuyendo a un peor pronóstico funcional y a una mayor morbilidad en mujeres. La tasa de mortalidad tras ictus en España es del 27,3% en mujeres frente al 14,6% en hombres.

La mayor prevalencia de ictus cardioembólicos y el uso de anticoagulantes podrían explicar parte de la menor tasa de fibrinólisis observada en mujeres. No obstante, esta situación podría reflejar, además, una posible infra oferta terapéutica.

Además, las mujeres experimentan una peor recuperación funcional: un estudio multicéntrico mostró un 4,5% más de discapacidad a los 3 meses, incluso con volúmenes de infarto similares. También obtienen sistemáticamente peores puntuaciones de calidad de vida tras el ictus y presentan mayores limitaciones en actividades sociales, agravadas por factores como la edad avanzada, viudez, movilidad reducida y menor soporte familiar. Todo ello provoca que las mujeres muestren mayores limitaciones en la participación en actividades sociales tras el ictus, en especial en eventos religiosos o de ocio.

4. HACIA UN ENFOQUE EQUITATIVO

Reducir la carga global del ictus en mujeres requiere integrar la perspectiva de género en todas las etapas, desde la prevención hasta la rehabilitación. Para ello, es necesario fomentar la inclusión equitativa de mujeres en estudios clínicos y preclínicos, analizar los resultados

diferenciados por sexo, y estudiar factores específicos como el impacto del ciclo hormonal o de riesgos exclusivos femeninos.

Es esencial, además, incorporar formación específica sobre género en la educación sanitaria y desarrollar protocolos adaptados a las características clínicas de las mujeres, incluyendo situaciones fisiológicas como el embarazo.

Actualmente, existen iniciativas como la Women Initiative for Stroke in Europe (WISE) que promueven campañas de sensibilización que podrían mejorar el diagnóstico precoz. Romper el ciclo de desigualdades – ictus a edades más avanzadas, síntomas atípicos, retraso en el tratamiento y peor recuperación funcional – exige un enfoque de género en todas las etapas del manejo del ictus. Diseñar intervenciones específicas para mujeres mayores, solas o en situación de vulnerabilidad social es fundamental para mejorar su recuperación y prevenir la institucionalización.

Se requieren estudios que integren biomarcadores de sexo, evalúen el impacto del ciclo hormonal y diseñen terapias personalizadas para mejorar el manejo del ictus en mujeres.

Como conclusión, reducir la brecha de género en el ictus requiere un enfoque multidisciplinar que abarque investigación, prevención, diagnóstico y rehabilitación adaptados a las especificidades femeninas. ■

Este artículo consta de 28 referencias bibliográficas. Las referencias bibliográficas completas estarán disponibles en la versión web del artículo

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias S, Íñiguez C, Láinez JM. Neurología y Mujer. Ediciones SEN; 2023.
2. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo G, Sandercock P, Lindley RL, et al. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9834):2364-72. doi:10.1016/S0140-6736(12)60738-7.
3. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DW, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet*. 2016;387(10029):1723-31. doi:10.1016/S0140-6736(16)00163-X.
4. Cordonnier C, Spriggs N, Sandset EC, Pavlovic A, Sunnerhagen KS, Caso V. Stroke in women—from evidence to inequalities. *Nat Rev Neurol*. 2017;13(9):521-532.
5. Simal Hernández P, Matías-Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2024. Ministerio de Sanidad; 2024.
6. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Primer semestre 2024. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EDCM2023.htm>
7. Leppert DB, Burke JF, Lisabeth LD, Brown DL, Albright KC, Morgenstern LB. Young women had more strokes than young men in a large, United States claims sample. *Stroke*. 2020;51(11):3352-3355.
8. Yoon CW, Bushnell CD. Stroke in women: A review focused on epidemiology, risk factors, and outcomes. *J Stroke*. 2023;25(1):2-15.

Soledad Ascoeta Ortiz

Activista. Cardióloga especialista en Arritmias
Master en estudios de género



LOS FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS Y EL RIESGO DE TORSADA DE PUNTAS EN LAS MUJERES

El sexo femenino es un factor de riesgo de presentar Torsades des pointes (TdP) en el contexto de un QT largo adquirido. En conjunto, existe una preocupación creciente en cuanto a la seguridad de los medicamentos debido a las pruebas cada vez más numerosas de variaciones basadas en el sexo en biología, farmacología y farmacogenómica, lo que subraya las posibles implicaciones para la prescripción y dosificación de medicamentos en las mujeres, y especialmente durante el periodo de embarazo. En este sentido, es imperativo abordar las cuestiones de género y sexo desde una perspectiva farmacológica, especialmente en el área de los antiarrítmicos.

DIFERENCIAS SEXUALES

Las diferencias fisiológicas, hormonales y genéticas entre hombres y mujeres pueden afectar a la prevalencia, incidencia y gravedad de las enfermedades cardiovasculares y los trastornos arritmogénicos. Las respuestas al tratamiento pueden mostrar importantes diferencias en función del sexo, por lo que la eficacia y seguridad del fármaco y sus efectos secundarios pueden diferir significativamente entre ambos sexos.

Las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas a los medicamentos (RAM) y, lo que es más importante, cuando se producen tienden a ser más graves que en los hombres, con una necesidad más frecuente de ingreso hospitalario. Se ha descrito que 8 de cada 10 medicamentos retirados del mercado estadounidense entre

1997 y 2000 fue porque tenían mayor riesgo de RAM para las mujeres. En nuestro país, la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco, notificó que, de las notificaciones de RAM recibidas de 2013 a 2023, un 58,8% correspondían a mujeres, resultado que coincide con otros estudios llevados a cabo en bases de datos de farmacovigilancia.

Las razones pueden incluir una serie de factores biológicos, psicológicos y culturales, entre los que se incluyen los siguientes: diferencias de sexo en farmacocinética y farmacodinámica; exposición a hormonas esteroideas tanto endógenas durante los primeros años de vida y en la pubertad hasta la edad adulta como esteroides administrados exógenamente; diferencias de sexo en polimorfismos genéticos; mayores tasas de polifarmacia en las mujeres, lo que da lugar a más interacciones farmacológicas; y mayores tasas de notificación de acontecimientos adversos en las mujeres.

Además, en las mujeres, estas diferencias también pueden estar influidas por la fase del ciclo menstrual, el embarazo y la lactancia.

Lo que parece claro es que la práctica común de prescribir dosis iguales de medicamentos a mujeres y hombres ignora todas estas diferencias de sexo y género, con el riesgo de sobremedicación y, en consecuencia, un mayor número de RAM en las mujeres.

El impacto de las hormonas en el QT Es bien sabido que el intervalo QTc basal suele ser más largo en las mujeres que en los hombres, y esta diferencia se ha atribuido a diversos factores, o a una combinación de ellos, entre los que se incluyen dife-

rencias en las propiedades electrofisiológicas de los miocitos, diferencias en la función autonómica y a las hormonas sexuales endógenas.

En cuanto a las hormonas, la progesterona, al igual que la testosterona, es acortar la duración del potencial de acción y reducir la incidencia de arritmias, y puede explicar el acortamiento del intervalo QTc en varones después de la pubertad. Por otro lado, las concentraciones más elevadas de estradiol se correlacionan con valores de QTc más largos, y se ha demostrado que prolongan la duración del potencial de acción y el intervalo QTc en animales, aumentando la propensión al desarrollo de posdespolarizaciones tempranas.

La prolongación más significativa del QTc se produce durante la menstruación y la fase ovulatoria del ciclo menstrual, mientras que durante la fase lútea se observan intervalos QT más cortos, lo que se correlaciona con el aumento de los niveles séricos de progesterona. Esta observación, junto con el descubrimiento de que los intervalos QT se acortan tras la pubertad en varones pero no en mujeres, sugiere que las hormonas sexuales pueden influir en los canales cardíacos de Ca²⁺ y K⁺ cruciales para la repolarización ventricular.

Además, otras hormonas no sexuales también muestran y promueven diferencias entre sexos. Se ha observado que hormonas postparto como la oxitocina y la prolactina pueden contribuir a la proarritmia en conejos al prolongar la repolarización cardíaca en casos de síndrome de QT largo. Sin embargo, se requieren más investigaciones para comprender plenamente este fenómeno.

SÍNDROME DE QT LARGO INDUCIDO POR FÁRMACOS Y RIESGO DE TDP

El sexo femenino es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de TdP tanto en el síndrome de QT largo congénito como en el adquirido. Dos tercios de los TdP inducidos por fármacos ocurren en mujeres, a pesar de concentraciones séricas equivalentes y predominio masculino en el uso de fármacos antiarrítmicos. Las mujeres tienen un intervalo QT corregido (QTc) más largo en unos 20 ms en comparación con los hombres, y la dispersión QT es menor en las mujeres, lo que sugiere que los intervalos QT fundamentalmente más largos en las mujeres predisponen a un mayor riesgo de TdP. De este modo, el sexo femenino representa un factor de riesgo primario para el desarrollo de TdP, y se ha descrito un exceso de mortalidad bajo tratamiento con fármacos antiarrítmicos de clase I y III.

La arritmia inducida por fármacos en el contexto del QT largo adquirido se asocia a un retraso en la repolarización cardíaca. Las hormonas sexuales modulan numerosos canales iónicos implicados en la repolarización ventricular; los estrógenos facilitan la prolongación del QTc inducida por bradicardia y la aparición de arritmias, mientras que los andrógenos acortan el QTc y atenúan la respuesta del QT a los fármacos. Las diferencias en el intervalo QTc y la incidencia de TdP no son evidentes entre mujeres y varones desde el nacimiento hasta el inicio de la pubertad, pero se hacen evidentes con el inicio de la pubertad. Estos datos clínicos indican efectos protectores de la testosterona para el síndrome de QT largo. De hecho, las empresas farmacéuticas han considerado la posibilidad de desarrollar un parche de testosterona para prevenir y revertir la prolongación del QT en las mujeres, aunque el potencial de otras múltiples reacciones adversas derivadas de las aplicaciones de testosterona en las mujeres ha obstaculizado el progreso. Aunque todavía faltan pruebas directas en humanos, es probable que las diferencias de sexo en la susceptibilidad a la TdP también dependan de la edad, que puede correlacionarse con cambios en los niveles séricos de hormonas sexuales.

ANTIARRÍTMICOS: ¿CUÁLES OBSERVAR?

La quinidina, un antiarrítmico de clase IA, se ha asociado con el síncope por quinidina secundario a TdP, siendo la mayoría de los pacientes que desarrollaron síncope mujeres. La flecainida, por su parte, puede considerarse un fármaco con un índice terapéutico estrecho, lo que aumenta su riesgo de toxicidad. Las guías clínicas no recomiendan ningún ajuste en cuanto al sexo, pero las mujeres representaron hasta el 80 % de los casos de toxicidad por flecainida notificados en la literatura.

Tanto el D,L-sotalol como el D-sotalol aumentan el riesgo de TdP en mujeres. El D,L-sotalol aumenta el riesgo de TdP en mujeres y podría inducir una prolongación extrema del intervalo JTc en mujeres. Por su parte, respecto a la amiodarona, se ha descrito que la incidencia de bradiarritmia que requiere la inserción de un marcapasos debido a su uso es notablemente mayor en mujeres que en hombres, así como el doble de la prevalencia prevista de torsades de pointes durante el tratamiento con este medicamento.

La digoxina es otro fármaco con un estrecho índice terapéutico conocido. Si bien no queda claro si realmente existe un efecto pernicioso de su utilización en mujeres, en la última década también se ha descrito su asociación con el cáncer de mama en mujeres que actualmente toman digoxina, probablemente derivado de su acción estrógeno mimética.

En definitiva, aunque las directrices existentes no recomiendan explícitamente un enfoque basado en el sexo para los fármacos antiarrítmicos, los datos disponibles sugieren que una mayor vigilancia puede ayudar a minimizar el potencial de desarrollo de ritmos malignos en las mujeres.

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS ANTIARRÍTMICOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

La estrategia general para el tratamiento de las arritmias en una paciente embarazada debe parecerse mucho a la de una mujer no embar-

zada, con ajustes para dar prioridad a la seguridad fetal. Es decir, en general, las mujeres con arritmias cardíacas previas deben continuar sus tratamientos durante el embarazo, el parto y el posparto, idealmente con fármacos con un historial de seguridad más largo y la dosis más baja necesaria para la eficacia. Además, es crucial no comprometer la atención de una mujer embarazada que experimenta arritmias significativas debido a la preocupación por los riesgos potenciales para el feto. De hecho, sólo unos pocos fármacos antiarrítmicos presentan contraindicaciones absolutas durante el embarazo. Muchos son también compatibles con la lactancia.

La administración de fármacos antiarrítmicos durante el embarazo requiere una cuidadosa consideración de los posibles cambios en la farmacocinética debidos a alteraciones en la fisiología materna y su calendario, como el metabolismo y el aumento del volumen intravascular. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Lacroix C, Maurier A, Largeau B, Destere A, Thillard EM, Drici M, Micallef J, Jonville-Bera AP. Sex differences in adverse drug reactions: Are women more impacted? *Therapie*. 2023;78(2):175-188. doi: 10.1016/j.therap.2022.10.002.
- Zopf Y, Rabe C, Neubert A, et al. Women encounter ADRs more often than do men. *Eur J Clin Pharmacol*. 2008;64(10):999-1004. doi:10.1007/s00228-008-0494-6
- Zucker I, Prendergast BJ. Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women. *Biol Sex Differ*. 2020;11(1):32. doi:10.1186/s13293-020-00308-5
- Rosano GMC, Lewis B, Agewall S, et al. Gender differences in the effect of cardiovascular drugs: a position document of the Working Group on Pharmacology and Drug Therapy of the ESC. *Eur Heart J*. 2015;36(40):2677-2680. doi:10.1093/eurheartj/ehv161
- Tamargo J, Rosano G, Walther T, et al. Gender differences in the effects of cardiovascular drugs. *Eur Heart J - Cardiovasc Pharmacother*. 2017;3(3):163-182. doi:10.1093/ehjcvp/pvw042
- Vicente J, Zheng N, Bende G, Garnett C. Chapter 72 - Sex differences in drug-induced QT prolongation. In: Malik M, ed. *Sex and Cardiac Electrophysiology*. Academic Press; 2020:799-806. doi:10.1016/B978-0-12-817728-0.00072-3
- Boletín de Farmacovigilancia. Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco, nº 57, octubre de 2023. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/boletines_farmacovigilancia/es_def/adjuntos/Boletin_Farmacovigilancia-n-57.pdf
- Halpern DG, Weinberg CR, Pinnelas R, Mehta-Lee S, Economy KE, Valente AM. Use of Medication for Cardiovascular Disease During Pregnancy: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(4):457-476. doi:10.1016/j.jacc.2018.10.075

Neus Badosa Mercè

Enfermera coordinadora de la Unitat d'Insuficiència Cardíaca.
Servei de Cardiologia del Hospital del Mar (Barcelona)



CUANDO EL GÉNERO MARCA LA DIFERENCIA: DESIGUALDADES EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

La insuficiencia cardíaca es una afección compleja y prevalente que afecta a millones de personas en todo el mundo. La evidencia científica reciente destaca las importantes diferencias entre hombres y mujeres en términos de epidemiología, fisiopatología, presentación clínica y respuestas al tratamiento. Estas diferencias están influenciadas por factores específicos del sexo, como las variaciones hormonales, las comorbilidades y factores sociales. A pesar de estos conocimientos, sigue habiendo una brecha en la comprensión y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en las mujeres, en parte debido a su escasa representación en los ensayos clínicos. Estudios recientes han arrojado luz sobre estos aspectos específicos del género y han proporcionado información valiosa para la elaboración de estrategias de tratamiento personalizadas.

En primer lugar, si nos fijamos en la prevalencia ésta varía según el género, y las mujeres suelen tener una prevalencia más baja de un tipo de insuficiencia cardíaca (con fracción de eyección reducida) en comparación con los hombres, quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, a menudo relacionada con la cardiopatía isquémica.

También podemos observar diferencias en la prevalencia relacionadas con la edad. La prevalencia de la insuficiencia cardíaca aumenta con la edad en ambos sexos; sin embargo, las mujeres suelen recibir el diagnóstico a una edad mayor que a los hombres. Por ejemplo, las mujeres diagnosticadas con insuficiencia cardíaca son, en promedio, 5 años mayores que los hombres y esta disparidad de edad es importante ya que puede contribuir a diferencias en las comorbilidades y las respuestas al tratamiento. Y es que éstas, generalmente presentan mayor carga de comorbilidades como hipertensión, diabetes y obesidad. La

hipertensión arterial, como factor de riesgo principal en ambos sexos, tiene un impacto mayor en las mujeres, lo que subraya la importancia de estrategias preventivas diferenciadas. Factores propios de la mujer, como los efectos del embarazo y el tratamiento del cáncer de mama, también pueden contribuir al desarrollo de insuficiencia cardíaca en este grupo.

En relación con las causas subyacentes, existen diferencias significativas según el género. Los hombres tienen mayor predisposición a desarrollar insuficiencia cardíaca debido a enfermedades de las arterias coronarias, mientras que las mujeres son más propensas a que la insuficiencia cardíaca se derive de hipertensión, diabetes y enfermedades valvulares. El papel protector del estrógeno en la salud cardiovascular, especialmente en edades tempranas, también influye en estas diferencias. La disminución de los niveles de estrógeno postmenopáusico puede incrementar la prevalencia de insuficiencia en mujeres mayores. Además, el estrógeno también in-

fluye en la remodelación del ventrículo izquierdo y puede explicar los mejores resultados de supervivencia observados en las mujeres.

Con respecto a la presentación clínica y de síntomas, vemos que las mujeres con insuficiencia cardíaca suelen presentar peores síntomas y una peor calidad de vida en comparación con los hombres, a pesar de tener tasas de hospitalización similares. Se cree que esto podría estar relacionado con diferencias en la percepción de la enfermedad, los determinantes sociales de la salud y la presencia de comorbilidades como depresión y ansiedad. La depresión, en particular, es más frecuente en las mujeres con insuficiencia, y con frecuencia se relaciona con determinantes socioeconómicos como bajos ingresos, falta de apoyo social e inestabilidad financiera.

Y es que, si bien los avances en los tratamientos médicos han mejorado los resultados de muchos pacientes, aún persisten desigualdades en el acceso a la atención y los estigmas sociales. El nivel socioeconómico desempeña un papel fundamental, dado que las mujeres de entornos socioeconómicos desfavorecidos suelen tener más problemas para acceder a la atención, lo que puede llevar a un peor estado de salud y a tasas de hospitalización más altas. Esta situación se ve exacerbada por las disparidades de género en el control de factores de riesgo cardiovascular, como la presión arterial y la glucemia, cuyo manejo suele ser menos efectivo en mujeres de estratos socioeconómicos bajos.

En cuanto al tratamiento, las mujeres tienen una menor probabilidad que los hombres de recibir la terapia médica óptima recomendada por las guías clínicas, incluyendo ciertos fármacos. Esta diferencia se acentúa en mujeres jóvenes. Además, es menos frecuente que reciban un seguimiento cardiológico especializado y presentan más deficiencias en la atención post-alta, factores que contribuyen a peores resultados y a una mayor incidencia de reingresos hospitalarios.

Asimismo, las mujeres son más susceptibles de sufrir el estigma asociado a su apariencia física y de percibir un menor apoyo social, aspectos que pueden influir negativamente en la toma de decisiones clínicas y en el acceso a terapias avanzadas.

Si bien las guías clínicas recomiendan tratamientos similares para la insuficiencia cardíaca en ambos sexos, se han observado diferencias en las respuestas al tratamiento según el género. Por ejemplo:

- Las mujeres podrían requerir dosis más bajas de ciertos fármacos para alcanzar una eficacia óptima.
- Tienen menos probabilidades de recibir algunas terapias basadas en dispositivos, debido a variaciones en la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y la escasa representación femenina en los ensayos clínicos.

En lo referente a la mortalidad, y a pesar de experimentar síntomas más severos y una peor calidad de vida, las mujeres con insuficiencia cardíaca presentan una tasa de mortalidad ajustada por edad inferior a la de los hombres. Esta ventaja en la supervivencia se mantiene constante en diversos contextos económicos y geográficos. No obstante, en lo que respecta a la calidad de vida, las mujeres suelen reportar un peor estado funcional y una calidad de vida relacionada con la salud más deficiente, desigualdades posiblemente influenciadas por diferencias en las comorbilidades, el apoyo social disponible y el acceso a la atención.

NECESIDAD DE INVESTIGACIONES ESPECÍFICAS POR SEXO

A pesar de la creciente evidencia que subraya las diferencias de género en la insuficiencia cardíaca, persisten lagunas significativas en nuestro conocimiento. Las mujeres continúan estando infrarrepresentadas en los ensayos clínicos, y pocos estudios reportan resultados desglosados por sexo, lo que conlleva una ausencia de directrices de tratamiento específicas para mujeres. La mayoría de las recomendaciones actuales se basan en datos de cohortes predominantemente masculinas, lo que podría no abordar completamente las necesidades particulares de las pacientes.

Las futuras investigaciones deberían priorizar los análisis estratificados por sexo para comprender en profundidad los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y optimizar las estrategias terapéuticas. Existe una necesidad apremiante de desarrollar estrategias de tratamiento personalizadas que consideren las diferencias de sexo en la insuficiencia cardíaca, incluyendo la optimización de las dosis farmacológicas según el género y la evaluación del papel de la terapia con estrógenos en mujeres posmenopáusicas.

ABORDAR LAS DISPARIDADES EN LA ATENCIÓN

Los esfuerzos para mitigar las disparidades de género en la atención de la insuficiencia cardíaca deben enfocarse, en primer lugar, en facilitar el acceso de las mujeres a las terapias recomendadas por las guías clínicas y en abordar los determinantes sociales de la salud. Se requieren intervenciones específicas para asegurar una distribución equitativa tanto de los tratamientos farmacológicos convencionales como de las terapias avanzadas. Esto implica ampliar el acceso a tecnologías de telesalud y a la gestión de pacientes con movilidad reducida, particularmente para mujeres y minorías raciales, y superar las barreras sistémicas, como el coste económico.

En segundo lugar, resulta fundamental reducir los estigmas sociales asociados a la enfermedad y abordar la salud mental de las pacientes. Los profesionales de la salud deben integrar evaluaciones de salud mental en la atención rutinaria y proporcionar recursos para afrontar los desafíos socioeconómicos, como la inseguridad alimentaria y la inestabilidad de la vivienda.

Finalmente, es crucial reconocer que los cambios en las políticas son esenciales para abordar las causas fundamentales de las disparidades en la atención de la insuficiencia cardíaca. Esto incluye un aumento en la financiación hospitalaria destinada a la implementación de programas que mitiguen las desigualdades socioeconómicas.

Además, para subsanar las brechas de conocimiento existentes, los futuros ensayos clínicos deben garantizar una representación de género equilibrada. Esto permitirá realizar análisis de subgrupos significativos y elaborar directrices de tratamiento específicas para cada sexo. Adicionalmente, la implementación de enfoques de tratamiento personalizados, basados en factores biológicos y específicos de género, es esencial para mejorar los resultados tanto en hombres como en mujeres.

Comprender estas diferencias es fundamental para mejorar los resultados clínicos y diseñar estrategias de tratamiento específicas para cada sexo. Las futuras investigaciones deben centrarse en abordar las lagunas de conocimiento y garantizar una representación equitativa de las mujeres en los ensayos clínicos para guiar una atención verdaderamente personalizada.

Estos hallazgos resaltan la necesidad imperiosa de adoptar un enfoque sensible al género en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, así como de intensificar la investigación para abordar las brechas existentes en el conocimiento y la atención. ■



Alejandra Oliden Olivare
Enfermera, matrona residente
alejandra.oliden@gmail.com
@alejandraoliden

Lola Márquez Borrull
Psicóloga Perinatal e Infanto Juvenil
Coordinadora del GT de Salud Perinatal CAPS-RedCAPS
lolamarquez.psicocoach@gmail.com
@viure_en_femeni



GRUPO DE TRABAJO DE SALUD PERINATAL. CAPS-RedCAPS

MÁS ALLÁ DEL RIESGO: UNA MIRADA SALUTOGÉNICA Y FEMINISTA DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA ETAPA PERINATAL

El embarazo es un estado fisiológico que sucede en la gran mayoría de las mujeres. En el modelo biomédico dominante, la gestación y el parto se conciben como un riesgo permanente en el que el cuerpo de la mujer es percibido como un espacio de incertidumbre, vigilancia y control constante.

Este discurso nos ha llevado a una medicalización de procesos fisiológicos en línea con la medicina defensiva. Si bien es cierto que en la sociedad actual no se da el estilo de vida idóneo ni las políticas de conciliación necesarias para vivir estas etapas vitales lo más saludablemente posible, se plantean varias preguntas: ¿Estamos abordando la salud cardiovascular perinatal desde una perspectiva de género? ¿Estamos considerando los procesos reproductivos de las mujeres a través de una mirada salutogénica?

La consideración del útero como ese misterioso lugar de sospecha y riesgo (Hazard, 2023) impone a las mujeres una carga emocional intensa con la consecuente pérdida de agencia sobre su propio cuerpo. La salud cardiovascular tiene efectos importantes no solo en el embarazo y parto, también en el posparto y a largo plazo. Se hace necesaria, como en el resto de ámbitos relacionados con la salud de la mujer, una investigación con perspectiva de género que tenga en cuenta, además de las particularidades biológicas y clínicas de las mujeres en el desarrollo de fármacos, su relación con la salud perinatal, en concreto (Valls Llobet, 2020)

Según la SEGO, la preeclampsia es una complicación del embarazo, caracterizada por hipertensión y signos de disfunción orgánica, como proteinuria. Afecta alrededor del 3% de los embarazos y suele aparecer después de la semana 20 de gestación. Puede producir consecuencias graves para la madre y el recién nacido si no se trata. Algunos factores asociados con mayor riesgo de preeclampsia son hipertensión crónica, diabetes tipo 1 o 2, IMC >30, intervalo intergenésico largo, edad materna avanzada, enfermedad renal crónica o algunas enfermedades autoinmunes, entre otras. El manejo efectivo requiere identificar la causa, una evaluación preconcepcional, determinar el nivel de riesgo materno-fetal, asegurar una buena circulación sanguínea, usar la mínima dosis de medicamentos seguros, consejería genética y considerar la salud futura de la madre.

BIBLIOGRAFÍA

- Arata et al., 2023. Sex Differences in Heart Failure: What Do We Know? J Cardiovasc Dev Dis. 2023 Jun 29;10(7):277. doi: 10.3390/jcdd10070277.
- Kawai et al., 2024. Sex Differences in Cardiac and Clinical Phenotypes and Their Relation to Outcomes in Patients with Heart Failure. Journal of Personalized Medicine. 2024; 14(2):201. <https://doi.org/10.3390/jpm14020201>.
- Rosano et al., 2024. Differences in presentation, diagnosis and management of heart failure in women. A scientific statement of the Heart Failure Association of the ESC. European Journal of Heart Failure. <https://doi.org/10.1002/ehfj.3284>.
- Sumarsono et al., 2024. Sex Disparities in Longitudinal Use and Intensification of Guideline-Directed Medical Therapy Among Patients With Newly Diagnosed Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. Circulation. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.123.067489>.
- Baudry et al., 2024. Healthcare resource utilization and prognosis after heart failure decompensation according to gender. Insight from SNDS database. Archives of Cardiovascular Diseases. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2023.10.073>.
- Jelenkovic et al., 2024. Diferencias sexuales y de género en la asociación entre depresión e insuficiencia cardíaca: una revisión bibliográfica sistemática. Journal of Feminist, Gender and Women Studies, 16, 48-69. <https://doi.org/10.15366/jfgws2024.16.003>.
- Rizvi et al., 2024. Determinants of Health in a Low-Income Population Hospitalized with Heart Failure. Circulation, 150(Suppl_1). https://doi.org/10.1161/circ.150.suppl_1.4147328.
- Shakoor et al., 2024. Socio-economic inequalities and heart failure morbidity and mortality: A systematic review and data synthesis. Esc Heart Failure. <https://doi.org/10.1002/ehf2.14986>.

Un reciente ensayo clínico pone en evidencia la enorme cantidad de falsos positivos de preeclampsia y, por ende, de mujeres que podrían dejar la aspirina profiláctica. Según las investigadoras, a más del 90% de las mujeres incluidas en su estudio se les puede retirar la aspirina entre la semana 24 y 28 sin riesgos para ellas ni sus bebés (Mendoza et al., 2023).

La sobre medicalización sistemática del embarazo puede empujar a las mujeres a vivir sensaciones estresantes de no hacer suficiente, si no se accede a la medicación, o se cuestiona el tratamiento y su uso en mujeres sin riesgo elevado confirmado. La obediencia sin información transparente y la desconfianza en la fisiología del embarazo refuerzan el poder sobre el cuerpo de las mujeres. El acceso a información clara, comprensible y basada en evidencia es un derecho fundamental en la atención sanitaria, un pilar en la autonomía de las mujeres y, por tanto, clave en la mirada salutogénica y feminista de la salud perinatal.

Michel Odent (1986) introdujo el concepto de salud primal y A. Antonovsky, el de salutogénesis, ambos fundamentales en la base del proceso de salud, cuya cúspide es la curación. Reconocer la autoridad de la mujer en la promoción de su salud desde el embarazo influye en la epigenética. Igualmente importante es la educación para la salud.

La preeclampsia es una condición de origen multifactorial aún no completamente conocida. Se ha planteado una conexión entre las emociones y la salud física, sugiriendo que trastornos como la hipertensión gestacional podrían reflejar emociones no gestionadas. Schobel et al. (1996) proponen que el aumento de la presión arterial en la preeclampsia podría deberse a una mala regulación del sistema nervioso central ante conflictos, lo que elevaría los niveles de hormonas relacionadas con la ansiedad y la hostilidad (Namelle et al., 1977).

La evidencia recomienda que las mujeres embarazadas sin contraindicaciones médicas realicen al menos

150 minutos semanales de actividad física moderada, distribuidos en tres días, incluyendo ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento muscular (Guía de Práctica Clínica, 2023). El ejercicio regular durante el embarazo reduce el riesgo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas. El ejercicio moderado disminuye la incidencia de hipertensión gestacional y preeclampsia, mejora la sensibilidad a la insulina y ayuda a prevenir la diabetes gestacional, lo que reduce el riesgo futuro de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

Se recomienda una alimentación saludable y variada como parte clave del cuidado prenatal, considerando aspectos nutricionales, factores sociales y también psicológicos que influyen en los hábitos de la embarazada. Es fundamental tener en cuenta los efectos de agentes tóxicos, tanto ambientales como del entorno cercano. En cuanto a sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas, se requiere un enfoque centrado en la mujer, no punitivo, promoviendo entornos de atención que fomenten la confianza y la comunicación abierta. Beber alcohol puede tener consecuencias graves para el bebé en desarrollo. El síndrome alcohólico fetal se manifiesta en dificultades de comportamiento, aprendizaje, pensamiento y crecimiento físico que duran toda la vida. Es necesario contar con una atención interdisciplinaria que incluya a matronas y profesionales de la salud mental.

Como plantea Fuentes (2020), el embarazo representa la gestación de una criatura, una infancia saludable, una adultez autónoma y el bienestar familiar. El acompañamiento emocional en la transición a la maternidad reduce el parto prematuro. Contar con una red de apoyo eleva la oxitocina y disminuye el cortisol. Los grupos de madres en gestación y posparto son una valiosa herramienta de salud mental que refuerza la identidad materna y los vínculos sociales. Las visualizaciones guiadas, tanto individuales como grupales, con solo 10 minutos diarios, mejoran indicadores físicos como presión arterial, colesterol, glucosa e inmuni-

dad, y promueven confianza, apoyo, relajación, seguridad y gratitud.

Comprender la conexión existente entre los sistemas nervioso, inmunitario y endocrino, puede influir en la expresión génica del ADN. No solo se trata de una atención basada en la prevención de riesgos y enfermedades cardiovasculares, también en la capacitación de la toma de decisiones de las mujeres sobre su propia salud, el fortalecimiento de sus recursos internos y el foco en el bienestar.

Una atención integral de calidad para todas en la preconcepción, gestación, parto y posparto, sin olvidar la crianza, proporcionará un enfoque holístico de las enfermedades cardiovasculares en la etapa perinatal. Se hace esencial reclamar un seguimiento en atención primaria liderado por matronas, profesionales expertas en fisiología, en todas las comunidades autónomas para asegurar la equidad. Todo ello, ligado a grupos de trabajo interdisciplinares, estrategias orientadas a la salud integral e investigación con perspectiva de género. Una sociedad que tiene en cuenta las necesidades de las madres, tiene influencia en las futuras generaciones a todos los niveles, avanzando hacia un modelo más justo e inclusivo. ■

BIBLIOGRAFÍA

Guía de Práctica Clínica sobre la Actividad Física durante el Embarazo. (2023). Universidad Politécnica de Madrid. Disponible en <http://hdl.handle.net/11531/78387>

Fuentes Caballero, M. (2020). *Gestación, nacimiento y crianza desde el Sur: Una mirada comprensiva-compasiva sobre la infancia, la salud y la vida*. Icaria.

Hazard, L. (2023). *Womb: The inside story of where we all began*. Ebury Press.

Mendoza, M., Bonacina, E., García-Manau, P., Crovetto, F., Scheier, M., Parra-Cordero, M., ... & Nicolaidis, K. H. (2023). Aspirin discontinuation at 24 to 28 weeks' gestation in pregnancies at high risk of preterm preeclampsia: A randomized clinical trial. *JAMA*, 329(7), 542-550. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0691>

Namelle, N., et al. (1977). Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor: The benefits of psychologic support. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177(4), 947-952

Nathanielsz, P. W. (1999). *Life in the womb: The origin of health and disease*. Prometheus Press.

Schobel, H. P., Fischer, T., Heuszer, K., Geiger, H., & Schmieder, R. E. (1996). Preeclampsia – A state of sympathetic overactivity. *The New England Journal of Medicine*, 335(20), 1480-1485. <https://doi.org/10.1056/NEJM19961143352002>

Valls Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: Desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.

Maria Bascompte Sacrest
Humanista y posgraduada en
Salud Mental Colectiva.
Superviviente de Suicidio
@Mariabascomptesacrest



[lo personal es político]

YO TAMBIÉN ESTUVE AHÍ

Hace tiempo, yo también estuve ahí. No sé desde cuándo, quizás desde siempre. Pero ese lugar inhabitable ya existía antes que yo.

Apenas tenía tres años y recuerdo establecer, ya entonces, una relación estrecha con el sufrimiento psíquico. Como si se tratara de un virus maligno y tremendamente resistente, se fue aferrando a mí, impregnó todo mi ADN y me acompañó, muy a mi pesar, durante la adolescencia, después, a los 25 años, más tarde, a los 31 y, por última vez, hace cuatro años y medio. Después de experimentar tanto sufrimiento he decidido darle un sentido, trasladándose a la esfera política. Porque este sufrimiento tan terrorífico, desgastante, y que me obliga a vivir tan a menudo en los márgenes de la cordura, teniendo de vecina, puerta con puerta, a la locura, no solo me pertenece a mí. Nos puede pertenecer a todas en algún momento del recorrido vital de nuestras vidas.

El modelo médico hegemónico se ha impuesto con tanta fuerza y certeza que no da oportunidad ni lugar a la existencia de otros saberes. Sobre todo, a los que tienen que ver con la escucha de la aflicción de la paciente en primera persona, como una narrativa más. Desde que voy al psiquiatra nunca me he sentido escuchada, y tratada con exceso de paternalismo. Si le hago preguntas que para mí son importantes, él responde con muecas, quitándole importancia y, curiosamente, sin concretar nunca la respuesta. Esta situación da lugar a un abuso de poder; yo estoy restringida a una triste nosología que me reduce a unos síntomas, y a sus pobres y escuetas explicaciones (si las hay). Y todo mi sufrimiento se reduce a quince tristes minutos. Mi psiquiatra, el doctor X, nunca aceptará relaciones de reciprocidad, de igual a igual, que nos permitan dialogar sobre mi propio

proceso de sufrimiento. Esta impermeabilidad del doctor me genera un sentimiento de desamparo y frustración colosal que me condena a seguir siendo un fantasma más, un fantasma con la misma gama de colores grises establecidos y encasillados desde el saber biomédico hegemónico.

Me gustaría establecer, alguna vez solo, si la visita tiene que ser antes de tres meses, o bien, si la sesión se debe alargar cinco minutos más. Por supuesto, me agradecería que se me diera respuesta a mis preguntas, por lo menos a alguna de ellas. Me interesaría erradicar el trato paternalista. Y, por último, desearía que el doctor no llevara una bata blanca para tratar conmigo, pues no está operando, ni tratando los cuidados de una herida, corriendo el riesgo de mancharse. Esa bata blanca marca una diferencia entre él y yo: la razón vs. la no razón. Del mismo modo que la indecencia en forma de "pijamas" que nos obligan a llevar en la sala de psiquiatría, que todavía nos patologizar más, y establecen una situación de poder entre ellos y nosotras, las pobres locas. Por esto es tan importante y básico para la salud mental colectiva establecer relaciones de reciprocidad, en estas se instala una relación de igual a igual, un lugar donde participar, ser, establecer y, por lo tanto, proporcionan un **cobijo donde poder ser alguien**.

El doctor Ene debería hacer el ejercicio de desaprender lo aprendido, pero dudo que eso sea posible, ya que, si mezclamos una actitud impermeable con un ego desmesurado, el resultado es una incapacidad desmesurada y fosilizada de practicar el principio de la lateralidad.

Vivimos en un tiempo caracterizado, y más en Europa, por lo que se reconoce como "medicina basada en pruebas". Hace poco acudía a mi cita con la psicóloga clínica, del mismo

equipo médico del hospital que el Doctor X. Hacía semanas que mi madre había muerto, me enfrentaba a un proceso de desahucio, trataba de recuperarme de mi 4ª intervención de prótesis de codo (en total la 15ª intervención) y reconstrucción del tendón del tríceps y, por si fuera poco, contaba con 3 semanas para vaciar 2 pisos. La psicóloga me señaló, como muchas otras veces, que "*clínicamente no se observa ningún empeoramiento*" y que lo que me pasaba era "*normal*". Muy a menudo, a lo largo de estos años, utilizan la frase "*clínicamente no vemos deterioro (...)* o *clínicamente XXX*" como respuesta a muchas de mis inquietudes y procesos de mi malestar psíquico. De esta forma reducen y desatienden el abanico de casuísticas que me acompañan. Es tan evidente que todas estas casuísticas comprenden gran parte de mi malestar/bienestar psíquico que, al desatenderlas u obviarlas, se me instala automáticamente en un cerco hermético, y acabo colisionando con su pared de cemento. El resultado de este choque me causa heridas que, a menudo, incrementan mi malestar psíquico, ya que muchas veces lo que buscamos, lo que necesitamos, es alguien que sea **más vínculo que certeza**. Tantas veces he fantaseado y me he atascado con esta falta de vínculo de los profesionales que me atienden, que he metaforizado este concepto con el acto de un abrazo. Es decir, que considero y concluyo que lo que necesitamos, por encima de todo, es que se nos trate como si se nos diera un abrazo. Con la intención, el efecto, y el afecto de un abrazo. Y lo curioso es que no hace falta que sea un abrazo físico per se.

Resistamos, mientras luchamos porque este abrazo llegue algún día y de forma colectiva.

Yo resistiré hasta que, de nuevo, vuelva a estar ahí. ■



Elena Lázaro Real
Periodista e historiadora

[mujeres en la historia

HILDEGART RODRÍGUEZ CARBALLEIRA: LUCES Y SOMBRAS DE UNA MODERNA DEL SIGLO XX

Ni diez minutos de metraje pasan hasta que en una de las primeras escenas de "La virgen roja" la actriz Alba Planas recita los "mandamientos" de la revolución que defendió la Liga para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas en la Europa del primer tercio del siglo XX.

A la Hildegart real, la que llegó a ser secretaria de dicha Liga en España, le llevó 16 años y 55 páginas. Lo hizo en uno de sus primeros libros: "El problema eugénico: punto de vista de una mujer moderna", publicado en 1930, en el que lista como objetivos irrenunciables de dicha reforma los siguientes:

1. Igualdad política, económica y social de hombres y mujeres.
2. Liberación del matrimonio, y especialmente del divorcio, de la actual tiranía de que es objeto por parte de la Iglesia y el Estado.
3. Concepción a voluntad, a fin de que la procreación se efectúe sólo deliberadamente y con el debido sentido de la responsabilidad
4. Mejoramiento de la raza por la aplicación de los conocimientos eugenésicos.
5. Protección a la madre soltera y al hijo ilegítimo.
6. Actitud racional hacia las personas sexualmente anormales.
7. Prevención de la prostitución y de las enfermedades venéreas.
8. Considerar las perturbaciones



del impulso sexual como fenómenos más o menos patológicos, y no, cual se hacía en el pasado, como crímenes u ofensas.

9. Considerar sólo criminales aquellos actos sexuales que infrinjan los derechos sexuales; entre adultos responsables, llevados a cabo por mutuo consentimiento, se considerarán como asuntos personales de dichos adultos.

10. Educación sexual sistemática.

La figura de Hildegart Rodríguez Carballeira volvió a ponerse de actualidad hace casi un año con el estreno de "La virgen roja", dirigida por Paula Ortiz. Lo hizo con permiso

de Almudena Grandes y su novela "La madre de Frankenstein" (2020), centrada en los últimos años de la madre de Hildegart, Aurora Rodríguez Carballeira. Y a pesar de ambos intentos (magníficas obras creativas, por otra parte), Hildegart y su aportación a la ciencia y al pensamiento continúan siendo grandes desconocidos. Las razones de ese desconocimiento son fáciles de entender. Por un lado, su muerte y por otro, la censura franquista. Hildegart fue asesinada a sangre fría por su madre y ese hecho hizo que su vida y obra quedaran ocultas por el suceso: cada vez que alguien habla de Hildegart termina poniendo el foco en Aurora.

El nacionalcatolicismo y su imposición moral terminó de hacer el trabajo. Hasta ahora.

La historia contemporánea hace algún tiempo que sacó del ostracismo a esta pensadora gallega para intentar explicar qué aportó Hildegart al conocimiento y lo hace regresando a las fuentes originales: sus libros, prohibidos durante más de 40 años en España. Así lo han hecho historiadoras como Alison Sinclair, desde la Universidad de Cambridge, y Micaela Pattison, desde Sidney, y mucho más modestamente desde la Universidad de Córdoba quien escribe estas líneas, que incluyó a Hildegart en la genealogía feminista de aquellas pensadoras que reflexionaron sobre el placer y el deseo sexual de las mujeres en el tránsito del siglo XIX al XX, recogidas en el ensayo "Feminismos y sexo", reconocido por el Instituto de las Mujeres con el Premio de Ensayo Feminista Celia Amorós.

Conviene aclarar que Hildegart Rodríguez Carballeira no fue ni la primera ni por supuesto la última que teorizó sobre la sexualidad femenina. Antes que ella lo habían hecho anarquistas como Teresa Mañé o liberales como Concepción Gimeno de Flaquer y después lo harían cientos de feministas de la Tercera Ola en los años 70 del siglo XX. La excepcionalidad de su obra radica en su claro compromiso con la divulgación y educación sexual de la sociedad. Y ahí sí, Hildegart fue única. Lo fue por su extraordinaria capacidad productiva (publicó 14 libros en 3 años) y por su precocidad (lo hizo todo entre los 16 y los 19 años), pero también por su capacidad para llegar a la gente. Sus libros volaban de los anaqueles y los teatros en los que hablaba se llenaban para escucharla. Y todo para hablar abiertamente de sexualidad y de lo que en aquel tiempo se conocía como "generación consciente". Una idea que con el paso del tiempo se convertiría en una de las banderas del feminismo de Tercera Ola, el que puso la libertad sexual de las mujeres y la apropiación de nuestros cuerpos como uno de los objetivos prioritarios de la agenda fe-

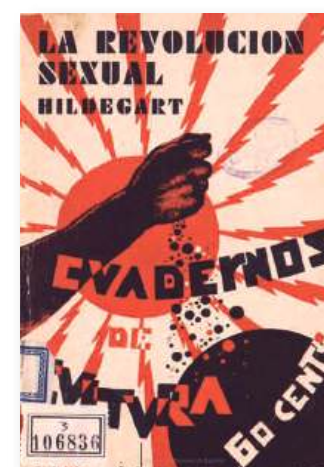
minista. Así pues, medio siglo antes de que se legalizara definitivamente el aborto y la anticoncepción en España, Hildegart ya abogaba por un aborto libre y gratuito y exigía una educación sexual basada en la evidencia científica, que para ella era aportada por la Eugenesia, teoría supremacista popularizada en Europa a principios del siglo XX que patologizaba la homosexualidad y defendía la esterilización de las personas con discapacidad intelectual o física y de las personas enfermas. Así que no, no todo fueron luces en la teoría de Hildegart. También hubo sombras, aunque conviene contextualizarlas.

Hildegart Rodríguez Carballeira escribió obras de divulgación ofreciendo consejos prácticos para evitar embarazos y enfermedades venéreas. Y lo hizo con todo lujo de detalles y, sobre todo, desde su activismo; convirtió lo personal (las relaciones sexuales) en político (en control de la población y la mejora de la raza, según las ideas del momento). Compañera del médico Gregorio Marañón en la Liga para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas, Hildegart aportó la conceptualización política a la salud sexual y reproductiva de los españoles, tratándoles de convencer de que mantener relaciones sexuales sanas era también una manera de luchar contra la moral y el orden social establecido. Dicho de otra forma, para Hildegart Rodríguez Carballeira la lucha de clases también podía ganarse en la cama.

Escribía en 1931:

"En España se están llevando a cabo interesantísimas revoluciones. Se operan cambios rápidos o lentos en los viejos criterios que dieron lugar a no menos caducas instituciones. Pero Marx declara, y con justicia, que no hay revolución más intensa que aquella que se apoya en la transformación de las conciencias".

Para ella, solo había una forma de ser definitivamente modernos: liberarnos de la moral castrante y educar sexualmente a la ciudadanía. Eso era 1931; casi cien años después, ahí seguimos. ■





Mónica Felipe-Larralde
 Experta en Género y Salud
 Coordinadora de comunicación CAPS

EL ARCO QUE LANZA LA FLECHA A Leonor. A todas

U o tendría unos diez u once años, la edad en la que aún crees que todo es posible, justo antes de que la sociedad aplane las esperanzas de las niñas al ritmo en que las caderas se redondean. Eran los años ochenta. En mi casa, El País era el periódico nuestro de cada día. Abrir sus páginas era abrirse a un mundo que nada tenía que ver con los aburridos libros de texto o los lazos en el pelo.

Asomarme a esa otra vida era un regalo. De entre sus columnas recibía con entusiasmo las firmadas por mujeres periodistas. Entre ellas, Leonor Taiboada. De hecho, su nombre forma parte del imaginario de mi infancia con una fuerza cuyo origen desconozco. ¿Quiénes eran esas mujeres que escribían de cosas de las que nadie más hablaba? ¿Cómo serían sus vidas? ¿Con quién se relacionaban?

Eran las Artemisas, con su arco y flechas caminando salvajes en la montaña. Eran las mujeres que recorrían territorio virgen y ayudaban a otras mujeres. Se materializaba frente a mí a través de las palabras. Eran tan distintas a todas las que conocía. Fueron las que lanzaron la flecha que, en forma de semilla, alcanzó mi joven mente.

Uno de los efectos más terribles de la domesticación patriarcal es suc-

cionar los sueños de las mujeres. Los sueños y esperanzas no atendidos caen por el sumidero del olvido y hace que millones de mujeres renuncien a su potencia creativa y vital desde la más tierna infancia.

Somos mujeres en movimiento. Algunos movimientos son grandes, espaciosos, enormes. Otros, las más de las veces, pequeños gestos que pasan casi desapercibidos. Ese "casi" es importante. Hay mujeres que señalan a lugares donde nadie antes había mirado. Mujeres que alzan la voz en mitad de un salón lleno de cejas levantadas. Mujeres que susurran en los oídos cerrados de otras mujeres. Mujeres en pie y mujeres sentadas que mueven el mundo.

Por eso, las predecesoras son la tabla de salvación de las nuevas generaciones. Necesitamos mirarnos en otra mujer que fue capaz de salirse del molde para sentirnos reconocidas en toda nuestra potencia. Necesitamos referentes, es la manera en que el ser humano aprende y es lanzado más allá de sí mismo.

Las mujeres lanzamos flechas con arcos de promesa con la esperanza de que alguien más la recoja; de que florezcan allá donde caigan y, aunque los frutos tarden décadas, alguien pueda recogerlos algún día. ¿Cómo si no íbamos a sostener una tarea tan titánica? Nos necesitamos las unas a las otras para aprender a soñar otros mundos.

Somos hijas biológicas y simbólicas de las mujeres que lanzaron flechas antes que nosotras, aunque hoy respondamos a las necesidades de este tiempo y las circunstancias sean tan distintas. Como en una danza sincronizada, comparto ahora Mujeres y Salud con Leonor y grandes mujeres a las que admiro con la certeza de que el movimiento continúa y continuará siempre.

¿Quién sabe quién leerá estas páginas ni qué espacios de lucidez o creatividad abrirán en otras mentes y corazones? Las mujeres nos necesitamos en una espiral de la que ir descendiendo amablemente. Recogemos los frutos maduros que nos regalan y sembramos para la posteridad una canción de fuerza y poder donde los arcos y las flechas no se usan para matar, sino para abrir camino.

Sirvan estas líneas para agradecer a todas las mujeres que nos han precedido su valentía y arrojo aún en los momentos más difíciles y poner de manifiesto el compromiso de que las mujeres seguiremos caminando por terrenos inexplorados con la esperanza de que en el futuro alguien, quien sabe, pueda recoger nuestras flechas convertidas en semillas.

Gracias a todas las Artemisas.■



Glaucia Valéria Pinheiro de Brida
 Profesora Asociada del Departamento de Psicología en la Universidad Estadual de Maringá - Paraná, Brasil, Núcleo Maria da Penha



Adriana Biller Aparicio
 Profesora Adjunta de Derecho Público en la Universidad Estadual de Maringá - Paraná, Brasil, Núcleo Maria da Penha



Marina Silva
 Psicóloga de la Asociación Indigenista de Maringá, Paraná, Brasil

ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA MUJERES INDÍGENAS EN UNA CIUDAD POLO EN EL SUR DE BRASIL APROXIMACIONES DESDE LA ETNOPSICOLOGÍA Y LA PRÁCTICA FEMINISTA INTERCULTURAL

El artículo consiste en un relato de experiencia de actuación con mujeres indígenas de la etnia Kaingang, orientada a enfrentar la violencia de género, desarrollada por el proyecto de extensión "Núcleo Maria da Penha"¹ de la Universidad Estatal de Maringá (NUMAPE/UEM) conjuntamente con la Asociación Indigenista de Maringá (Assindi) en una ciudad polo del sur de Brasil. Maringá es una ciudad de medio porte en el sur de Brasil, que tiene una red de atendimento a las mujeres en situación de violencia, siendo por eso considerada una "ciudad polo"². Entre los órganos de la red de atendimento en la ciudad está el Numape/UEM, financiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología del Estado de Paraná (SETI-PR/Brasil)³

El Numape/UEM tiene como objetivo desarrollar acciones que promuevan la acogida y asistencia jurídica gratuita para el acceso a la justicia de mujeres que se encuentran en situación de violencia y que necesitan protección para que se garanticen sus derechos, además de la separación del agresor; desarrolla acciones de prevención, por medio de prácticas socioeducativas, articulación y movilización social, con el objetivo de enfrentar la violencia contra las mujeres, así como fortalecer la red de protección y sensibilización de la población sobre los derechos de las mujeres, teniendo como marco legal la Ley 11.340, de 7 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha.

El Numape/UEM actúa a partir de tres ejes: intersectorialidad, interseccionalidad e interdisciplinariedad, comprendiendo que las vulnerabilidades y el enfrentamiento de la violencia ocurre a partir de la transversalidad de género articulada a los diferentes marcadores de identidad de las mujeres como raza/etnia, territorio, clase, etc. Posee un equipo interdisciplinar, compuesto por psicólogas, abogadas y estudiantes.

La Assindi es una organización de la sociedad civil que funciona como Casa de Paso Indígena y tiene como misión humanizar la estancia de los pueblos indígenas en la ciudad de Maringá. El equipo está compuesto por antropólogas, trabajadoras sociales y psicólogas. La Organización trabaja desde hace 25 años en Maringá con la población indígena Kaingang que se desplaza⁴ desde la Tierra Indígena Ivaí, ubicada en el municipio de Manoel Ribas (Paraná/Brasil). Este grupo utiliza los servicios de la Organización de forma rotativa, es decir, mensualmente un grupo de 50 indígenas promedio desembarcan en la Asociación, intercambiando con otros 50 indígenas que ya son acogidas, estos grupos se subdividen según el grado de parentesco organizado en la comunidad.

Según el Informe sobre violencia contra los pueblos indígenas, difundido en 2024 por el Consejo Indígena Misionero (CIMI), con base en datos registrados en organismos oficiales, se registraron 411 casos de violencia cometidos contra pueblos indígenas, entre ellos: asesinatos, amenazas, lesiones corporales, racismo, discriminación y violencia sexual. El docu-



mento contiene veintitrés casos de violencia sexual contra indígenas, once de los cuales fueron cometidos contra niños o adolescentes. La falta de denuncia y de un registro específico de la identidad étnica y el género de las víctimas torna invisible la situación en la que se encuentran las niñas y mujeres indígenas. El mismo informe presenta datos más alarmantes sobre la mortalidad infantil: en 2023, se produjeron en todo el país 1.040 muertes de niños indígenas de 0 a 4 años, catalogadas como “violencia por omisión de las autoridades públicas”.

Ante este escenario, entre las actividades preventivas relacionadas el mes de marzo, el Numape/UEM y Assindi decidieron realizar una acción conjunta para abordar la violencia de género con las mujeres indígenas de la comunidad Kaingang, que estarían en pasaje por Maringá. Resulta que, la psicóloga de la Assindi relató las dificultades existentes en tratar el tema desde un abordaje occidentalizada y etno-

céntrica, una vez que la “Lei Maria da Penha” o el mismo tema de derechos de las mujeres no era un asunto sobre lo cual la comunidad aceptaba tratar así, de una forma abierta y descontextualizada.

Una vez considerado importante tratar el tema - fue solicitado por mujeres indígenas - la metodología de trabajo no podría ser la tradicional, donde el Numape/UEM ya estaba preparado. El primer punto fue superar la preocupación con el acercamiento a la “Lei Maria da Penha” que algunos podrían tener y también abrir la conversación a las mujeres, y a todo el grupo que estaba de pasaje por la Assindi. Así que fue decidido que, desde un punto de vista intercultural, buscaríamos tratar de cosas que acercaran las mujeres participantes del Numape/UEM a las mujeres indígenas que sería la cuestión del acoso callejero.

La metodología propuesta consistió en una rueda de conversación que se inició con la visibilización de

la violencia a la que están expuestas las mujeres en entornos urbanos en los que el género es un factor determinante de vulnerabilidad, afectando de manera diferenciada a hombres y mujeres. Inicialmente se proyectó un video⁵ sobre la violencia de género que afecta a las mujeres no indígenas en espacios urbanos, así como los sentimientos movilizados en estas mujeres. La proyección del video fue seguida de un debate en el que mujeres indígenas expusieron la violencia de género a la que se enfrentan en espacios urbanos. Finalmente, elaboraron carteles con recortes y collages, en los que expresaron su sentir y expectativas frente a la violencia cultural de género que enfrentan en los espacios urbanos.

Según Bairrão (2017), para el trabajo profesional de las psicólogas involucradas en la complejidad de las acciones con pueblos indígenas, es necesario el diálogo con las etnoteorías psicológicas nativas. Así, es necesario evitar desposeer a la

otra persona de su propia comprensión de sí misma y del mundo, y para poder dialogar con la comunidad Kaingang en este contexto, fue necesario repensar el modelo de intervención psicológica, sin necesariamente traducir las experiencias culturales sobre la violencia colonial que enfrentaron las mujeres indígenas. En este sentido, en lugar de proponer una intervención centrada en la “Lei Maria da Penha” - que podría ser vista como violencia colonial se buscó actuar con los derechos humanos de las mujeres por medio de una escucha etnocentrada, en la que las mujeres revelaron su comprensión de la violencia que enfrentan, en la que hay una interseccionalidad entre género y raza/etnicidad marcada por la sexualización de sus cuerpos, un legado colonial traducido en las cifras de violencia sexual contra mujeres y niñas indígenas.

Además de denunciar la sexualización de sus cuerpos, las mujeres también expresaron su deseo de una cultura permeada por el respeto. La escucha etnocentrada en la promoción de los derechos de las mujeres indígenas es, por tanto, una escucha permeada por el deseo ético, como postula la antropóloga Rita Laura Segato (2006, p. 236):

[...] el deseo ético es el principio que promueve la expansión de los derechos en su movimiento universal. El anhelo ético es un movimiento hacia el bien no alcanzado, una apertura alimentada por la presencia

de la otredad y que se manifiesta en la experiencia de insatisfacción con respecto tanto a los estándares morales compartidos, que nos hacen miembros naturales de una comunidad moral, como a las leyes que guían nuestra conducta en la sociedad nacional de la que formamos parte.

La voluntad ética de promover los derechos humanos de las mujeres requiere escuchar y participar de las mujeres indígenas en la construcción de prácticas preventivas y de cuidado.

Martínez de Bringas (2003) pondera que los procesos de conquista y colonización trajeron consecuencias en el plan de la hermenéutica de los derechos humanos, que no atiende a las necesidades particularizadas de los pueblos indígenas.

Así, el Numape/UEM, proyecto con enfoque en los derechos humanos de las mujeres y la Assindi, directamente involucrada con la comunidad Kaingang, tuvieron que hacer la búsqueda de puentes interculturales para que el diálogo a ser establecido entre actores indígenas y no indígenas ganase sentido para todas las partes. Como primer resultado de la acción fue posible verificar que, a partir de la creación de espacios de encuentro y respetando las diferencias y las cosmovisiones, fue posible desarrollar la identificación de las violencias contra las mujeres indígenas y la necesidad de respetar su derecho a la dignidad humana. ■

REFERENCIAS:

BAIRRÃO, José Francisco Miguel Henriques. Protagonismo epistêmico dos povos indígenas: o papel da etnopsicologia. *Psicologia para América Latina*. p.53-62, 2017.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Relatório 54/2001. Caso 12.051 Maria da Penha Maia Fernandes. Disponível em <https://cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm>. Acesso abril. 2025.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Relatório: Violência Contra os povos indígenas no Brasil (Dados de 2023). Brasília. Relatório Técnico, 2024. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2024/07/relatorio-violencia-povos-indigenas-2023-cimi.pdf>. Acesso em abril 2025.

MARIA DA PENHA: um caso de litígio internacional. CLADEM. 2011. Disponível em <https://youtu.be/tu1ZVsRhPh0?si=52D5yluXnIC8KCCZ>. Acesso em abril 2025.

MARTÍNEZ DE BRINGAS, Asier. Los pueblos indígenas y el discurso de los derechos. Bilbao. Universidad de Deusto, 2003. (Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n.24).

SEGATO, Rita Laura. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *Mana*, v. 12, n. Mana, 2006 12(1), p. 207-236, abr. 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/mana/a/TRYDbBv8Z0f9S.JmpvSywtjb/?lang=pt#> Acesso em abril 2025.

¹ Maria da Penha es una referencia en la lucha feminista en Brasil. Es farmacéutica, sobreviviente a dos tentativas de feminicidio por su expareja, siendo que en uno de ellos perdió la movilidad de las piernas, llevándola a una debilidad permanente. Con su lucha y la de los movimientos feministas en América del Sur, logró obtener recomendaciones del Sistema Internacional de Derechos Humanos hacia el Estado brasileño. La ley de enfrentamiento a la violencia doméstica y familiar, Ley 11.340, de 7 de agosto de 2006, es conocida como “Ley Maria da Penha”. Para un mayor conocimiento, indicamos la lectura de la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Relatorio 54/2001; Caso 12.051 Maria da Penha Maia Fernandes) y el cortometraje “Maria da Penha: un caso de litigio internacional”, elaborado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM).

² Maringá tiene una población estimada de 409.657 personas (IBGE/2022) y un índice de desarrollo humano (IDH) de 0,808, lo que la ubica como 23ª ciudad en el ranking de desarrollo humano en Brasil, de acuerdo con el Atlas de Desarrollo Humano de 2013.

³ La red de apoyo, prevención y enfrentamiento de la Violencia contra las Mujeres de Maringá, de acuerdo con el Decreto n. 1644/2021, es compuesta, por varios órganos como Secretarías Municipales, Judiciario, Fiscalía, hospitales de referencia, Comisaría Especializadas etc.

⁴ La etnia Kaingang está presente en los Estados de la región sur y sudeste de Brasil (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo). Sus desplazamientos en la región están relacionados a la venta de artesanía, acceso a servicios públicos etc.

⁵ Se trata del documental “Chega de fiu-fiu”, que significa algo como “Basta de acoso callejero” Disponible en <http://www.taturanamobi.com.br/film/cheга-de-fiu-fiu>. Acesso Abril/2025.

GRUPOS DE TRABAJO CAPS

UNA RED FEMINISTA POR UNA SALUD CON JUSTICIA Y EQUIDAD



A raíz de la encuesta realizada entre las socias, se han formado en CAPS Mujeres y Salud grupos de trabajo para investigar, mejorar y divulgar la salud de las mujeres. Estos grupos de trabajo son una respuesta a las inquietudes e intereses de las socias y una apuesta por el avance y crecimiento de la asociación entre la población e instituciones.

Desde su fundación, la Asociación CAPS ha promovido una mirada feminista, interseccional y transformadora sobre la salud desde el análisis crítico, la producción de conocimiento y la incidencia política. Los grupos de trabajo activos, coordinados por Helena Casadevall, abordan temáticas como la violencia gineco-obstétrica, la salud en Atención Primaria, la salud perinatal, la morbilidad y farmacocinética diferenciales, la salud laboral y la comunicación.

GT VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA: CONSTRUIR MEMORIA Y REPARAR

Coordinado por Serena Brigidi, este grupo trabaja en la recopilación de testimonios de violencia gineco-obstétrica (VGO) para crear una memoria histórica transgeneracional. La VGO, entendida como violencia institucional y machista, es una problemática global que deja profundas secuelas físicas, emocionales y espirituales en mujeres y cuerpos no binarios, así como en bebés y redes familiares. Además, el grupo explora caminos de justicia restaurativa, reconociendo que el problema es estructural y requiere cambios profundos en las políticas públicas y en el modelo de atención sanitaria.

GT ATENCIÓN PRIMARIA: VISIBILIZAR Y TRANSFORMAR DESDE LA BASE

Rosa Turbau Valls y Mar Rodríguez Gimena coordinan este grupo que pone el foco en la Atención Primaria como primer nivel del sistema y espacio clave para una transformación sanitaria con perspectiva de género.

Entre sus líneas de trabajo se incluyen el análisis de inequidades en salud, los sesgos diagnósticos en el dolor crónico, la salud cardiovascular y mental, y la visibilidad de patologías específicas de mujeres como el síndrome de ovario poliquístico, la endometriosis o la menopausia. También desarrollan materiales clínicos y educativos para sensibilizar a profesionales y fortalecer la autonomía de las mujeres en sus decisiones sanitarias.

GT SALUD PERINATAL: CUIDAR LOS INICIOS DE LA VIDA

Coordinado por Lola Márquez Borrull, este grupo impulsa una atención integral y sensible en el periodo perinatal, desde la preconcepción hasta la crianza. Conformado por profesionales de diversas disciplinas (matronas, médicas, psicólogas, fisioterapeutas...), su trabajo busca prevenir el sufrimiento evitable en esta etapa, apoyar vínculos tempranos sanos y colocar los cuidados en el centro de las políticas públicas. Se parte del enfoque biopsicosocial para resignificar la maternidad y mejorar la salud a largo plazo de madres y criaturas.

GT MORBILIDAD Y FARMACOCINÉTICA DIFERENCIALES: CIENCIA CON ENFOQUE DE GÉNERO

Este grupo, coordinado por Maria Gil Tomas y Mercè Botinas, promueve la integración del conocimiento sobre diferencias de sexo y género en la práctica clínica. Aunque existen investigaciones consolidadas en este campo, su aplicación sigue siendo limitada. El GT trabaja en la elaboración de una guía de recomendaciones clínicas para profesionales, en colaboración con sociedades científicas, con el fin de reducir la iatrogenia y mejorar la calidad de la atención sanitaria de las mujeres.

GT SALUD LABORAL: VISIBILIZAR LA SALUD EN EL TRABAJO Y LOS CUIDADOS

Con la coordinación de Noémia Loio, este grupo aborda las relaciones

entre género, salud y trabajo en todas sus formas: remunerado, doméstico y de cuidados. Entre sus objetivos se encuentran visibilizar las desigualdades laborales que afectan la salud de las mujeres, promover la investigación crítica, crear alianzas con movimientos sociales, incidir en políticas públicas y realizar acciones de sensibilización y formación. Desde una perspectiva interseccional, se señala el impacto de la sobrecarga y la precariedad laboral en la salud física y mental de las mujeres.

GT COMUNICACIÓN: GENERAR CONCIENCIA, MODIFICAR REALIDADES

La comunicación es una herramienta estratégica para CAPS, y este grupo –coordinado por Mónica Felipe-Larralde y Ester Iborra– tiene como objetivo fundamental divulgar conocimiento a la población para mejorar el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud.

Asimismo, busca incidir en la opinión pública a través de los medios de comunicación, generando cambios sociales y políticos necesarios. Un hito reciente ha sido la campaña del 8M bajo el lema "Los sesgos de género en medicina matan", que se viralizó en redes sociales y alcanzó a más de 180.000 nuevas lectoras en Instagram, visibilizando una problemática crucial de forma masiva.

UNA RED QUE TRANSFORMA

Los Grupos de Trabajo de CAPS son espacios de articulación colectiva, investigación aplicada y acción política. A través de su labor interdisciplinar, están generando cambios concretos en el abordaje de la salud desde una mirada feminista, inclusiva y basada en el respeto a los cuerpos y experiencias de las mujeres. Su trabajo no solo transforma el sistema sanitario, sino también la manera en que entendemos el derecho a cuidar y ser cuidadas. ■

PROYECTOS CAPS

DURANTE EL AÑO 2025 EN CAPS MUJERES Y SALUD SE DESARROLLAN TRES PROYECTOS

WIKIPROYECTO: MUJER Y SALUD EN WIKIPEDIA

En el marco de la iniciativa *WikiProject Women's Health*, este proyecto tiene como propósito identificar y reducir las lagunas de conocimiento sobre la salud de las mujeres en la Wikipedia. Para ello, profesionales especialistas en la salud de las mujeres (médicas, matronas, enfermeras, psicólogas, farmacéuticas...), se encargan de revisar y aportar información relevante para validar el contenido de cada una de las entradas que se trabajan. Lo hacen incorporando la perspectiva de género. Este enfoque reconoce las desigualdades que afectan a las mujeres, derivadas tanto de diferencias biológicas como de factores sociales o culturales, y ayuda a visibilizar y corregir los sesgos de género presentes en muchos artículos, contribuyendo a construir una enciclopedia más equitativa y precisa que refleje esta realidad de manera justa y bien documentada. Sus objetivos principales son: Identificar y mapear las brechas de conocimiento, mejorar y ampliar el contenido sobre salud de las mujeres e involucrar a la comunidad mediante eventos.

El grupo está coordinado por Helena Casadevall Adroher, coordinadora de proyectos de RedCAPS, y Ester Bonet Solé, experta en editar la Wikipedia con experiencia en la brecha de género.

En el Ecuador de su desarrollo se han realizado tres encuentros, en marzo, abril y mayo y en septiembre y noviembre habrá dos nuevas citas, con una edición especial en octubre sobre menopausia. ¿Te apuntas?

VIDA SALUDABLE: PROGRAMA DE BIENESTAR INTEGRAL

En colaboración con la Fundación ONCE, ha puesto en marcha "*Vida saludable: programa de bienestar inte-*

gral", un programa de webinars mensuales dirigido en exclusiva a las trabajadoras del área ejecutiva de la Fundación. Cada sesión, de 75 minutos de duración, es conducida por Mónica Felipe-Larralde y cuenta con Carme Valls y con diferentes expertas del CAPS. El objetivo es acercar una visión completa de la salud de las mujeres que integre cuerpo, mente y contexto, proporcionando herramientas prácticas y conocimiento actualizado para disfrutar de una vida saludable y autónoma.

A lo largo de 2025 se están abordando temas como los tratamientos actuales en la menopausia y la perimenopausia, con Mónica Molner; la vivencia de la sexualidad, con la psicóloga y escritora feminista Anna Freixas; la reconexión entre cuerpo y mente a través del placer cotidiano, de la mano de Núria Beitia; la morbilidad diferencial con Mercè Botinas, médica de familia; la alimentación y el ejercicio físico con la doctora en fisiología Virginia Aparicio; la salud mental con perspectiva de género, guiada por la psiquiatra Yolanda Morant; las violencias de género en el ámbito médico, analizadas por la doctora Anna Pujol o la prevención de riesgos cardiovasculares específicos en mujeres, con la cardióloga Soledad Ascoeta, entre otras.

Este programa nace del compromiso compartido de ambas entidades por impulsar el autocuidado, la conciencia crítica y el acceso a recursos que favorezcan una vida más saludable, plena y autónoma para las mujeres en su entorno laboral y vital.

SALUD PARA DISFRUTAR SIN LÍMITE DE EDAD 2

Este proyecto, financiado por el Instituto de las Mujeres, inició su primera fase en 2024. En ese período fueron elaborados diversos materiales: Audiovisuales y Podcast dirigidos a pú-

blico general y Guías para profesionales sobre temáticas clave: morbilidad diferencial, sensualidad y sexualidad y menopausia.

En 2005 este proyecto está coordinado por Noelia García Toyos y participan Carme Valls Llobet, Enriqueta Barranco Castillo, Mónica Felipe-Larralde, Helena Casadevall Adroher, Anna Freixas Farré, Mar Rodríguez Gimena, Ester Iborra Torres, Mónica Molner Andrés, Núria Beitia Hernández, Carolina Ackermann Barreiro, Pilar de la Cueva, Lourdes Pérez y Yolanda Garza. En esta fase se está trabajando en la elaboración y difusión de un curso dirigido a mujeres así como un programa de formación de formadoras para profesionales de la salud, incorporando una mirada interseccional que visibiliza diversos colectivos de mujeres como son migrantes, con discapacidad o mujeres en zonas rurales, en torno al envejecimiento saludable.

De este modo, se generan y difunden conocimientos que disminuyen las inequidades en salud y mejoran el acceso a información sin sesgos de género y con la mejor evidencia científica disponible.

Esta intervención está destinada a desmitificar falsas creencias, reducir los prejuicios sobre el envejecimiento de las mujeres y la menopausia y promover una cultura inclusiva que reconozca el derecho a vivir en plenitud y conectar con el propio cuerpo para tomar mejores decisiones en salud, disminuir el riesgo de medicalización y el efecto de etiquetas limitantes.

Durante el mes de octubre se llevará a cabo la difusión del proyecto, en el acto de presentación y a través de Redes Sociales. ■

Para más información:
info@capsmujeresysalud.org
Síguenos: @caps_mujeresysalud.

ON

España prohíbe inscribir a los nacidos a través de los vientres de alquiler

En España está prohibida la gestación subrogada desde 2006. Sin embargo, desde esa fecha se han inscrito 154 nacidos bajo los llamados vientres de alquiler. Una paradoja criticada férreamente desde los movimientos feministas y que ha llegado a término al aprobar, en abril de este año, una instrucción que modifica la herramienta que permite inscribir en el Registro Civil Español por una resolución judicial extranjera. La práctica era una mofa directamente de quienes, saltándose la ley española, buscaban hijos en países donde sí se permite la gestación subrogada, como son Estados Unidos, Canadá, Ucrania y Rusia, y después acudían a este ardid que ha sido legal hasta hace bien poco.

La nueva ley se adecua así a la sentencia del Tribunal Supremo que en diciembre de 2024 negó el *exequatur* (reconocimiento a una sentencia o *laudo* dictada en otro país) a una resolución judicial de Estados Unidos.

El cerco a la gestación subrogada es un paso más en la erradicación de la violencia hacia las mujeres que, en su mayor parte, alquilan sus vientres por presión económica y social. Además de la mercantilización del cuerpo de la mujer, los vientres de alquiler suponen la desprotección de los menores.

Sin embargo, desde colectivos feministas se considera que esta modificación debe ir más allá, es decir, extenderse al ámbito europeo y establecer una normativa conjunta que prohíba la gestación subrogada como una práctica que es una violencia hacia el cuerpo de las mujeres y se persiga a todo aquel que se lucra con este vil negocio. ■

Lourdes Durán Ramírez

OFF

Las desigualdades de las ideologías neofascistas

Se está detectando un considerable número de menores de sexo masculino que son víctimas de violencia sexual en la infancia y de hombres adultos que la sufren, por ejemplo, en el entorno de prácticas como en el "chemsex" (que es consumir drogas durante el acto sexual) y no se atreven a denunciarlo.

Les anuncio una medida especialmente dirigida a ellos. Vamos a abrir el primer centro de atención integral especializado para hombres víctimas de violencia sexual. Profesionales de la psicología, la violencia sexual, el trabajo social y el derecho trabajarán allí por su recuperación integral.

Es la propuesta de la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso. 700.000 €. Este es un ejemplo práctico y actual del negacionismo de la violencia machista y el asesinato de mujeres. Adobado por la ya ex portavoz de Vox, Rocío Monasterio, con este estupendo argumento, "igual que hay centros para mujeres, tiene que haber para varones", o este otro, "no puede ser que estos instaurados en la desigualdad".

También ha anunciado que va a sustituir la Dirección General de Igualdad por la Dirección General de la Mujer, porque "esto de la igualdad tiene que terminar de una vez".

Voxistas y peperas (VOX y PP), no se diferencian en su cruzada contra el feminismo, en su negación de la igualdad, en su complicidad ideológica en el asesinato de mujeres. Y gobiernan. Y distribuyen fondos. Todo un arsenal a su disposición, que utilizan diariamente.

Mientras, en el mes de octubre de 2024, pocos días después de estas declaraciones, los asesinatos de mujeres ya son 48, según el Gobierno.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/>

94 según el portal Femicidio.net, que siempre informa del nombre, el lugar y las características que se conocen de cada asesinato, de cada mujer.

<https://femicidio.net/listado-de-femicidios-y-otros-asesinatos-de-mujeres-cometidos-por-hombres-en-espana-en-2024/>

Al cierre de esta sección, a 28 de abril de 2025, el Gobierno contabiliza 11. ■

Olga Fernández Quiroga

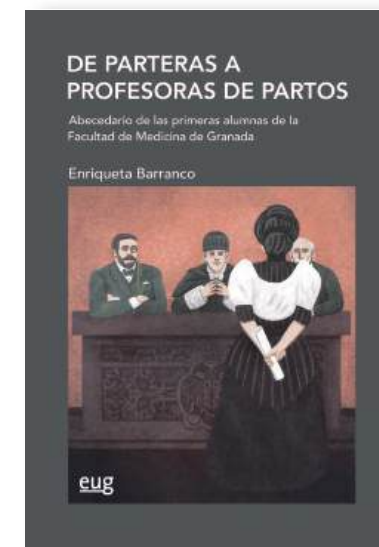
myslibros myslibros myslibros

DE PARTERAS A PROFESORAS DE PARTOS

ENRIQUETA BARRANCO

Editorial universidad granada (eug).

La historia de la salud de las mujeres ha dependido desde las épocas más primitivas del buen hacer y de la ayuda de otras mujeres que acumulando experiencia las acompañaban durante la gestación y en el momento de los partos y la lactancia. Las matronas fueron una figura ancestral, desacreditada durante parte del siglo XIX por una oleada de médicos jóvenes que entraban en la sala de partos, desde la de autopsias, sin haberse lavado las manos. La mortalidad aumentó en la medida en que la sabiduría de las matronas se perdió. La doctora Enriqueta Barranco ha rescatado del olvido la historia de las parteras de Granada que empezaron a poder regularizar la docencia de matronas desde 1812. Desde este momento hasta 1930 es interesante conocer la evolución de la formación de estas mujeres, que pasaron a ser reconocidas con el título de profesoras de partos. Pero además nuestra investigadora compañera ha rescatado las historias profesionales y personales de 111 matronas desde 1855-1899 y la docencia obstétrica de la Universidad de Granada. Con todo detalle y precisión recoge sus retazos de vida y las dificultades de los estudios. Se consiguió que la profesión de partera se reconociera profesionalmente y en la docencia. Buscar la genealogía y la historia de las



profesionales sanitarias es un buen ejemplo para animar a otras investigadoras a rescatar la historia y las vicisitudes que han debido recorrer las mujeres profesionales de salud, enfermeras, matronas, médicas, psicólogas, que han abierto caminos en todas las profesiones. No olvidemos a nuestras ancestras. ■ CV



ORGULLOSAMENTE VIEJAS

JOSI H. ORTIZ

Editorial Caligrama



La esperanza de vida de las mujeres es más dilatada que la de los hombres en todos los países del mundo. Pero los años de vida no se acompañan a veces de buena calidad y el envejecimiento de las mujeres se ha asociado a veces a decrepitud, tristeza o inferioridad. Estamos delante de un libro escrito por Josi Hernández Ortiz, doctora en anatomía patológica y en quiropráctica, que ha atendido durante años la salud de las mujeres desde una mirada holística y a la vez con la profundidad del microscopio. En el libro veremos el abordaje de los procesos biológicos del envejecimiento con claridad, respeto y cariño desde una perspectiva científica accesible y humana. Empezando por el análisis y las manipulaciones que ha recibido la palabra envejecer, transcurre por las lesiones que ha sufrido la autoestima de las mujeres y la medicalización a que ha sido sometida, y nos acerca a las áreas más vulnerables de la salud de las mujeres mayores, el dolor, los cambios en el cerebro, y las transformaciones físicas. En la parte cuarta, nos anima a tomar la iniciativa y a crear un programa personal de autocuidado, potenciando la vida a través del poder y el disfrute. Como nos dice Leonor Taboada en el prólogo del libro: "Si quieres florecer a medida que vives, tienes aquí un instrumento para regar tus dudas, para perder tus miedos, y, sobre todo, para celebrar y compartir con tus amigas, para hacer nuevas amigas, para atreverte a todo lo que hasta hoy te haya parecido imposible. La edad no es un límite. Tú no tienes límites." ■ CV

VACUNA ZOSTER

El estudio en Gales, con una vacuna contra el Herpes Zoster, publicado en Nature, está llevando a esos titulares de propaganda falsa tipo "Prevenir el Alzheimer". Y esta vacuna Zostavax se dejó de comercializar en Estados Unidos por baja efectividad y efectos adversos (muertes incluida) en noviembre de 2020.

Hay una campaña mundial que afirma que la vacuna del herpes zóster previene la demencia (el Alzheimer). Venden la poco eficaz vacuna asustando con la enfermedad.

<https://saludinerioap.blogspot.com/2023/03/herpes-zoster-venden-la-poco-eficaz.html>

No hay que olvidar que la vacuna herpes zóster incrementa la frecuencia de herpes zóster en quienes lo han padecido previamente, un grave problema en el herpes zóster oftálmico.

https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/may202401/47_ri/

¡Y ahora dicen que disminuye la demencia! Que no le timen. No hay milagros.

La demencia disminuye con mejor formación, mejores ingresos y mejor nivel de vida. Y evitando medicamentos innecesarios.

El artículo original en Nature, aquí <https://www.nature.com/articles/s41566-025-08800-x>

¿DEPRESIÓN POSTPARTO EN LOS HOMBRES?

Cada vez hay más estudios sobre una categoría diagnóstica que ahora también es aplicable a ellos, los padres, la depresión postparto (DPP-P). Sí, aunque no paren, se deprimen por ello.

Un estudio reciente calcula que alrededor del 25% de padres la presentan, cifra nada desdeñable, rozando las cifras de las mujeres. La depresión postparto de ellos se asocia con mala comunicación y dificultades con la pareja, aumento de agresividad, violencia de género y un aumento del consumo de sustancias de abuso. Según refieren los estudios los síntomas más comunes son el aislamiento social, sentirse constantemente fatigado o sin energía o trabajar en exceso, con la finalidad de "distraerse" o mantenerse ocupados. Además, los padres con DPP-P tienen un riesgo mayor de suicidio, trastornos de ansiedad y episodios maníacos que aquellos sin depresión postparto y en relación a la interacción con su bebé, la DPP-P puede afectar a su interacción y al tiempo que se invierte en la crianza. Para abordar esta "nueva patología" proliferan centros especializados que abordan la problemática como un problema hormonal, a causa de la testosterona.

No podemos olvidar la socialización diferencial entre hombres y mujeres y cómo los roles de género determinan las experiencias de maternidad/paternidad: diferentes roles, expectativas y responsabilidades.

Sería interesante valorar las habilidades que estos hombres presentan, incluso antes de ser padres, y que pueden predecir un buen cuidador: escucha, empatía, estilo comunicativo, tolerancia a la frustración, flexibilidad...vaya a ser que de algún modo se justifique de forma biológica la incapacidad de algunos para las tareas de cuidado.

<https://www.bebesymas.com/postparto/11-senales-de-presion-postparto-hombre-que-pueden-pasar-desapercibidas-porque-ellos-tambien-sufren>

"HABLEMOS DE LA MENOPAUSIA"

La reciente campaña del Ministerio de Sanidad "Hablemos de la menopausia" nos alienta a hablar de esta "etapa natural en nuestras vidas como mujeres", que "no es una enfermedad PERO (resalto la conjunción adversativa) puede venir acompañada de cambios que pueden afectar a nuestra calidad de vida". ¿Que cuánto pueden? no da ni un solo porcentaje, estudio o pista. Eso sí, una extensa retahíla, ahora sí, de síntomas y trastornos asociados: sofocos y sudores nocturnos, trastornos del sueño, ginecológicos, urológicos y reproductivos, aumento de peso, riesgo de diabetes, problemas en salud ósea, caída o disminución del cabello, vello en el rostro, piel reseca y con manchas, problema de memoria y salud mental...¡un cuadro!, de hecho, afirma "es normal no sentirse bien".

Afortunadamente no todo se achaca a los cambios hormonales, también a "la falta de sueño o estrés que viene con la mediana edad, debido al balance entre el trabajo, la vida personal, la responsabilidad de cuidar a los demás...y los retos, como lidiar con el envejecimiento".

Desafortunada e interesada analogía bélica esta última, porque la lucha contra el paso del tiempo no es un reto de las mujeres, sino un mandato patriarcal, una imposición externa e imposible la de parecer siempre jóvenes. Un negocio redondo para la venta de productos de todo tipo.

Desde esta revista y durante décadas ya se ha hablado de la menopausia, la necesidad de estudios con rigor y mensajes claros, tanto a mujeres como a profesionales y sociedad general para conocer, acompañar y transformar esta vivencia evitando los devastadores efectos de los intereses económicos de la medicalización sobre la salud de las mujeres.

<https://hablemosdelamenopausia.es/>

Suscríbete
para que podamos
continuar

¡Síguenos!

www.mujeresysalud.es

 @caps_mujeresysalud

 /Revista-MYS

 /MySrevista

Recibe en tu domicilio los 2 números que la revista edita cada año por 20 € (IVA incluido).

Si quieres suscribirte o regalar una suscripción, envíanos tu nombre (o el de la entidad), tu mail y tu teléfono a:

info@capsmujeresysalud.org y te enviaremos un formulario de suscripción.