

Dra. Karen Tang

No es histeria

Todo lo que siempre quisiste saber sobre
tu salud reproductiva (y nunca te contaron)

DIANA

DRA. KAREN TANG

NO ES HISTERIA

Todo lo que siempre quisiste saber sobre tu
salud reproductiva (y nunca te contaron)

Traducción de Ana Pedrero Verge

Autoconocimiento

DIANA

La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor. La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías. Al comprar este libro estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.

En Grupo Planeta agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan continuar desempeñando su labor. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Queda expresamente prohibida la utilización o reproducción de este libro o de cualquiera de sus partes con el propósito de entrenar o alimentar sistemas o tecnologías de inteligencia artificial.

La información contenida en este libro no pretende sustituir el asesoramiento de un médico u otro profesional sanitario. Se recomienda consultar con un profesional de la salud en cuestiones relacionadas con el bienestar, especialmente si se padecen afecciones médicas preexistentes, y antes de iniciar, suspender o modificar la dosis de cualquier medicación. Cada lector y lectora es el único responsable de sus propias decisiones en materia de salud.

La autora y la editorial no asumen ninguna responsabilidad por los posibles efectos adversos que los lectores puedan experimentar, ya sea de forma directa o indirecta, como resultado de la información contenida en este libro.

Título original: *It's Not Hysteria*

© Karen Tang, 2024

© de las ilustraciones de interior, Suzanne Hayes

© de la traducción: Ana Pedrero Verge, 2025

© Editorial Planeta, S. A., 2025

Diana es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

www.dianaeditorial.com

www.planetadelibros.com

Primera edición: junio de 2025

Depósito legal: B. 9.398-2025

ISBN: 978-84-1119-28-3

Composición: Realización Planeta

Impresión y encuadernación: Rotoprint by Domingo, S. L.

Impreso en España - *Printed in Spain*



SUMARIO

Introducción. Esta es tu historia	9
---	---

PRIMERA PARTE ¿CUÁL ES EL CONTEXTO?

1. La historia de la histeria	17
2. Anatomía y educación sexual	33
3. La autoevaluación y la comunicación con el médico	49

SEGUNDA PARTE ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN?

4. Miomas	59
5. Endometriosis y adenomiosis	79
6. Síndrome del ovario poliquístico	101
7. Quistes ováricos	113
8. Disfunción del suelo pélvico	123
9. Prolapso de los órganos pélvicos	135
10. Incontinencia urinaria	141
11. Disfunción sexual	153

12. Afecciones vulvovaginales	167
13. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual . .	183
14. Perimenopausia y menopausia	191
15. Esterilidad	207
16. Abortos espontáneos	223
17. Diversidad de género	235
18. Intersexualidad	249
19. Cáncer	255

TERCERA PARTE

¿QUÉ TRATAMIENTOS HAY?

20. Anticonceptivos	279
21. Histerectomía	301
22. Ligadura de trompas	311
23. Aborto	319
24. Exploraciones ginecológicas e intervenciones ambulatorias. .	329
25. Sopesa tus opciones	345
Conclusión	349
Agradecimientos	353
Sobre la autora	357
Notas	359
Índice onomástico y de materias	391

CAPÍTULO

1

La historia de la histeria

¿Cómo hemos llegado hasta aquí? El tratamiento que se ha proporcionado a las mujeres a lo largo de la historia nos permite ver por qué hoy en día es tan frecuente que se minimicen o se ignoren los problemas menstruales, el dolor pélvico y otras afecciones ginecológicas. Desde los médicos de la Grecia clásica, pasando por las cazas de brujas, hasta la medicina moderna, las funciones reproductivas, la salud mental y emocional y el carácter moral percibido de las mujeres han estado inextricablemente ligados. Aunque estas creencias eran erróneas en su mayoría, se consideraban tan ampliamente aceptadas que aún hoy resulta difícil distinguir entre la verdad y el mito. Las humillaciones, las injusticias y los traumas que las mujeres han sufrido a lo largo de los siglos han calado en las perspectivas modernas de los cuerpos y la salud de las mujeres.

Los cuerpos de las mujeres y sus problemas médicos han sido malinterpretados, mal gestionados e incluso directamente ignorados desde los inicios de la historia de la que tenemos registros. Los padres de la medicina y de la filosofía occidentales, ampliamente respetados por sus pioneras aportaciones en algunos sentidos, plantearon muchas teorías sobre la salud de las mujeres que hoy suenan absurdas, pero que durante generaciones se aceptaron como si fuesen verdades absolutas. Por ejemplo, si una mujer presentaba síntomas inexplicables, se le diagnosticaban órganos sexuales defectuosos, fuerzas siniestras como la brujería o la explicación que servía para todo: histeria. Esta palabra, *histeria*, encierra todos los

juicios y presuposiciones sobre los cuerpos femeninos que han existido durante miles de años. Sugiere que los preocupantes síntomas físicos de las mujeres provienen de una combinación de ansiedad, debilidad mental o neurológica y úteros dañados y no de afecciones médicas todavía por desentrañar.

Se creía que la histeria, un concepto originado en la antigua Grecia, era una combinación de malestar físico, emocional y psicológico, de alguna manera vinculado con el útero o a la feminidad; durante cientos de años, se consideró una afección médica de pleno derecho. En el lenguaje actual, la palabra *histérica* hace referencia a una persona que está fuera de sí, que exagera o se imagina cosas, pero el concepto como tal surgió para denotar una enfermedad física. A lo largo de los siglos, la histeria pasó de ser una enfermedad del cuerpo a una enfermedad de la mente, pero la conexión entre los supuestos defectos de los órganos reproductivos de las mujeres y su bienestar mental perduró.

La historia ofrece el marco filosófico de los sistemas médicos de hoy. Aunque algunos de los términos estén anticuados, ciertos conceptos persisten en el trasfondo de la percepción y el tratamiento de la salud ginecológica actuales. Someter las falacias y los errores del pasado a escrutinio puede arrojar luz sobre todo aquello que los sistemas médicos deberían cambiar en el presente.

EL ÚTERO ERRANTE

Uno de los pilares de la medicina occidental es una obra llamada *Tratados hipocráticos*, una colección de teorías y enseñanzas de los médicos griegos que se remontan al siglo V a. e. c. Muchas personas han oído hablar del juramento hipocrático, el código ético que recitan los estudiantes al ingresar en la facultad de Medicina. Sin embargo, pocos saben que Hipócrates teorizó que muchos problemas médicos eran causados por el útero, que se desplazaba literalmente por el cuerpo para huir de sensaciones desagradables como el frío o acercarse hacia objetivos deseables como el sexo y el embarazo. Se creía que este concepto, llamado *útero errante*, surgía de la falta de actividad sexual. Los sanadores recomendaban tratamientos

como el masaje genital, las relaciones sexuales y el embarazo para apaciguar el útero, e incluso colocar miel u otros alimentos dulces cerca de los genitales para atraer al útero y que regresase así al lugar que le correspondía.¹ Así explicaba el útero errante el filósofo griego Platón:

Y de nuevo en las mujeres [...] cuando la matriz o el útero, como se lo conoce —una criatura permanentemente deseosa de tener hijos—, permanece sin dar fruto una vez pasada la época debida, se enoja y enferma; y al deambular por todas las partes del cuerpo y tapar los pasajes del aliento y evitar la respiración, provoca en el cuerpo un malestar máximo y causa, además, todo tipo de dolencias, hasta que el deseo y el amor de los dos sexos los unen.²

Hoy en día ningún médico cree que el útero vaya correteando literalmente por el cuerpo, pero hay algunos remanentes de estas ideas en el tratamiento actual de ciertos problemas ginecológicos. A las personas con endometriosis a veces se les dice que se queden embarazadas para tratar la dolencia, un plan que no se sostiene en el tiempo, especialmente en el caso de quienes no quieren buscar un embarazo. La comunidad médica y la sociedad en general también suelen dar por sentado que cualquiera que tenga útero querrá utilizarlo para embarazarse, incluso cuando la propia persona dice que no quiere concebir o que ya no quiere tener más hijos.

A muchas de las personas que quieren someterse a una ligadura de trompas o a una histerectomía (una cirugía para extraer el útero), algunas de las cuales ya superan los treinta o cuarenta años y tienen hijos, los médicos les dicen que son demasiado jóvenes para tomar esa decisión y que algún día se arrepentirán. Incluso en la actualidad, la sociedad sigue dando por hecho que las mujeres siempre querrán ser fértiles, solo que todavía no lo saben. Cuesta imaginar un escenario médico fuera de la ginecología en el que los médicos les digan a pacientes adultos y competentes que en realidad no saben lo que quieren y, por lo tanto, no pueden tomar decisiones sobre su salud. En este sentido, las influencias históricas del concepto del útero errante siguen presentes.

DE LA ANTIGUA GRECIA A LOS JUICIOS POR BRUJERÍA

El término *histeria* deriva de la palabra del griego clásico que denominaba al útero, *hystera*, y durante siglos se consideró que era una afección física provocada por el útero, lo cual venía a ampliar el concepto del útero errante. La histeria abarcaba un amplio abanico de síntomas, entre los que se encontraban los ataques, las convulsiones, los movimientos extraños, las alucinaciones, la ansiedad, la demencia y el dolor.

Aunque en la Europa medieval y renacentista se creía que los comportamientos inquietantes y la locura eran signos de posesión demoníaca o de brujería, algunos médicos seguían atribuyendo dichos síntomas a los úteros frustrados. En 1602, un médico inglés, Edward Jorden, publicó un libro titulado *A Briefe Discourse of a Disease Called the Suffocation of the Mother* [Un breve discurso de una enfermedad llamada asfixia de la madre],³ en el que «madre» se empleaba en la acepción arcaica que hacía referencia al útero. En él, Jorden explicaba que los síntomas físicos que se atribuían a la brujería eran provocados en realidad por la *passio hysterica* o «asfixia uterina». De una forma parecida al útero errante, el útero asfixiado —es decir, un útero que no veía suplidas sus necesidades sexuales o de embarazo— podía provocar síntomas inquietantes en el resto del cuerpo. Jorden decía que esta era la razón por la que las vírgenes y las viudas eran más susceptibles de presentar los ataques que se interpretaban como brujería. Declaró en juicios a favor de mujeres acusadas de brujería en intentos infructuosos de explicar que no eran brujas, sino víctimas de un útero asfixiado. Se considera que el libro de Jorden es la primera descripción de la histeria en lengua inglesa. Al tratar de presentar un contraargumento científico para rebatir la brujería y la posesión demoníaca, Jorden recurrió a la idea igualmente errónea de que la culpable de los síntomas de estas mujeres era la histeria.

Hoy en día, a pesar de siglos de avances en otros campos de la medicina, muchos aspectos de la salud de las mujeres siguen sin investigarse como es debido y carecen de los datos necesarios para orientar su tratamiento. A lo largo de los años, un sorprendente número de recomendaciones ofrecidas por ginecólogos profesionales se han basado más en las opiniones de los líderes del campo que en hechos objetivos o estudios científicos. Por

eso, las teorías y los tratamientos médicos más avanzados de su época se han considerado incorrectos posteriormente, y, en algunos casos, después de haber causado un sufrimiento que superaba al problema original que se estaba tratando.

EL CLÍTORIS Y LOS OVARIOS EN EL SIGLO XIX

La histeria alcanzó su máximo apogeo en el siglo XIX, cuando los médicos intentaron entender sus orígenes y tratamiento a través de un enfoque médico formal. Ya no se creía que el útero fuese el origen del problema, por lo que se empezó a examinar otros órganos sexuales femeninos como posibles causas. Al mismo tiempo, la ginecología empezó a desarrollarse como especialidad en el marco de la medicina occidental.

A mediados del siglo XIX, los ginecólogos experimentaron con la extracción quirúrgica del clítoris (en una intervención conocida como *clitoridectomía*) o los ovarios (u *ooforectomía*) para tratar la histeria. Isaac Baker Brown fue un reconocido ginecólogo de Inglaterra y presidente de la Sociedad Médica de Londres. Recomendaba la clitoridectomía como tratamiento para la demencia, la epilepsia y la histeria, por su hipótesis de que estas afecciones estaban provocadas por la masturbación.⁴ En Estados Unidos, el doctor Robert Battey, presidente de la Asociación de Medicina de Georgia, fue uno de los primeros médicos en extraer quirúrgicamente los ovarios; en aquel entonces, las ooforectomías se conocían como *operaciones de Battey*. Battey atribuía a los ovarios distintos problemas médicos, incluidas la epilepsia y la histeria, y recomendaba su extracción en los casos en que la paciente no respondiese ante otros tratamientos.⁵ A finales del siglo XIX se practicaron miles de ooforectomías en Estados Unidos debido a estas creencias erróneas.⁶

Afortunadamente, las clitoridectomías «terapéuticas» y la extracción de ovarios normales perdieron popularidad con relativa rapidez dados los riesgos quirúrgicos, el índice de mortalidad y la falta de efectividad que entrañaban, pero no antes de que decenas de mujeres fueran sometidas a la extracción innecesaria de sus órganos sexuales.

Hoy los médicos ya no diagnostican histeria ni llevan a cabo clitori-

dectomías u ooforectomías para remediarla. Los procedimientos quirúrgicos para extraer el útero y los ovarios tienen cabida en la medicina moderna para tratar ciertas afecciones, como los miomas y la disforia de género, o para reducir el riesgo de cáncer. El problema surge cuando a la persona se le dice que su única opción es optar por una histerectomía o una ooforectomía, incluso cuando quiere preservar su fertilidad, o cuando no se la informa adecuadamente de los riesgos potenciales o de las alternativas disponibles. He tenido muchas pacientes que se sometieron a una histerectomía o a una ooforectomía sin saber muy bien por qué, y lo único que dicen es que «El médico me dijo que la necesitaba».

LA HISTERIA Y EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

A finales del siglo XIX, el tratamiento de la histeria recayó en los neurólogos, quienes la consideraron un trastorno del sistema nervioso. El doctor Silas Weir Mitchell es considerado uno de los fundadores de la neurología moderna. Su trabajo atendiendo a soldados heridos durante la guerra de Secesión lo convirtió en un experto en lesiones nerviosas e incluso acuñó el nombre del *síndrome del miembro fantasma*.⁷ Observó que el daño nervioso podía provocar síntomas histéricos y desarrolló una famosa cura de descanso para las víctimas de trauma neurológico que consistía en una combinación de aislamiento social, reposo absoluto, actividad física e intelectual limitada, una dieta de alimentos nutritivos y terapia de electrochoque para restablecer los nervios. Una vez terminada la guerra, estableció una lucrativa consulta donde administraba esta cura de descanso a mujeres blancas de clase media y alta que padecían lo que se les diagnosticaba como histeria y agotamiento nervioso. Algunas de las pacientes que recibieron este tratamiento fueron intelectuales, escritoras y artistas, entre ellas, Virginia Woolf, Edith Wharton y Jane Addams. Aunque lo de descansar y comer saludablemente suena bien, las mujeres sometidas a esta cura de descanso solían enfrentarse a restricciones físicas, sociales e intelectuales extremas.

Charlotte Perkins Gilman fue paciente de Mitchell, y se inspiró en su experiencia con la cura de descanso para escribir su famoso relato «El

papel pintado amarillo». Se creía que las actividades intelectuales y creativas agotaban los nervios y dejaban al cuerpo sin energía, por lo que las pacientes eran aisladas y mantenidas en inactividad. Gilman creía que esto provocaba una «agonía mental» aún peor que la depresión que se pretendía curar.⁸ En «El papel pintado amarillo», una protagonista cuyo nombre no se revela es sometida a la cura de descanso a manos de su marido, que es médico. La mantiene en un estado infantilizado en una habitación infantil en Nueva Inglaterra y le prohíbe trabajar o escribir. La situación la lleva a la locura y se imagina que hay una mujer atrapada en el papel pintado. Al final de la historia, ella se ha convertido en esa mujer del papel de la pared y se libera arrancando el papel de las paredes.

Aunque a las mujeres ya no se las encierra literalmente en habitaciones para administrarles los tratamientos ginecológicos modernos, el patrón de una atención paternalista hacia las pacientes femeninas sigue presente. Todavía se trata a las mujeres como si fuera necesario protegerlas de sus propias mentes cuando se trata de decisiones reproductivas como el uso de anticonceptivos, la esterilización y el aborto. Asimismo, aún se utilizan tratamientos que pueden provocar un malestar mayor que el problema de raíz. Por ejemplo, los anticonceptivos hormonales y los antidepresivos pueden ser un cambio transformador para muchas personas, pero para otras, los efectos secundarios mentales y físicos son peores que los síntomas que pretenden regular. El problema no es que se ofrezcan estas opciones, sino que algunos profesionales médicos insisten en que las pacientes sigan dichos tratamientos incluso cuando les están provocando un malestar significativo y no les están aliviando los síntomas.

CHARCOT, FREUD Y LA MENTE

Para finales del siglo XIX, la causa percibida de la histeria había pasado de focalizarse en los órganos sexuales para centrarse en los nervios y, finalmente, en la mente. Al doctor Jean-Martin Charcot, un médico francés, se le considera uno de los fundadores de la neurología moderna. Fue el primero en identificar afecciones como la esclerosis múltiple, la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Tam-

bién se hizo famoso por tratar a las mujeres diagnosticadas como histéricas mediante hipnosis, y llevó a cabo demostraciones públicas de gran envergadura en las que las mujeres se retorcían, chillaban, gemían y cambiaban su comportamiento bajo la influencia de la hipnosis. Las fotografías de estas dramáticas actuaciones aún se utilizan como una representación visual del concepto de la histeria.

El doctor Sigmund Freud fue alumno de Charcot e inicialmente también intentó curar la histeria con la hipnosis. En el libro que coescribió con el doctor Josef Breuer, *Estudios sobre la histeria*, planteaba que la histeria era la manifestación física de los recuerdos reprimidos.⁹ Freud profundizó en estas ideas en sus teorías psicoanalíticas al decir que los recuerdos reprimidos de experiencias sexuales traumáticas en la infancia y las fantasías sexuales también reprimidas eran la causa de la histeria, y que hacer que la paciente identificase dichos recuerdos y fantasías reprimidos por medio de la terapia conversacional podría curar sus síntomas físicos. Charcot y Freud tomaron el concepto de la histeria como enfermedad física y pasaron a considerarla una enfermedad mental, lo cual dio paso a la percepción moderna de que si un paciente presenta síntomas alarmantes sin que pueda identificarse una causa física, el problema debe ser psicológico.

En la edición actual del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (o *DSM*, por sus siglas en inglés), un material de referencia usado por los profesionales de la salud mental, se incluye una categoría llamada *trastornos de síntomas somáticos*. Los pacientes con estos trastornos presentan malestares físicos que carecen de una causa médica identificable y que suelen considerarse una consecuencia de un estrés o trauma psicosocial. La inmensa mayoría de los pacientes a los que se les diagnostican trastornos de síntomas somáticos son mujeres: por cada hombre diagnosticado, hay diez mujeres.¹⁰ Dado que a muchas mujeres que presentan afecciones médicas como la endometriosis y enfermedades autoinmunes inicialmente se les dice que sus síntomas son imaginados, es probable que muchas de las personas a las que se les diagnostican trastornos de síntomas somáticos en realidad padezcan una enfermedad física sin diagnosticar. Puesto que las enfermedades ginecológicas como la endometriosis, la

disfunción de suelo pélvico y el trastorno disfórico premenstrual pueden provocar una gran variedad de síntomas, pero no aparecen en pruebas diagnósticas por imagen o de laboratorio, es frecuente que un médico tras otro les diga que no les pasa nada y que el problema debe de ser emocional o mental. Por desgracia, esta es la versión de la histeria del siglo XXI.

LAS MUJERES NEGRAS Y LA AUTONOMÍA FÍSICA

En Estados Unidos, los registros históricos y las investigaciones sobre la salud de las mujeres han tendido a centrarse en la salud de las mujeres blancas, cisgénero y heterosexuales. Las experiencias de las personas de color y de las que integran la comunidad LGBTIQ+ han sido ampliamente excluidas de los libros de texto y estudios de investigación.

En los últimos años hemos visto claras evidencias de unas graves disparidades en los resultados en la salud de las mujeres negras, sobre todo en lo referente a las tasas de mortalidad materna en comparación con las de las mujeres blancas. Actualmente se está investigando a qué se deben estas grandes diferencias, y aunque las causas son complejas, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) y otras organizaciones profesionales del campo de la obstetricia y la ginecología reconocieron el papel que ha desempeñado el racismo en esta cuestión en una declaración conjunta emitida en 2020:

Reconocer que la raza es un constructo social sin base biológica es importante para entender que es el racismo, y no la raza, lo que afecta a la atención médica, a la salud y a los resultados en la salud. El racismo sistémico e institucional está muy extendido en nuestro país y en nuestras instituciones de atención médica, donde entran también los campos de la obstetricia y de la ginecología. Muchos ejemplos de los avances fundacionales en la especialidad de la obstetricia y de la ginecología tienen su origen en el racismo y la opresión.¹¹

Los sesgos raciales se pueden rastrear hasta los albores de la ginecología. El médico al que se considera el padre de la ginecología, James

Marion Sims, fundó el primer hospital para mujeres en Estados Unidos e inventó la versión moderna del espéculo que se utiliza para examinar la vagina a partir de una cuchara de peltre doblada.¹² Fue pionero en la aplicación de técnicas quirúrgicas para reparar fístulas vaginales, unas lesiones que se dan entre la vagina y la vejiga o el recto y que aparecen a causa de un parto obstruido. Presidió la Asociación Médica Americana y se convirtió en uno de los médicos más famosos del país, y numerosas estatuas y monumentos se erigieron en su honor. Hasta hace poco, ni la comunidad médica ni el público general sabían que había desarrollado varias de sus técnicas quirúrgicas operando sin anestesia a mujeres negras esclavizadas. Los registros del propio Sims sugieren que hubo quizá una docena de mujeres en total, pero solo se conoce el nombre de tres de ellas: Anarcha, Betsey y Lucy. Anarcha pasó por treinta procedimientos quirúrgicos experimentales. Sims llevó a cabo sus experimentos en la década de 1840, cuando el uso de anestesia en las operaciones todavía no se había extendido, y según las notas de Sims, aquellas mujeres sufrieron terriblemente durante las intervenciones.¹³ En aquella época, la creencia mayoritaria era que las personas negras eran menos sensibles al dolor que las blancas, tanto en referencia a las dificultades de la esclavitud como al dolor que provocaban los accidentes y los procedimientos quirúrgicos. Por mucho que Sims no declarase dicha creencia abiertamente, cabe destacar que no llevó a cabo cirugías de reparación de fístulas con mujeres blancas hasta años después, cuando había perfeccionado sus técnicas y ya utilizaba anestesia. Varios estudios recientes han demostrado que todavía existen sesgos inconscientes en el tratamiento de los pacientes negros, y en especial en el caso de las mujeres negras. El dolor de los pacientes negros se trata con menos frecuencia, y reciben menos medicación para el dolor que los pacientes blancos en circunstancias objetivamente dolorosas como huesos rotos y apendicitis. Es menos probable que a las pacientes negras se les ofrezcan cirugías mínimamente invasivas¹⁴ para el tratamiento de miomas, y presentan tasas de complicaciones posoperatorias más elevadas. Un estudio de 2016 puso de manifiesto que la mitad de los estudiantes de Medicina y residentes entrevistados creían que las personas negras presentaban terminaciones nerviosas menos sensibles y una percepción

más baja del dolor que las personas blancas, lo cual carece de fundamento científico alguno.¹⁵

Las mujeres negras también se enfrentan a unos índices de mortalidad materna marcadamente elevados. En Estados Unidos, tienen el triple de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres blancas, incluso después de tener en cuenta factores como los ingresos, el nivel educativo, el seguro médico y la atención prenatal.¹⁶ En el Reino Unido, esta estadística aumenta hasta cuadruplicarse.¹⁷ Un amplio estudio llevado a cabo por la Oficina Nacional de Investigación Económica en el que se observaron los registros de nacimientos en California a lo largo de un período de diez años demostró que la tasa de mortalidad materna de las mujeres negras con más ingresos (situadas en el quintil superior de ingresos) era similar a la de las mujeres blancas más pobres (en el quintil más bajo).¹⁸ Así pues, las diferencias en los resultados de salud no solo se deben a los recursos, a la alimentación o al acceso a una atención médica de calidad. Seguramente se deba a una compleja combinación de factores que incluye los posibles sesgos implícitos que pueden hacer que los profesionales de la salud den menos importancia a las quejas relacionadas con el dolor u otros síntomas que apuntan a la preeclampsia o a la formación de coágulos. Algunos investigadores apuntan a que el estrés crónico provocado por la discriminación y el hecho de estar constantemente en un estado de lucha o huida, lo que eleva los niveles de cortisol y de epinefrina, dan lugar a efectos adversos o desgaste físico¹⁹ que empeoran la tensión arterial, aumentan el riesgo de cardiopatías e incluso cambian el propio ADN. La hipótesis del desgaste podría explicar por qué las personas de todas las razas que padecen estrés social crónico presentan una salud más débil, pero se trata de un fenómeno que se ha estudiado sobre todo en el contexto de las disparidades en materia de salud que afectan a las comunidades negras. Los estudios demuestran que las personas negras experimentan más factores de estrés social que las personas blancas,²⁰ como es el caso de la discriminación, incluso después de ajustar los parámetros de estatus socioeconómico, y la relación entre los factores de estrés y la mala salud es evidente.

Los sesgos raciales sistémicos también pueden afectar a la salud de formas inesperadas, incluso a través de algo tan aparentemente inocuo

como un peinado. En un estudio de la Facultad de Empresariales de la Universidad Duke en el que a los participantes se les dieron distintas fotografías de posibles candidatos a un puesto de trabajo con cualificaciones idénticas, las mujeres negras con el cabello natural recibieron peores puntuaciones en la categoría de profesionalidad y se recomendó menos veces que se las entrevistara que en el caso de las mujeres negras que se habían alisado el cabello o que las mujeres blancas de pelo liso o rizado.²¹ Estos sesgos hacen que las mujeres negras se sientan presionadas a alterar su cabello con alisadores o planchas para que encaje con los cánones de belleza eurocéntricos. Por desgracia, se ha demostrado que algunos alisadores químicos aumentan el riesgo de padecer miomas y cáncer de útero. Y este es solo uno de los mecanismos por los que el racismo puede provocar graves disparidades en la salud.

INVESTIGACIÓN Y REPRESENTACIÓN

El sistema médico moderno se enorgullece de basarse en la evidencia y de guiar los tratamientos a partir de estudios de investigación y ensayos clínicos de calidad, pero los sesgos y la desigualdad de género también afectan a los métodos de investigación científica. Los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) constituyen una de las principales fuentes de financiación de las investigaciones médicas del mundo, y aun así algunos de los ensayos clínicos multicentro de mayor envergadura financiados por los NIH en el siglo xx excluyeron totalmente a las mujeres, y no fue hasta el año 1993 que el presidente Clinton firmó una ley que establecía que los proyectos de investigación con humanos financiados por los NIH debían incluir a las mujeres y a las minorías raciales.²² Fue el mismo año en que la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) eliminó por fin una política de 1977 que excluía expresamente a las mujeres con potencial reproductivo de los ensayos de medicamentos en fase temprana porque las medicaciones podrían causar defectos de nacimiento.²³ Eso significaba que se prohibía a todas las mujeres en edad reproductiva participar en estos estudios, incluso si no eran sexualmente activas, utilizaban anticoncepti-

vos o tenían relaciones con personas del mismo sexo. Todas esas décadas en las que se excluyó a las mujeres de los ensayos clínicos hicieron que los datos sobre todo tipo de aspectos, desde las cardiopatías hasta la eficacia de los medicamentos, no incluyeran información sobre los efectos en las mujeres o sobre las posibles diferencias entre los géneros en sus resultados.

Además, se ha dedicado muy poca financiación para investigar las afecciones ginecológicas y las enfermedades que afectan mayoritariamente a las mujeres. A finales de la década de 1980, se asignó menos del 15 % del presupuesto de los NIH al estudio de enfermedades «exclusivas o más prevalentes o graves en las mujeres»,²⁴ entre las que se encontraban los cánceres de mama y ginecológicos, la osteoporosis, las enfermedades autoinmunes y otras afecciones comunes. Se invierte mucho más en la investigación de enfermedades no ginecológicas que afectan al mismo número de personas, o incluso a muchas menos, que en el estudio de afecciones ginecológicas frecuentes. En 2022, los NIH asignaron 37 millones de dólares al estudio de la viruela, una enfermedad que se erradicó por completo en Estados Unidos en 1949.²⁵ Merece la pena comparar esa cifra con los 27 millones de dólares que se presupuestaron para estudiar la endometriosis, la cual afecta al menos al 10 % de las mujeres, o a los 15 millones de dólares asignados a los miomas, los cuales afectan al 70 % de las mujeres blancas y al 80 % de las mujeres negras.²⁶

La falta de financiación e investigación adecuadas hacen que los médicos desconozcan las causas básicas de muchas afecciones ginecológicas y que naturalmente tampoco dispongan de opciones de diagnóstico temprano o de tratamientos efectivos. En el caso de muchas afecciones médicas crónicas no ginecológicas como la hipertensión, la diabetes y el asma, existen diversas opciones de tratamiento dirigidas a sus causas biológicas. Sin embargo, como las causas de muchas de las enfermedades ginecológicas como la endometriosis, los miomas y el síndrome del ovario poliquístico se desconocen, los tratamientos se limitan a gestionar los síntomas o a extirpar quirúrgicamente los órganos una vez que la enfermedad se ha desarrollado. La consecuencia de ello es que los síntomas presentan una persistencia desquiciante y que es necesario someterse a repetidas intervenciones y

cirugías sin garantía alguna de que vayan a suponer un alivio duradero. En muchos lugares del mundo, a las personas que padecen de una letanía de afecciones ginecológicas solo se les ofrece la posibilidad de tomar anticonceptivos o de someterse a una histerectomía, sin que se les hable siquiera de posibles alternativas, a menudo porque no se dispone de otras opciones accesibles. Y a pesar del extendido uso de los anticonceptivos hormonales, existen muy pocos estudios que comparen las distintas marcas y formulaciones en cuanto a efectos secundarios, tolerabilidad y eficacia. La elección del anticonceptivo suele estar determinada por la preferencia de la paciente y a base de ir probando, mientras que el tipo de medicaciones que se emplean para tratar afecciones no ginecológicas como la hipertensión y la diabetes está respaldado por estudios e investigaciones.

SISTEMAS SANITARIOS Y ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

El mal funcionamiento de los sistemas de salud puede dificultar, cuando no impedir, que las personas reciban una atención ginecológica adecuada. En muchas consultas de obstetricia y ginecología, los bajos reembolsos por parte de las aseguradoras, la escasez de médicos y el agotamiento de los profesionales son la norma. Los médicos, sobrepasados de trabajo, atienden a un número excesivo de pacientes a diario: en Estados Unidos y el Reino Unido algunos llegan a visitar a 40 o 50 pacientes cada día. Cuando el personal sanitario cuenta solamente con entre 10 y 30 minutos para ver a cada paciente, es imposible tratar adecuadamente problemas de salud complejos o relacionados con el dolor.

Fuera de las principales áreas metropolitanas hay escasez de especialistas que proporcionen atención de afirmación de género o traten la endometriosis, la infertilidad, la disfunción del suelo pélvico y la disfunción sexual, lo cual puede hacer que las pacientes tengan que desplazarse durante horas, se gasten dinero de su propio bolsillo o tengan que esperar muchos meses (en algunos lugares incluso más de un año) para ver a un especialista. Algunas personas, simplemente, no tienen acceso a ningún tipo de tratamiento. Además, los seguros médicos no suelen cubrir ciertos

servicios, como la atención a la infertilidad, lo que hace que este tipo de tratamientos estén totalmente fuera del alcance de muchos pacientes.

También se observan claras desigualdades de género en la forma en que los seguros médicos, tanto privados como públicos, reembolsan los servicios sanitarios proporcionados a las mujeres en comparación con cómo lo hacen cuando son los hombres quienes hacen uso de los servicios o reciben atención de especialistas de campos mayoritariamente masculinos. Los procedimientos ginecológicos se reembolsan mucho menos que las intervenciones de cualquier otro campo quirúrgico, entre ellos la urología, la cual se centra en el tratamiento de los órganos reproductivos masculinos. El índice de compensación por biopsias de útero o de vulva es muy inferior al que se da en el caso de biopsias de próstata o escroto.²⁷ Las aseguradoras médicas consideran que las cirugías sumamente complejas y prolongadas que tratan la endometriosis y los miomas valen mucho menos que las cirugías no ginecológicas que se efectúan en el mismo tiempo o incluso menos.

Los pagos insuficientes de las aseguradoras, combinados con el elevado coste de las negligencias, el estrés de tener que lidiar con situaciones de vida o muerte y los ataques legislativos contra los derechos reproductivos han dado lugar a una epidemia de médicos quemados. En Estados Unidos, entre el 40 y el 75 % de los obstetras y ginecólogos afirman sentirse quemados, y muchos terminan dejando la práctica de la medicina.²⁸ Este éxodo de especialistas en obstetricia y ginecología está exacerbando la falta de acceso a la atención médica, especialmente en zonas rurales, y quienes sufrirán las consecuencias serán los pacientes.

¿QUÉ PODEMOS HACER AL RESPECTO?

Para que los médicos puedan ofrecer una atención ginecológica de calidad a todos los pacientes es fundamental llevar a cabo una revolución en los sistemas médicos actuales. La investigación y la financiación de las necesidades de la salud reproductiva deben aumentar notablemente. Las poblaciones minoritarias infrarrepresentadas deben tener acceso a unos recursos de salud equitativos. Debe implementarse una formación y educación más extensa para los profesionales de la salud. La cobertura de los

seguros médicos en cuanto a la atención obstétrica y ginecológica debe aumentar, y los sistemas médicos deben invertir en unos programas de salud sexual y reproductiva más amplios. Por último, el público en general debe tener acceso a una educación básica sobre salud para entender mejor su propio cuerpo.

Las asociaciones que se dedican a la concienciación sobre las afecciones ginecológicas como los miomas, la endometriosis y el síndrome del ovario poliquístico trabajan sin descanso para informar al público e influir en los legisladores para que aumenten el apoyo federal a la investigación, movidas por la frustración que provoca la falta de recursos y de respuestas por parte de la comunidad médica. Sin embargo, este cambio en el sistema no debería recaer únicamente en las personas afectadas por estos problemas médicos, y los profesionales de la salud, los administradores médicos, las aseguradoras, los miembros del gobierno y los educadores deberían desempeñar el papel que les corresponde. Las mujeres y las personas que padecen problemas ginecológicos llevan miles de años sufriendo, y ha llegado el momento de romper este ciclo. No es histeria; nunca lo fue.