



Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Periodismo

“No doctor, mi dolor menstrual no es normal”

Alumna: Gabriela Camacho Martín

Tutor: Samuel Toledano Buendía

Curso académico
2023/2024

Resumen

La normalización del dolor menstrual puede verse en una madre que enseña a su hija que la regla duele, en una amiga que lo confirma o en un médico que se limita a recetar antiinflamatorios. También en una pastilla anticonceptiva que tiene como fin la contracepción pero termina siendo la respuesta para cualquier patología ginecológica o en una comunidad científica que ignora el cuerpo femenino. La idea de que la mujer soporta mejor el dolor y está hecha para sufrir no es una verdad porque lo exija la biología, pero sí porque lo escoge la sociedad. Se ha logrado convencer a las mujeres de que es normal no poder levantarse de la cama cada mes cuando llega la menstruación y ahora se debe gritar lo más alto posible que no es así.

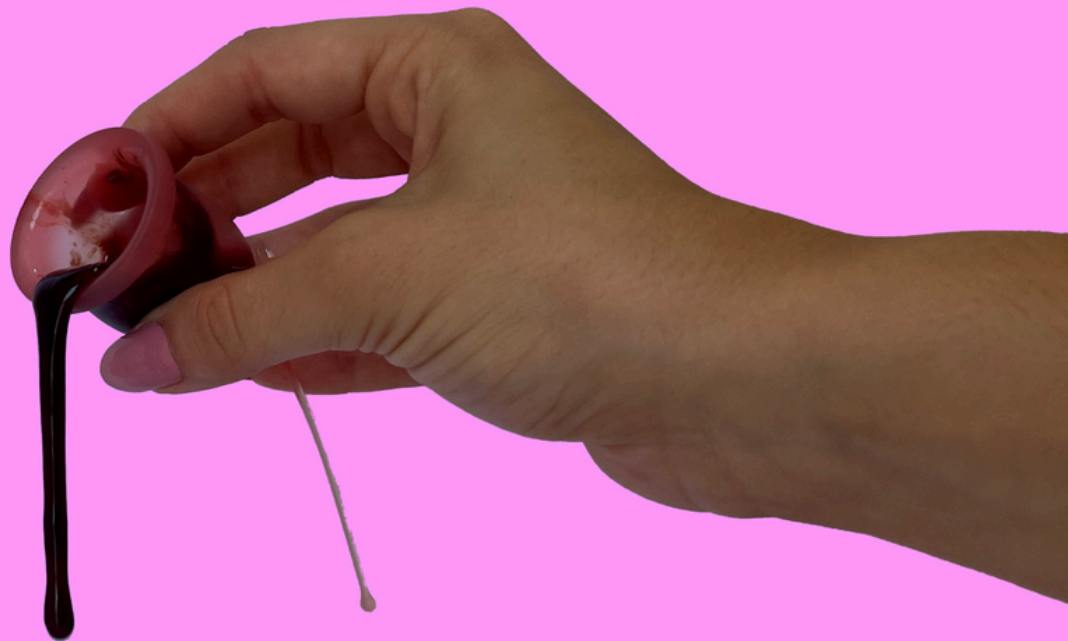
Palabras clave: menstruación, dolor menstrual, salud femenina, sanidad, igualdad, ginecología, educación menstrual, endometriosis, síndrome del ovario poliquístico, síndrome premenstrual.

Abstract

The normalization of menstrual pain can be seen in a mother who teaches her daughter that menstruation hurts, in a friend who confirms it or in a doctor who limits himself to prescribing anti-inflammatory drugs. It can also be seen in a contraceptive pill that is intended for contraception but ends up being the answer to any gynecological pathology or in a scientific community that ignores the female body. The idea that women endure pain better and are made to suffer is not true because biology demands it, but because society chooses it. Women have been convinced that it is normal not to be able to get out of bed every month when menstruation arrives and now they must shout as loudly as possible that this is not the case.

Keywords: menstruation, menstrual pain, women's health, health, equality, gynecology, menstrual education, endometriosis, polycystic ovary syndrome, premenstrual syndrome.

**No doctor,
mi dolor menstrual
no es normal**



Gabriela Camacho

No doctor, mi dolor menstrual no es normal

El sol brilla, los pájaros cantan y tu vagina sangra; es un día perfecto para salir a pasear pero tú no logras mantenerte en pie. No han pasado las horas suficientes para tomar el siguiente ibuprofeno y la manta de calor en el abdomen tampoco funciona, por muchas vueltas que das en la cama ninguna posición consigue calmar tus dolores de regla. “Un dolor justo debajo de la barriga que se extiende a la espalda y a las piernas, como si me estuvieran pinchando o retorciendo” así lo vive Alicia Díaz Prieto, tiene 22 años y vive en Cáceres. Para Meritxell Saavedra Martín, de 31 años y residente en Santa Cruz de Tenerife “lo peor es el dolor de cabeza y de barriga, tengo cólicos insoportables, a veces me da una punzada tan fuerte que pienso que me voy a desmayar”.

No existen datos concretos sobre cuántas mujeres sufren dolores menstruales, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia aproxima la cifra en un 50% de las personas menstruantes y la Sociedad Española de Contracepción (SEC) concluyó, gracias a una encuesta que recoge el testimonio de 1800 mujeres, que el 71,2% sufre alguna molestia y que el 45% precisa medicación. Pero la población no necesita ningún estudio para saber la prevalencia del dolor menstrual, lo tienen claro, y es que “siempre se ha dicho que la regla nos duele a todas”, se lo han contado a Alicia Díaz y también a Meritxell Saavedra, “la regla duele, y hay que aguantarse”.

No, claro que no, ni les duele a todas ni hay que aguantarse. La menstruación se produce cuando el óvulo que libera uno de los ovarios no es fecundado por ningún espermatozoide, la capa de tejido y sangre que ha ido recubriendo el interior del útero durante el ciclo para preparar el posible embarazo, es decir el endometrio, se desprende y se expulsa por la vagina ocasionando el sangrado. Para poder deshacerse del endometrio el cuerpo segrega unos compuestos que reciben el nombre de prostaglandinas y que producen contracciones en el útero. Ahí está el punto de por qué la menstruación puede provocar molestias, dolores que se soportan aplicando calor o tomando un antiinflamatorio, pero que según resalta la ginecóloga Alba Rodríguez González “nunca deberían perjudicar la calidad de vida de las mujeres”.



“Oye mira,
aquí pasa algo”

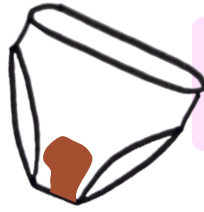
-Tu útero

A Noemí Generelo Guerra, cacereña de 23 años, le llegó la menarquía, su primera menstruación, cuando tenía 12 años. Desde entonces cada mes vive una regla que no le limita para seguir con su vida como cualquier día, “nunca he sufrido dolores, alguna molestia leve de vez en cuando pero en la mayoría de mis reglas solo me acuerdo de que la tengo porque mancho, no experimento ningún otro síntoma”. La idea de que la menstruación tiene que doler y las mujeres lo tienen que soportar no es más que una de tantas mentiras sobre la regla que se cuentan de generación en generación.

La dismenorrea, el término que engloba los dolores que muchas mujeres maldicen cuando llega la menstruación, se divide entre primaria y secundaria. La dismenorrea primaria se refiere a los dolores que no están asociados a ninguna patología y que un paracetamol debería mitigar. Mientras que la dismenorrea secundaria esconde una enfermedad ginecológica, la endometriosis es la más común. En cualquier caso se debe tratar lo antes posible para evitar efectos como dolor crónico, depresión o infertilidad.

La pedagoga y educadora menstrual Fernanda Romo Ayala expone lo irracional que le parece normalizar el dolor menstrual comparándolo con otras dolencias, “nadie soportaría un dolor de rodilla tres días al mes y viviría tan tranquilo”. Y se pregunta por qué las mujeres si lo hacen con el dolor menstrual, “al igual que en otras partes del cuerpo, el dolor del útero también funciona como signo de alerta para decirte oye mira, aquí pasa algo”.

“No puede pasar que las niñas en su primera menstruación sigan pensando que se han cagado”



Muchas niñas esperan ver sus bragas manchadas de rojo intenso en su primera menstruación, pero es común que el primer manchado sea marrón, esto se debe a la oxidación de la sangre.

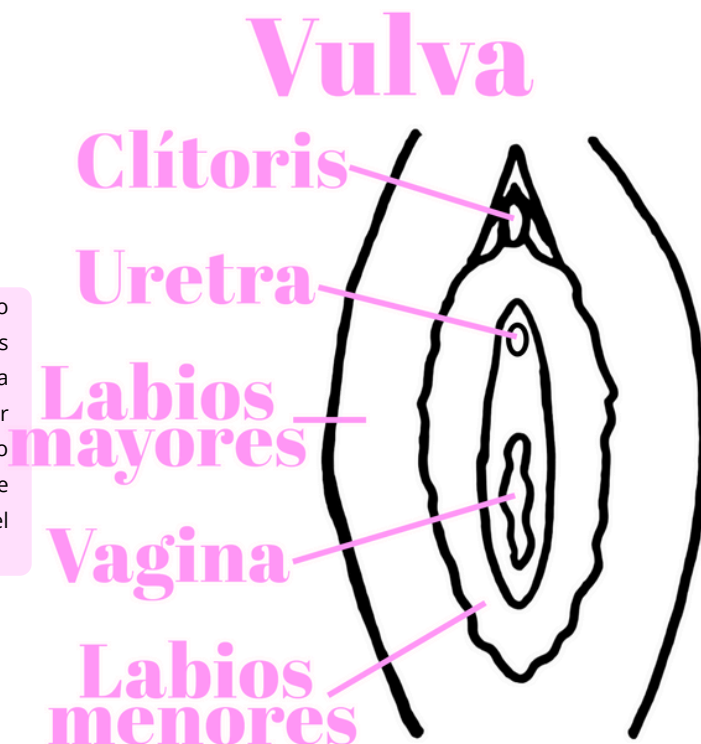
El ignorado viaje de la menstruación comienza incluso antes de la primera vez que manchas tus bragas de marrón, todo empieza con los mitos, la desinformación y el miedo. La sociedad a lo largo de la historia ha convertido un ciclo natural y esencial para la reproducción en un tabú difícil de quebrantar. Un estigma que actualmente se vive en la adrenalina al compartir una compresa por debajo de la mesa, en la vergüenza al descubrir una mancha roja en tus pantalones o incluso en la aceptación de sufrir dolor cada mes sin quejas.

En abril de 2023 el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Universitat Politècnica de València (UPV) publicaron un estudio en la revista BMC Women's Health que denuncia la deficiencia de la educación menstrual en España. Mediante una encuesta en línea con una participación de más de 4000 personas observaron que quienes han recibido suficiente información sobre cómo gestionar el primer sangrado experimentan menos emociones negativas.

No puede pasar que las niñas en su primera menstruación sigan pensando que se han cagado en las bragas y que mujeres con 30 años opinen que la copa menstrual es un rollo porque piensan que hay que quitársela para mear”, señala Romo lamentando que aún se tenga que reclamar una educación menstrual de calidad.

La investigación de la CSIC y la UPV recomienda integrar la “educación menstrual más allá de la biología reproductiva” en los programas escolares para mejorar la forma en la que se percibe la menstruación en el país. Romo subraya la necesidad de reconocer que la menstruación no es solo un acto fisiológico, “tiene impacto directo en la salud mental, física, emocional y relacional de las mujeres”. Así como recalca la urgencia de entender que la regla “trasciende a las personas que no menstrúan” y expone la relación que guarda la menstruación con los hábitos de consumo, el impacto ambiental y con cuánto de igualitaria estamos construyendo la sociedad.

La copa menstrual no interfiere al ir al baño. Las mujeres orinan por la uretra y la sangre es expulsada por el orificio de la vagina, por lo que la copa no se introduce en el mismo orificio por el que se orina.



La familia como educadora menstrual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) sólo 2 de cada 5 escuelas, es decir el 39%, cuentan con educación sobre salud menstrual. De las nueve mujeres que participaron en este reportaje, seis de ellas aún a esperas de protagonismo, ninguna recibió educación menstrual en el colegio fuera del proceso biológico. Aunque Romo resalta que “la responsabilidad no puede recaer solo en los centros educativos”, precisa que se debe empezar por el hogar. Explica que se tiene que educar desde el ejemplo, y no solo deben participar las mujeres.

En el cuestionario que se expone en el libro *La Mitad que Sangra*, por los periodistas María Zuil Navarro y Antonio Villarreal, el 72,5% de las 915 personas que respondieron declararon que su madre fue la primera en recibir la noticia cuando les llegó la menarquía. La educadora recuerda que “el primer agente socializador de las personas son quienes comparten su hogar” e insiste en la importancia de que las personas más cercanas sirvan de modelo.

Tampoco se puede olvidar la influencia de los valores que construyen la sociedad actual, la antropóloga Daniela Moncayo sostiene en su investigación de La menstruación como fenómeno cultural que la regla “ha estado envuelta en tabúes, estigmas y percepciones negativas en muchas culturas”. Y afirma que “a pesar de los avances en la promoción de una comprensión más positiva de la menstruación, aún persisten desafíos significativos en todo el mundo”.

Impuras

Moncayo destaca el alcance de la religión en la perpetuación del tabú de la regla basado en “conceptos arraigados de impureza y contaminación, así como en el temor a lo desconocido”. La autora menciona el letívico, un libro del antiguo testamento que incluye instrucciones clara para las mujeres durante su regla: “cuando la mujer tuviere flujo de sangre, y su flujo fuere en su cuerpo, siete días estará apartada; y cualquiera que la tocare será inundo hasta la noche”.

Está demostrado que la regla no es tóxica ni contaminante, más bien al contrario, la sangre menstrual contiene elementos beneficiosos para la medicina. Elena González Muñoz y Alicia Sánchez Mata, investigadoras de la Universidad de Málaga, han realizado un estudio para analizar las propiedades reparadoras de las células madres presentes en la sangre menstrual. Las expertas señalan que se necesita mucha más investigación para analizar el potencial de estas células que podrían ser “ideales para la terapia celular en medicina regenerativa y enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico”.

El cine, la publicidad y los medios de comunicación juegan un papel muy importante como moldeadores de la percepción de la menstruación. En 2017 llegó el primer anuncio con regla real, la marca británica Body Form tiró de una vez el líquido azul a la basura y manchó por fin de rojo sangre las compresas de su campaña.

Ese mismo año las grandes empresas de productos de recogida menstrual en España continuaban mostrando la capacidad de absorción con un líquido azul que no se parece en nada a la regla de ninguna mujer. Por suerte, actualmente el rojo ya no está prohibido, pero en los anuncios siguen flotando mujeres que te aseguran que “con Evax Liberty te sentirás tan limpia que no sentirás que la llevas”, muchas gracias a la marca Evax, pero la menstruación no es sucia.

El tabú menstrual, “una característica del patriarcado”

En el cine la regla no es ni roja ni azul, es invisible. En pleno 2024 sigue siendo un reto ver una compresa o un tampón en las series de las plataformas más utilizadas, por alguna razón las mujeres de la mayoría de las películas no viven la menstruación durante la trama. Y si es complicado encontrar un producto de recogida menstrual, más difícil es ver una mujer con dolor menstrual. Porque por mucho que se consiga que algunos mitos se vayan perdiendo, ahí continúa atacando a la calidad de vida de las mujeres la leyenda de que la regla duele.

Los medios de comunicación sí que se han animado a hablar sobre el dolor menstrual. Zuil y Villarreal, publicaron un reportaje en *El Confidencial*, con el título de *Media España está sangrando cada mes: ni médicos ni científicos saben por qué*, que logró estar entre los más leídos durante una semana. La periodista exclama que “los medios tienen el poder de enseñar que el dolor menstrual no es normal”, explica que cuando se leen “testimonios de mujeres que sufren lo mismo en los medios es cuando se dan cuenta de que es un problema real y que tienen que buscar una solución”.

El tabú de la menstruación, una “característica del patriarcado”, es un problema que ha calado en cada rincón de la sociedad, así lo manifiesta Romo, e intenta visibilizar que la falta de educación menstrual “significa no saber qué pasa con tu cuerpo, con tus emociones, ni con tu lugar en el mundo durante más de 40 años”. La educadora resalta que para romper con los mitos es necesario que se reciba educación menstrual desde “el primer minuto de nuestra vida”. Asegura que se debe “enseñar desde la cotidianidad”, por ejemplo “dejar de ocultar la ropa interior manchada, hablar en alto del dolor o mostrar con naturalidad los productos de recogida menstrual”.

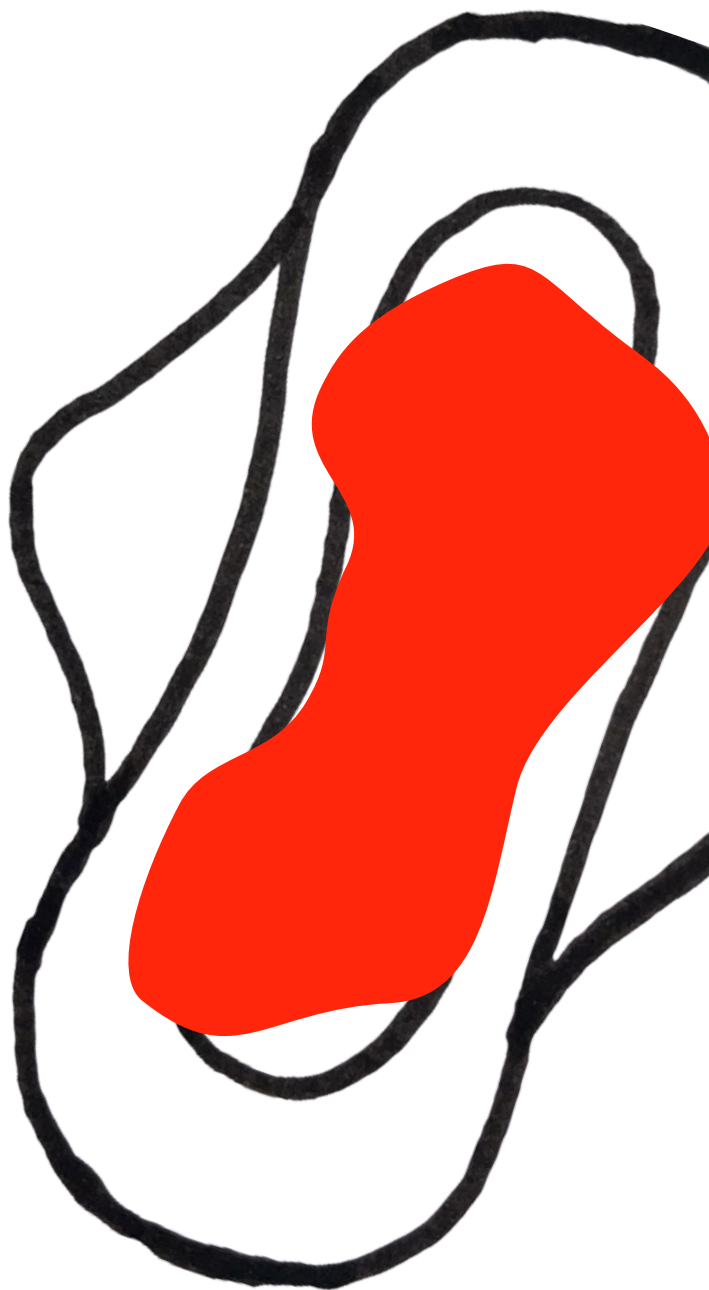
“Me sentí ignorada por el médico, la consulta solo me sirvió para perder el tiempo”

El estigma que envuelve la menstruación ha alcanzado incluso el ámbito sanitario. Alba Rodríguez Rodríguez, de 20 años, solicitó una cita con su médico de cabecera en Murcia preocupada por los pinchazos durante la regla, solo le ofrecieron una consulta telefónica. Cuenta que el profesional de la salud no le tomó en serio en la llamada, “me sentí ignorada, solo me sirvió para perder el tiempo, me recetó antiinflamatorios que yo ya estaba tomando y sugirió la idea de pastillas anticonceptivas”. Se negó a tomar las píldoras, “ya de por sí tengo episodios depresivos como para exponerme a cambios hormonales, así que simplemente intengo agunatar el dolor”.

La médica interna residente de familia Iriana Rodríguez explica que el protocolo a seguir ante una consulta por dolor menstrual empieza por redactar una buena historia de antecedentes familiares y personales. El siguiente paso es recetar analgesia básica, y en caso de que esto no solucione los dolores se derivará al paciente a ginecología para que descarten cualquier patología. En caso de que no haya ninguna enfermedad asociada y reciba el alta de ginecología se recetan pastillas anticonceptivas. “A no ser que te llegue una chica que se desmaya por el dolor, en ese caso se deriva directamente a ginecología”, puntualiza la médica.

Rodríguez opina que “hay desinformación en el campo de la medicina, precisamente donde la gente debería estar más informada”, y confiesa que ella misma tuvo que prepararse para responder las cuestiones que se plantearon para este reportaje y que lo agradece. “Para nada creo que los médicos recibamos una correcta educación menstrual, es un síntoma que se invisibiliza, en mi caso al menos nunca he visto un ejemplo de caso clínico que nos ponga en el supuesto de una chica joven con dolor menstrual para aprender cómo se debe tratar”, cuenta la médica.

“Hay unos sesgos, no solo con el dolor menstrual, con todo el dolor de las mujeres por parte de la comunidad médica”, afirma Zuñil denunciando que “se toma mucho más en serio a un hombre que a una mujer que acude con dolor a consulta”.



“Hacer vida normal cuando sentía que me moría del dolor”

Alicia Rodríguez Perez tiene 23 años, vive en Huelva y siempre ha tenido bastantes dolores, náuseas y hasta fiebre durante y antes de su menstruación, “tanto que literalmente el día anterior a que me baje la regla y los dos primeros días de sangrado estoy casi sin poder moverme”. Los dolores menstruales pueden aparecer antes de que llegue el periodo.

El síndrome premenstrual es el conjunto de síntomas que aparecen entre una o dos semanas antes de que comience el periodo y desaparecen cuando empieza el sangrado. Estos síntomas incluyen dolor e hinchazón en los pechos, acné, aumento de peso, dolor de cabeza, dolor de barriga, dolor de espalda, estreñimiento y hasta síntomas emocionales como cambios de humor, ansiedad o depresión, entre otros, la lista es larga como ya muchas mujeres saben y experimentan.

Alicia Rodríguez ha faltado bastante a clase por sus dolores, aunque en el centro “jamás lo tomaron como una buena excusa, eso me producía más dolores y estrés, a veces tenía que ir y hacer vida normal cuando sentía que me moría del dolor”. Romo expresa que “recibir o impartir una clase sufriendo dismenorrea tiene como resultado una alumna que no se entera de nada o una profesora explicando de pena”.

Aunque siempre había escuchado que el dolor menstrual era normal Alicia Rodríguez decidió investigar en internet y debatirlo con su madre, quien no dudó en llevarla al médico enseguida. Acudió al centro de salud para que el médico de cabecera pudiera darle una solución pero “no hizo mucho más que comentar que a la mayoría les duele menstruar y recetarme pastillas anticonceptivas”. Aunque hizo caso al profesional y probó los anticonceptivos se vio obligada a dejar de tomarlos porque aumentaron las náuseas y el cansancio. Ahora, continúa sufriendo los mismos dolores. Tomando antiinflamatorios y aplicando calor intenta soportarlo cada mes, “aunque intento no tomar tanto ibuprofeno porque noto que sangro más”.

La ginecóloga y profesora investigadora Enriqueta Barranco Castilla indica que no hay límites en el dolor menstrual ya que todo depende de cada mujer, pero señala que en los casos de dolor intenso y persistente en el tiempo se debe consultar “aún sabiendo que saldrás del despacho de consulta con una receta de píldoras anticonceptivas o remedios similares, pero casi nunca con un diagnóstico”. La investigadora opina que “en muchas ocasiones los profesionales de atención primaria tienen poco tiempo, escasa formación y mucha presión”, por lo que el dolor menstrual solo “significa recetar anticonceptivos hormonales y prometer que va a mejorar”.

“No se nos educa para tratar la dismenorrea a largo plazo, solo para eliminar el dolor”, asegura Iriana Rodríguez. Explica que en la carrera solo se habla de dismenorrea absolutamente incapacitante, y denuncia que “no debería hacer falta llegar a un extremo para tratar algo”. Por eso, considera que se debería cambiar “gran parte de la formación con respecto a la menstruación” y cree que “la educación menstrual, no solo en la carrera sino también formato taller o curso, a los médicos sería algo muy bien recibido y sobre todo fructífero para los pacientes”. La médica opina que la medicina está cada vez más humanizada, “creo que las personas que decidimos estudiar medicina lo hacemos por el paciente, espero no tener una visión excesivamente optimista y estar en lo correcto”.

Ginecología, cómplice de la normalización

Elena de Rivas Romero, de 36 años y habitante de Santa Cruz de Tenerife, cuenta que “desde mi primera menstruación me quejaba de que tenía reglas muy abundantes y dolorosas”, tanto que “empezaba con los antiinflamatorios antes de que llegaran los dolores, si esperaba era imposible calmarlos”. Pero no acudió al ginecólogo hasta los 18 años, “empecé las revisiones con el ginecólogo privado por un bulto en el pecho, a partir de ahí acudía periódicamente y le contaba mi problema con la menstruación, le explicaba mis dolores incapacitantes, pero solo me decía que era normal y que estaba todo bien”, la única solución que le ofreció fue tomar pastillas anticonceptivas.

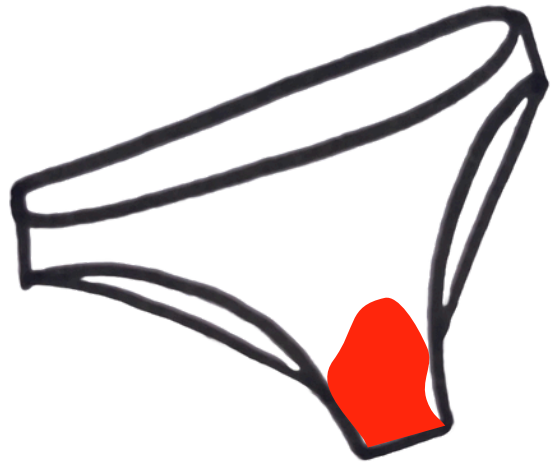
Alba Rodríguez González, mencionada anteriormente como ginecóloga, admite que en algunos casos entre los expertos en ginecología y obstetricia se normaliza el dolor menstrual, “la sociedad al completo lo hace y los ginecólogos formamos parte de la sociedad”. Aunque matiza que “la educación menstrual que reciben los ginecólogos es correcta y completa”, pero que “es complicado dar la atención médica óptima con 15 minutos por consulta cuando casi se van 5 en lo que la paciente se desviste”. Los últimos datos del Indicador de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, a diciembre de 2023, colocan el tiempo medio de espera para una primera consulta con ginecología en 72 días. Más de dos meses que para una mujer con dismenorrea se traducen en dos menstruaciones más sufriendo sin saber qué le ocurre.

Elena de Rivas siguió acudiendo a sus revisiones y un día, ya cumplidos los 30, “mi ginecólogo se jubiló y la nueva ginecóloga que empezó a atenderme no tardó nada en diagnosticarme la endometriosis”. Confiesa que lo primero que pensó fue “¿cómo?, imposible”. Para el tratamiento “me recetaron anticonceptivas para reducir el tamaño de los endometriomas”, las primeras que probó no cumplieron con los resultados esperados, pero las segundas sí lograron disminuir los endometriomas.

“Flojas y exageradas”

A Elena de Rivas le sorprendió que su primer ginecólogo no hubiera visto nada. “Me recetaron anticonceptivas para reducir el tamaño de los endometriomas”, las primeras que probó cumplieron con los resultados esperados, pero las segundas sí lograron disminuir los endometriomas”. Al conocer su diagnóstico unió lazos con otras mujeres afectadas de endometriosis, “tuve una compañera a la que al principio le dijeron que su dolor era psicológico” y otras a las que les habían llamado “flojas y exageradas”.

Ahora continúa con los anticonceptivos y “como no tengo regla no tengo dolor”, se siente “contenta a nivel de calidad de vida, porque ahora no tengo una menstruación incapacitante que me limita”, pero “no me siento satisfecha con que la única opción sea la pastilla anticonceptiva, y tampoco con algunos de los efectos secundarios, siento que estoy siempre apática”. Por ello está tratando de llevar una dieta y un estilo de vida que mejore sus síntomas, “espero poder dejar de tomar los anticonceptivos algún día”.



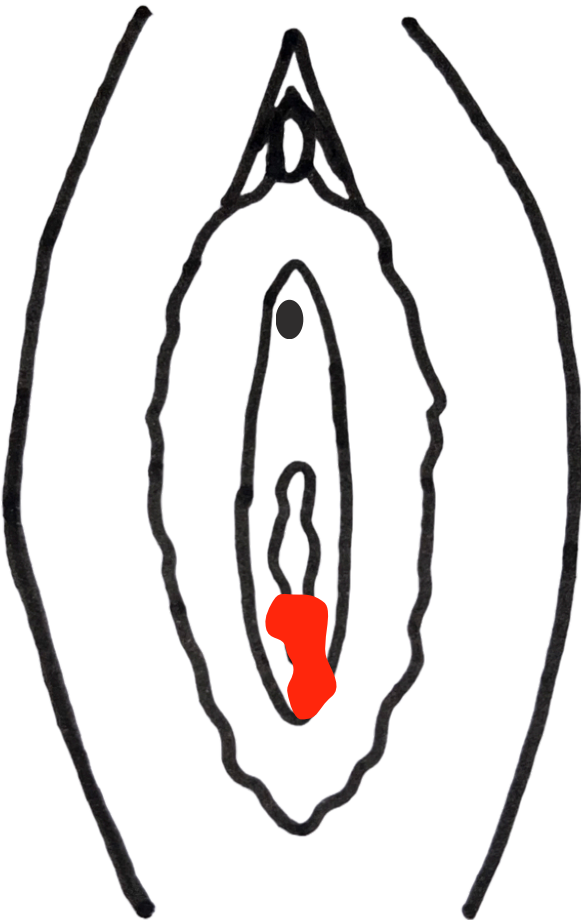
Vida sana, vagina contenta

Aunque la médica Iriana Rodríguez afirma que en consulta no se suele hablar sobre un cambio en el estilo de vida, porque no presenta cambios de efecto inmediato, para algunas mujeres puede ser interesante intentarlo, Elena de Rivas asegura que “su inflamación ha bajado muchísimo desde que prestó atención a su dieta”.

En la Escuela de Educadoras Menstruales donde Fernanda Romo trabaja formando a diferentes profesionales en salud menstrual, en un vacío legal porque aún no se ha abordado la educación menstrual como oficio, aconsejan algunos cambios en el estilo de vida. La propia educadora y directora de la escuela confiesa sentir los beneficios de las recomendaciones, “yo era de las que faltaba a clase por los dolores, la dismenorrea viene por la inflamación, y reducirla me ha ayudado mucho”.

Fernanda Romo explica que se trata de “vivir de forma saludable escuchando a tu propio cuerpo”. Considera positivo una alimentación cíclica, es decir que varíe en cada fase del ciclo, y basada en “nutrir tu cuerpo con alimentos que cumplan las necesidades nutricionales para equilibrar tu salud hormonal y evitar la inflamación”. Así como realizar ejercicio físico, llevar un registro del ciclo menstrual para poder entenderlo y también tratar de vivir con menos estrés, “algo complicado para esta sociedad pero de mucha importancia, al igual que establecer rutinas de sueño para lograr descansar satisfactoriamente”.

Coger sol y pensar en positivo son otros de los consejos de la pedagoga, “hay quienes se ríen, pero estar bien informada y conseguir que el desconocimiento no te lleve al odio a tu menstruación puede ayudar”. Por último aconseja buscar buenos orgasmos, “contigo misma, o en compañía, los orgasmos siempre son garantía de bienestar”, las contracciones musculares que se producen actúan como masajes uterinos y además “ayudan a liberar hormonas analgésicas”.



Diez años de espera para el diagnóstico

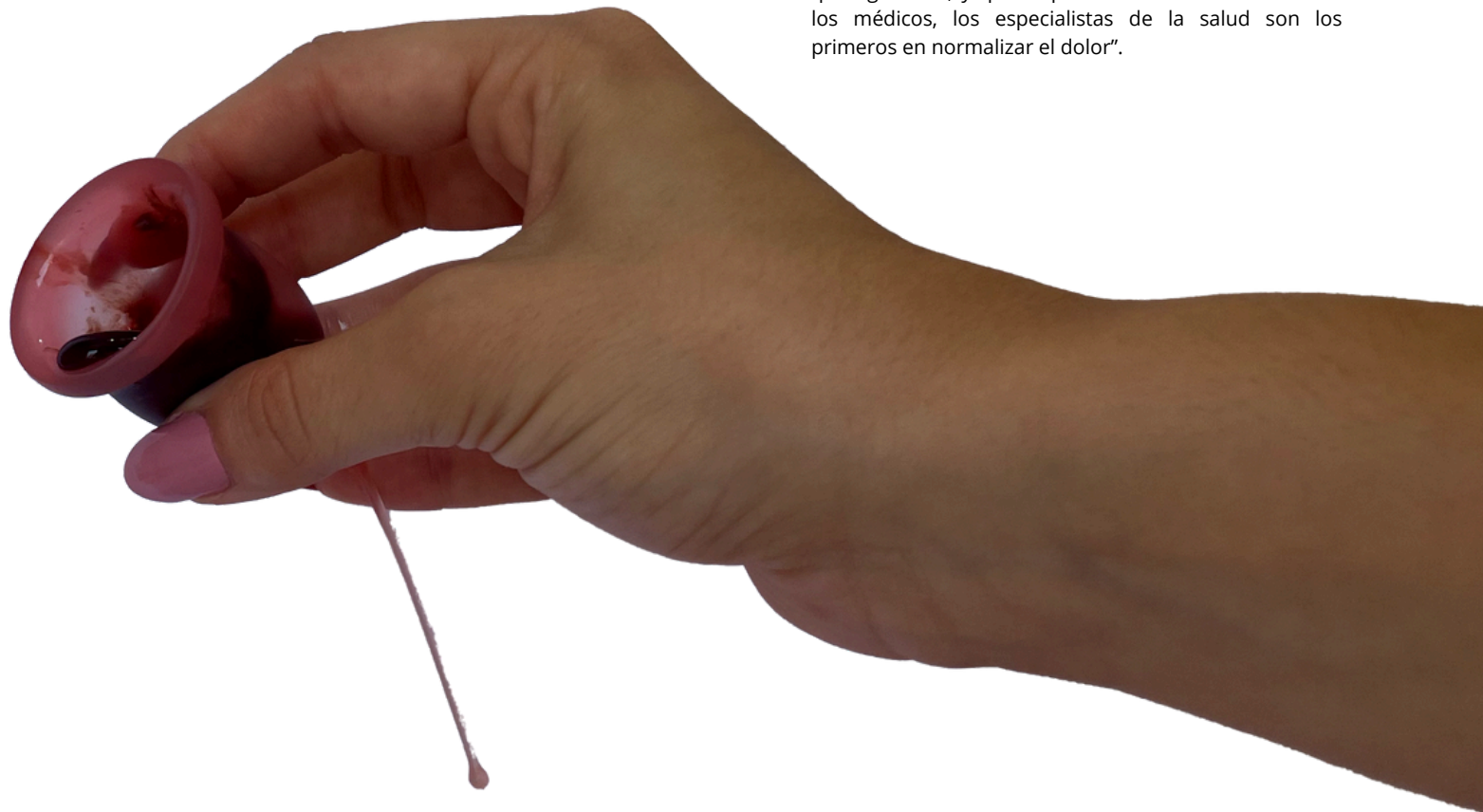
La OMS define la endometriosis como una enfermedad "crónica que cursa con un dolor intenso durante la menstruación, las relaciones sexuales, al defecar o al orinar". Afecta en "gran medida la vida de quien la padece" y provoca "dolor pélvico crónico, distensión abdominal, náuseas, fatiga y, en ocasiones, depresión, ansiedad e infertilidad".

Según la organización, aunque la endometriosis afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva es una patología "con muchas lagunas de conocimiento" que aún no tiene cura, por que el tratamiento se reduce a aliviar los síntomas. El estudio de actualización de la patología Endometriosis. Un largo camino escrito por P. Carrillo Torres, M.A. Martínez Zamora y F. Carmona Herrera señala que la prevalencia de la endometriosis puede alcanzar el 50% en mujeres infértiles.

La OMS reconoce que "en muchos países, la población en general y la mayoría los profesionales de la salud de primera línea no son conscientes de que sufrir un dolor pélvico angustiante y que altera la vida de la paciente no es normal" y que "ello conlleva una normalización y una estigmatización de los síntomas y un retraso significativo en el diagnóstico" de la dismenorrea secundaria, y subraya "la importancia de promover la concienciación, las políticas y los servicios para la endometriosis". El hospital Quirón Salud Málaga estima la media de diagnóstico de la enfermedad entre 10 y 12 años.

Irene Atienza, representante y vocal de comunicación de la Asociación de Afectadas de Endometriosis en España (ADAEC), explica que las causas de que la media de tiempo de diagnóstico sea tan alta son varias. "Es complicado detectar la enfermedad, los síntomas no siempre son claros y se expresan dependiendo del órgano afectado", explica que la "endometriosis puede atacar diferentes órganos, si se sitúa en el intestino tendrás síntomas intestinales pero si es en la vejiga serán síntomas urológicos".

Además "no siempre se ve en las pruebas diagnósticas", "es complicado de ver, se necesita una persona que esté bien formada en el tema para poder ver bien una resonancia o una ecografía y diagnosticar la enfermedad". También influye la normalización del dolor, "a las mujeres se les dice que son unas flojas por quejarse, que el dolor menstrual es normal y se tiene que aguantar", y "por supuesto la normalización entre los médicos, los especialistas de la salud son los primeros en normalizar el dolor".



La vida con endometriosis

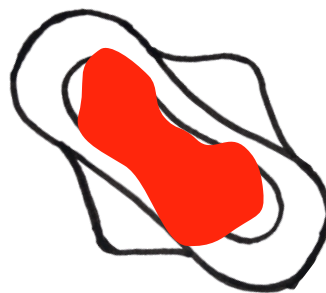
“Acudes al médico porque tienes dolor y te hacen de todo menos mandarte al ginecólogo e incluso llegan a cuestionar tu salud mental”, critica Irene Atienza, que como todas las mujeres que forman ADAEC, es diagnosticada de endometriosis. “Fui muchas veces al médico porque tenía un dolor tan fuerte que no podía ni caminar y siempre me decía que era algo normal, que a lo mejor yo estaba sensible, que era débil o que me tomara un antiinflamatorio”. Continuó su vida soportando el dolor hasta que un día, con 30 años, “me vino la regla en la ducha y me desmayé del dolor”. A partir de ahí empezaron a hacerle pruebas y “hasta que no entré en quirófano no vieron que tenía endometriosis”.

Enriqueta Barranco declara que en algunos de los casos se retrasa tanto el descubrimiento de la enfermedad “porque carecemos de recursos diagnósticos que nos den una certeza de que la enfermedad está presente en la mujer que nos consulta”, pero que en otras ocasiones se debe a que “la exploración clínica que hacemos es incompleta, aún sabiendo que escuchando detenidamente los síntomas de las mujeres y explorando bien la pelvis, puede uno aproximarse al diagnóstico con bastante exactitud”.

El estudio para conocer la prevalencia, morbilidad atendida y carga que supone la endometriosis para el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad expone que “todas las dimensiones de la vida de las mujeres con endometriosis se ven afectadas por la enfermedad”. La investigación explica que “el dolor es un factor fundamental” que repercute en el bienestar psicológico y social, y puntualiza que la enfermedad tiene “un importante impacto en la capacidad funcional y de desarrollar una vida laboral”.

Irene Atienza ahora tiene una incapacidad absoluta, “no puedo trabajar, tengo un 50% de discapacidad como habilidad reducida, me han operado un montón de veces, me quitaron el útero hace casi 5 años y no he podido tener hijos”, y se pregunta cómo hubiera sido si le hubieran diagnosticado a los 15 años cuando acudió al médico por primera vez en lugar de a los 30, “tal vez ahora podría tener una vida completamente normal”. Irene Atienza pide a los médicos que se actualicen, “nosotras no tenemos ningún tipo de protección ante esta mala atención médica, solo nos queda visibilizar y concienciar”.

“Ahora ya sabemos que hay muchas patologías que pueden generar dolor menstrual pero todavía nos encontramos con muchos a los que parece no haber llegado este conocimiento”, afirma María Zuil denunciando que “la única solución sigue siendo taponar el problema con anticonceptivos o antiinflamatorios o simplemente dejar que la mujer sufra cada mes”. Y reclama que “los medios pueden exponer este problema”.



Síndrome del ovario poliquístico

Emma Romero Sanmiquel, barcelonesa de 23 años, empezó a notar los dolores menstruales con el tiempo, “al principio no tenía dismenorrea, pero a medida que pasaban los años empezaron las molestias en el abdomen y los mareos”. Cuenta que poco a poco “los dolores se fueron haciendo más intensos, me dolían muchísimo los pezones, hasta el punto de no poder rozarme con la camiseta”. A partir de ahí empezó a cuestionarse si era algo normal, había días en los que no podía ni moverse y decidió acudir al médico. El profesional de cabecera que le atendió se encargó de derivarle a ginecología.

El ginecólogo que atendió a Emma Romero, sin demasiadas preguntas, pero con las pruebas de enfermedades de transmisión sexual aprobadas, “me mandó a casa con una receta de pastillas anticonceptivas”. También le dio la opción de tomar ibuprofenos, pero como ya había probado con antiinflamatorios y no le había solucionado nada hasta la fecha, decidió empezar el tratamiento de los anticonceptivos, “sentí que no tenía otra opción y me causó inseguridad que no me revisaran si había algo más”.

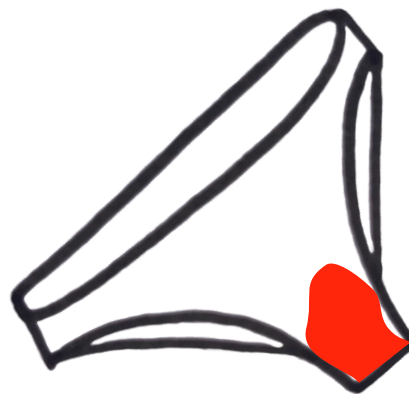
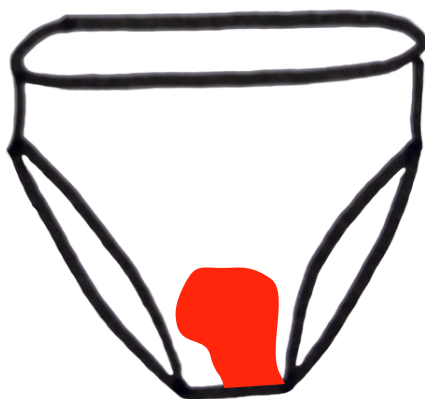
Para Emma Romero las pastillas supusieron “una gran ayuda, no sentía nada, ni mareos ni dolor”, pero más de dos años más tarde tuvo que volver al especialista por sangrado intermenstrual, es decir porque sangraba entre períodos, “manchaba cuando no me tocaba, la regla me podía durar dos o tres semanas”. Esta vez, el ginecólogo, sí que le hizo una ecografía vía vaginal para comprobar qué le podía pasar; gracias a la prueba ahora Emma Romero sabe que sufre síndrome del ovario poliquístico (SOPQ).

El SOPQ es una patología ginecológica en la que los ovarios producen más hormonas masculinas de lo habitual, provocando quistes en los ovarios, acné, exceso de vello, dolor pélvico, menstruaciones irregulares e infertilidad entre otros efectos. La OMS estima que afecta a entre el 8% y el 13% de mujeres en edad de procrear, y que el 70% de mujeres afectadas por la enfermedad no están diagnosticadas. En la actualidad, el SOPQ no tiene cura, el tratamiento se basa en intentar mejorar los síntomas.

“No quiero estar toda mi vida tomando anticonceptivos”

Alicia Díaz sufría dolores menstruales incapacitantes pero nunca acudió al médico “porque me decían que el dolor era normal, que era una niña y cuando creciera y se me regulase se me pasaría”. Hasta que un día empezó a sentir un dolor bastante fuerte debajo del pecho y fue directamente a urgencias, “me pusieron calmantes, me hicieron una radiografía y me dijeron que podía irme a casa”. Pero el dolor no desapareció, Alicia Díaz se pasó dos meses acudiendo a urgencias cada tres días y seguían sin tomar en serio su dolor “hasta que de tanto insistir convencimos a una médica de que me hiciera una ecografía y descubrieron que tenía un quiste muy grande en el ovario”. En ese momento le derivaron a ginecología, “me quitaron el quiste y una trompa de falopio porque estaba muy desgastada”.

A partir de ahí siguió visitando el ginecólogo con frecuencia porque su menstruación continuaba siendo dolorosa e irregular, “podía estar tres meses sin la regla y luego menstruar un mes entero”. Le diagnosticaron SOPQ y le recetaron unas pastillas anticonceptivas que en lugar de mejorar “aumentaron los dolores y el sangrado intermenstrual”. Lo siguiente fue el implante subdérmico, “me fue bien hasta que me inyectaron la vacuna del COVID, entonces estuve dos meses enteros sangrando”. Para Alicia Díaz la pesadilla parecía no tener fin, después de que el endocrino le diagnosticara pre diabetes y mandara a quitarle el implante cuanto antes volvieron los dolores y las reglas irregulares. Ahora utiliza el parche, se lo aconsejó su médico de cabecera y está “bastante contenta, los dolores han bajado” y consigue calmarlos aplicando calor, pero tiene la esperanza “de poder dejar los anticonceptivos, no quiero estar toda mi vida tomándolos”.



Unas pastillitas y para casa

Las mujeres que van contando su historia en este reportaje no solo comparten la falta de educación menstrual, todas las que se han decidido a acudir al médico por sus dolores de regla han salido de consulta con una receta de pastillas anticonceptivas. La píldora se empezó a comercializar en España en 1980, 20 años después de salir al mercado por primera vez en Estados Unidos. Surgió como una revolución de liberación para las mujeres, al fin podrían decidir sobre su propio cuerpo, sobre cuántos hijos tener y cuándo hacerlo. En la actualidad la pastilla ya no se considera símbolo de libertad, cada vez menos personas la utilizan como método anticonceptivo, los efectos secundarios negativos han ido bajando la popularidad de la píldora. En la encuesta de contracepción de la SEC de 2020 los resultados expusieron que un 18,5% de las mujeres eligen la pastilla anticonceptiva, en 2022 la cifra baja a un 17,1%.

Las pastillas anticonceptivas funcionan introduciendo al cuerpo hormonas parecidas a las que producen los ovarios, simulando un estado de embarazo, por lo que los ovarios dejan de producir por sí mismos las hormonas que ocasionan el ciclo menstrual. Al no haber ovulación no puede haber menstruación y tampoco embarazo, aunque la anticoncepción sea el principal objetivo de las píldoras se ha descubierto que como efecto secundario pueden aliviar la dismenorrea. La sangre que se induce al pausar la toma de pastillas durante una semana recibe el nombre de sangrado por privación, bajan los niveles de hormonas y se desprende el endometrio. El sangrado por privación es innecesario, no es la menstruación y por tanto no hay razones médicas que sostengan que se deba ocasionar.

La ginecóloga Alba Rodríguez González defiende que la pastilla puede ser una buena opción y considera que los estigmas que están surgiendo son consecuencia de la desinformación. Opina que en muchas ocasiones son una solución adecuada y argumenta que en la mayoría de los casos funciona, “¿por qué dejaría de recetar magnesio para el dolor de rodilla si se que con eso se aliviará la dolencia?”. Enriqueta Barranco reprocha que los anticonceptivos no son una cura, solo tapan el dolor, y que al mandarlas como tratamiento para la dismenorrea no se suele aclarar que las molestias mejorarán “porque dejará de haber menstruación”.

La receta de anticonceptivos *sin ton ni son*

Iriana Rodríguez ve los anticonceptivos como una buena opción pero está de acuerdo en “que se informa menos de lo que se tiene que hacer”, y recalca “que no se deberían recetar sin antes descartar patologías asociadas al dolor”. Para la médica las pastillas “son la única forma de vivir sin limitaciones para algunas mujeres” pero critica que “muchas veces se dan sin preguntar bien por los antecedentes”.

Candy Martín Cruz nunca ha sufrido dismenorrea, tiene 53 años vive en Santa Cruz de Tenerife y desde que le llegó la menarquía su menstruación fue regular, poco abundante y sin dolor. Hasta que un día empezó a manchar y no paró, “sangré todos los días durante más de 6 meses”. Cuando acudió al ginecólogo le diagnosticaron miomas uterinos, es decir, presentaba tumores benignos en el útero. “En ese momento tenía 43 años, tres hijos y las trompas ligadas”; además “mi hermano, que dios lo guarde, con deficiencia de la proteína S y C, había fallecido por un infarto”. Estas insuficiencias de proteínas indican un mayor riesgo de trombosis. La ginecóloga le recetó anticonceptivos, que pueden suponer un mayor riesgo de trombosis como efecto secundario, para tratar los miomas. A las 19 pastillas Candy Martín sufrió una trombosis venosa profunda en la pierna izquierda.

La ginecóloga Alba Rodríguez González resalta que antes de recetar anticonceptivos se debe profundizar en la historia personal y familiar de la paciente. Candy Martín logró superar el susto, y después de unos largos meses de recuperación la ginecóloga decidió que le extirparan los miomas, aunque resultó sin éxito. La solución no llegó hasta que le extrajeron el útero.

Si ya existe la pastilla, ¿para qué buscar más?

La educadora menstrual Fernando Romo agradece que las pastillas anticonceptivas alivien el dolor de tantas mujeres pero señala que “finalmente es un paliativo” y exclama que “no puede ser la única solución, se debe investigar el origen del problema”. Para la pedagoga “la creencia de que es normal menstruar con dolor ha retrasado toda la investigación sobre el ciclo”. Protesta que “aún continúa la creencia de que ser mujer viene acompañado de pasar dolor y hasta se dice que lo aguantan mejor” cuando no es así, el dolor es un signo de alerta en ambos sexos, y no existen evidencias científicas de que las mujeres soporten más el dolor.

La investigadora Enriqueta Barranco pone el foco en otra causa de la falta de investigación científica del ciclo. La experta en ginecología asegura que la píldora anticonceptiva, “el remedio universal para aliviar el dolor menstrual, al interrumpir el sangrado menstrual e inducir una hemorragia por privación a voluntad”, ha supuesto “un retraso de más de cincuenta años para que se estudie la menstruación, sus alteraciones, dolores y otros síntomas”.

El 7 de agosto de 2023, hace menos de un año, se publicó el estudio que analiza los resultados de comprobar la capacidad de absorción de los productos de recogida menstrual con sangre por primera vez. Así es, mientras robots como el Phoenix de la marca Sanctuary fabrica coches para la marca Magna, los avances en el ciclo de las mujeres celebran que se utilice sangre en lugar de soluciones salinas o agua para probar las compresas. La investigación fue llevada a cabo por el equipo del Departamento de Medicina de la Oregon Health & Science University en Portland, los resultados expusieron que los productos recogen menos sangrado del que se creía y sostienen que “una mayor comprensión de la capacidad de los productos menstruales más nuevos puede ayudar a los médicos a cuantificar mejor la pérdida de sangre menstrual”.



“La medicina siempre ha ignorado el perfil de la mujer”

“En general con todos los procesos biológicos que son propios de las mujeres y que no afectan a los hombres creo que hay una falta de investigación”, declara la ingeniera informática y directora de la Unidad de Mujeres del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades Silvia Ruedo Pascual, Insiste en que incluso “la formación que tienen los profesionales de la ginecología empieza a tener perspectiva de género ahora, y ha costado muchísimo”. La médica Iriana Rodríguez reclama que “la medicina siempre ha ignorado el perfil de la mujer, históricamente los estudios en cuanto a los medicamentos y las enfermedades han puesto al hombre como prototipo de paciente, por eso las patologías que sólo afectan a la mujer están tan poco investigadas.”

Por ejemplo, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) apunta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en mujeres en todo el mundo. Según el estudio publicado, por la doctora y miembro de la ESC Birgit Vogel, en la revista médica The Lancet continúa habiendo infradiagnóstico y falta de investigación en las enfermedades cardiovasculares en las mujeres. La doctora Antonia Sambola, del equipo de cardiología del hospital Vall d’Hebron coordinó un estudio publicado en 2019 cooperando con la Sociedad Española de Cardiología que muestra que ser mujer aumenta el riesgo en el infarto. La investigación expone que no se trata de una razón biológica sino social, las mujeres tardan más en acudir al médico porque normalizan el dolor y desconocen los síntomas. A diferencia de los hombres las mujeres no suelen presentar dolor desde el pecho hacia los hombros, los brazos y la espalda como indicio de infarto, son más comunes las náuseas, los vómitos y el dolor en la espalda, el cuello, la barriga o la mandíbula.

Silvia Ruedo afirma que los temas que tienen que ver únicamente con la mujer “suele costar más que sean investigados en todas las áreas, y más aún con la menstruación” y aclara que “con el cáncer de mama o de ovarios si que se ha investigado porque tienen consecuencias más drásticas y visibles, consecuencias mortales”. Explica que “a investigar la menstruación no se le da tanta trascendencia y otorga menos prestigio”. También expone que “las comisiones de evaluación suelen estar formadas por hombres” señalando que “si los tribunales no son paritarios no solo es que cueste más que se de financiación a una mujer, sino que los temas prioritarios para las mujeres no lo son para los hombres” y menos cuando se trata de un tema tan estigmatizado, Pero piensa que “ya es hora de que empecemos a comprender los procesos por los que pasamos durante el ciclo, comenzar a entendernos y conocernos.”

“La menstruación como hecho biológico vinculado a la naturaleza femenina por la medicina sólo se ha contemplado cuando ha producido grandes disturbios en la salud de las mujeres”, denuncia Enriqueta Barranco, “y siempre se ha hecho para poner un parche con el que remediar el problema y no desde una perspectiva crítica”. La investigadora sostiene que “la financiación para hacer estudios etiológicos de la menstruación no suele concederse”, pero añade que “tampoco hay muchos proyectos que lo pretendan”. Además, critica que las convocatorias de proyectos de investigación suelen estar enfocadas a temas muy concretos, “se exigen unos proyectos muy definidos, rodeados de gran cantidad de papeleo y la menstruación no suele ser uno de los temas para investigar elegidos para investigar”.

La Unidad de Mujeres del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades aboga a favor de “que el dinero que se invierte en ciencia, innovación y tecnología se destine también a los intereses de las mujeres”. La directora “cree que a nivel de ciencia y de evaluaciones la solución está en seguir trabajando en mejorar la formación en perspectiva de género con contenidos específicos relacionados con las necesidades propias de las mujeres”, en especial con la educación de las personas que “entran en el sistema de evaluación”, y asegura que están trabajando para alcanzarlo. “No basta con hacer un curso sobre igualdad, hay que continuar recibiendo educación siempre, porque cada día recibimos sesgos negativos sin darnos cuenta”, añade.

También menciona la importancia de trabajar junto a las compañías financiadoras, “está claro que es mucho más fácil darnos unas pastillitas y que nos callemos, y más si supone una gran cantidad de ingresos”. Silvia Ruedo no ignora la evidencia de que “las industrias van a trabajar para ganar dinero” pero precisamente por eso recalca la importancia de “trabajar con estas corporaciones que pueden seguir logrando beneficios pero con una mirada más positiva”. Enriqueta Barranco opina que “las empresas que fabrican hormonas ya han ganado bastante con lo que han hecho hasta ahora” y que solo “ponen sus focos en otros campos más beneficiosos para sus intereses comerciales”.

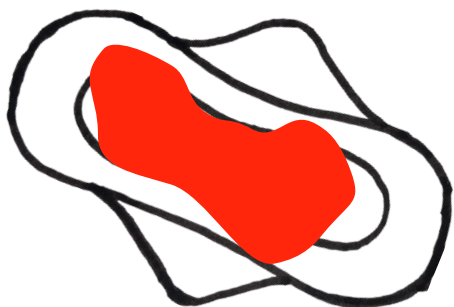
La investigadora cree que para avanzar en los conocimientos sobre la menstruación “hay que plantearlo como un hecho biológico al que se le ha prestado poca atención en sí en lugar de rodearlo de pretendidos proyectos sociales”, opina que “sólo vienen a incrementar la discriminación de las mujeres menstruantes”. Y subraya la necesidad de aclarar de una vez científicamente “por qué hay mujeres a las que la menstruación no les altera su vida y otras a las que altera enormemente su salud”. Aunque no se muestra muy positiva con el futuro, “tengo muchas dudas de que la solución esté cerca ya que teniendo como tenemos instrumentos para medir, por ejemplo, la cuantía del sangrado, simplemente recontando las copas menstruales que una mujer vacía en un día, todavía recurrimos a otros procedimientos mucho menos exactos, pero controlados por el poder médico farmacéutico”.

Más feminismo urgentemente

María Zuil Navarro cree que “la situación está cambiando, falta, pero se está avanzando”, opina que “el feminismo está haciendo que se hable de los temas que afectan a la mitad de la población y que normalmente está olvidada”. El año pasado, entre quejas y aplausos, se firmó la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que incluye la aprobación de una baja laboral por menstruación incapacitante, es decir, por dismenorrea secundaria. Con sus fallos y sus aciertos esta nueva ley no solo supuso un progreso, también logró que las portadas de los medios de comunicación informaran sobre dismenorrea.

“Ahora mismo la ley es para las mujeres que sufren dismenorrea secundaria y que por tanto tienen diagnosticada una patología asociada, estas bajas ya existían, la diferencia es que ahora se empezará a pagar desde el primer día”, explica Irene Atienza. La ley entró en vigor el 1 de junio de 2023, hasta el momento se han tramitado 1.418 solicitudes de baja laboral, según los datos del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Un dato que queda pequeño al lado de la cifra de un millón de afectadas de endometriosis en España.

La representante de ADAEC expone tres grandes fallos en la redacción de esta ley, “el primero es recordar la dificultad del diagnóstico de endometriosis, todas estas mujeres que sufren pero no les han diagnosticado no pueden acogerse a la baja”. Por otro lado “muchas mujeres con endometriosis no tenemos la regla, bien porque nos han quitado el útero o por tratamientos hormonales”, además “el dolor de la endometriosis no afecta solo a los días de menstruación, pero esta ley no incluye a quienes tienen dos días de ovulación con dolores fuertísimos, solo a quienes sufren durante la regla”. Y por último está el tabú y la estigmatización, “si a las mujeres se nos dice flojas por hablar sobre dolor menstrual, ¿quién se va atrever a pedir la baja?”.



“Muy lentamente”

La educadora Fernanda Romo valora positivamente la ley, “es ambiciosa y abarca los puntos más importantes, empezando por la educación menstrual”. En la legislación se dicta que “las administraciones educativas, en el ámbito de sus competencias, garantizarán, en el marco de la educación afectivo-sexual, que el sistema educativo establezca en los currículos de las diferentes etapas educativas, el abordaje integral de la salud durante la menstruación con perspectiva de género, y específica que sea de forma “interseccional y de derechos humanos en el ámbito de la educación, tanto formal como no formal, con especial atención a la eliminación de los mitos, prejuicios y estereotipos de género que generan el estigma menstrual”. Fernanda Romo puntualiza que “no solo es formar a quienes menstrúan, el desafío es educar a quienes no menstrúan; que pase a los medios de comunicación, a los políticos que toman decisiones, a las empresas y a la sociedad.”

En el ámbito científico, la ley garantiza la investigación en materia de salud, derechos sexuales y reproductivos a través de “políticas públicas con enfoque de género e interseccional que permitan obtener la mejor, más amplia y actualizada información científica respecto de la salud sexual, la salud reproductiva, la salud durante la menstruación y la salud durante la menopausia y el climaterio en cada etapa correspondiente del ciclo vital”.

El marco legal para romper el tabú de la menstruación está escrito, aprobado y en vigor, pero ¿qué se necesita ahora”, cuestiona Fernanda Romo. “Falta implementación y para que esto suceda se necesita dinero”. El ministerio de Igualdad contó en 2023 con un presupuesto de 573 millones, un 9% más que en el 2022.

Romo también cree que “la ley surge en un contexto muy político, como ya lograron aprobar la ley ya pueden despreocuparse”. Aunque puntualiza que una ley con una propuesta de cambio tan profunda no puede juzgarse por sus resultados en un año, pero sí opina que se está poniendo en práctica “muy lentamente”.

En una situación en la que el Partido Popular (PP) aumentó más de tres millones sus votos con respecto a las elecciones generales anteriores, es decir a 2019, es importante mencionar que la ley se aprobó con los votos en contra de la derecha española. El PP, que gana protagonismo, y Vox dieron su no ante la propuesta. En las elecciones generales de 2023 Vox, al contrario que el PP, fue el partido que más votos perdió, más de 600.000, aunque sorprendió en las elecciones europeas de este año alcanzando la tercera posición con 6 escaños. Elecciones en las que ganó el PP con 22 escaños, seguido del PSOE con 20.

El dolor menstrual no es normal, por si no había quedado claro

Sobre el papel parece que la situación está empezando a cambiar, pero aún es más fácil encontrar una mujer con dolor menstrual víctima de la mala atención médica que una copa menstrual en un supermercado. “La regla a día de hoy por como se ha tratado socialmente sigue siendo un handicap, hay que trabajar para construir sociedades más equitativas”, exclama Fernando Romo, “necesitamos concienciación y campañas de visibilización, necesitamos que se hable alto sobre que la sanidad y la sociedad al completo ignoran el dolor de las mujeres”.

Romo reivindica que “el primer paso debería ser que toda la población sea consciente de este problema, “se tiene que formar a los profesores, a los directivos, a los médicos, tiene que haber formación en las empresas y entre los puestos de poder, es decir, todo el mundo debería recibir educación menstrual”. Expresa que “nosotras no somos capaces de solucionar esto, tienen que ser los Estados”. Actualmente no existe ninguna campaña del Ministerio de Igualdad que diga claro “El dolor menstrual no es normal”. Fernanda Romo exclama que se necesitan “campañas como las que se difundieron por el covid o las que existen sobre utilizar condón”.

“Para romper con la normalización del dolor menstrual es necesario visibilizar y concienciar, porque al final es un proceso fisiológico inflamatorio. Y tú puedes estar molesta por la inflamación, pero hay que empezar a entender que el dolor menstrual no te impide hacer tus actividades básicas diarias”, denuncia Irene Atienza, “el dolor menstrual no te tiene que limitar para salir a hacer la compra, ir a estudiar o hacer deporte. Hay que empezar a decirle a todo el mundo cuanto antes que este dolor no es normal, que se tiene que acudir al médico y exigir que se nos escuche”.

